

Le plaisir de manger

Guide des meilleures pratiques
en matière d'alimentation dans les CHSLD



Le plaisir de manger : guide des meilleures pratiques en matière d'alimentation dans les CHSLD est le fruit d'un travail collectif coordonné par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

AUTEUR

Stéphane Roy, nutritionniste, M.Sc., CSSS de Vaudreuil-Soulanges

AVEC LA CONTRIBUTION DU GROUPE DE TRAVAIL

Céline Bédard, technicienne en diététique, Groupe Champlain

France Camiré, conseillère en soins spécialisés, CSSS Pierre-Boucher

Frédéric Dionne, conseiller en milieu de vie, CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Diane Gadbois, nutritionniste en santé publique, Agence de la Montérégie

Normand Gaudet, directeur général adjoint et directeur des programmes perte d'autonomie, CSSS de Vaudreuil-Soulanges

Catherine Lafond, nutritionniste, Groupe Champlain

Bernard Lachance, chargé de projet, Agence de la Montérégie

Manon Lapalme, coordonnatrice des services d'hôtellerie, CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Louise Larivée, Coordonnatrice des services d'alimentation et de nutrition clinique, CSSS Richelieu-Yamaska

Monique Larouche, gestionnaire des soins, CSSS de la Haute-Yamaska

Nathalie Lemire, conseillère clinique spécialisée, CSSS Pierre-Boucher

Mireille Montpetit, nutritionniste, CSSS du Suroît

Manon Paradis, chef des services alimentaires et de nutrition, CSSS Champlain-Charles-Le Moyne

SECRÉTARIAT

Karine Vanasse, Agence de la Montérégie

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Roy, S. (2013). *Le plaisir de manger : guide des meilleures pratiques en matière d'alimentation dans les CHSLD*, Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Ce document est disponible en version électronique sur le site web de l'Agence <http://www.santemonteregie.qc.ca/agence>, onglet Documentation.

NOTES

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dans ce document, le titre de diététiste est utilisé pour uniformiser l'appellation avec les autres provinces canadiennes. Au Québec, le titre de nutritionniste est inclusif à diététiste.

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Canada, 2013

ISBN : 978-2-89342-602-0 (PDF)

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

Avant-propos

En 2009, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a entrepris le projet d'écrire un guide sur les meilleures pratiques en matière d'alimentation en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD). Ce projet a permis de réfléchir à l'organisation des services alimentaires, aux soins nutritionnels apportés aux résidents, à la disponibilité des produits alimentaires adaptés aux besoins des résidents hébergés en CHSLD et au déroulement de l'activité repas. Dans le cadre de ce projet, plusieurs établissements ont participé activement au comité de travail. Le partage des connaissances, les données probantes et la qualité des services offerts ont animé leurs échanges.

Au cours des dernières années, la recherche sur les données probantes a fait état de l'évolution des besoins alimentaires de la clientèle en milieu de soins. L'évaluation systématique nutritionnelle dans le parcours de soins devient un incontournable pour une prestation sécuritaire. De plus, les diététistes œuvrant en établissement de santé doivent tenir compte entre autres, de l'évolution des besoins nutritionnels du résident, des produits disponibles au service alimentaire et du concept milieu de vie avant d'établir le plan de traitement nutritionnel d'un résident. Ces derniers éléments ne cessent de faire pression sur l'offre de services alimentaires.

Nous croyons que ce projet permettra aux établissements de faire le point sur l'offre globale en matière d'alimentation et de poursuivre leurs actions d'amélioration continue de la qualité. L'engagement des établissements dans un processus d'amélioration continue en alimentation permettra de contribuer de façon importante à la santé et au bien-être des résidents, du personnel et des familles fréquentant les installations de la Montérégie.

Le président-directeur général,

Richard Deschamps

Table des matières

Avant-propos	I
Table des matières.....	II
Liste des abréviations	V
Liste de tableaux et des figures	VI
1. INTRODUCTION.....	1
2. MÉTHODOLOGIE	3
2.1 Buts et orientations	3
2.2 Fondements	4
2.3 Destinataires et diffusion	5
2.4 Les limites	5
3. SITUATION ACTUELLE DES SOINS NUTRITIONNELS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT	6
3.1 Contexte actuel dans les CHSLD.....	6
3.1.1 Clinique	6
3.1.2. Organisationnel.....	7
3.2 Situation canadienne	8
3.3 Situation législative dans les centres d'hébergement en Ontario	8
3.4 Situation législative et normative dans les centres d'hébergement au Québec.....	9
3.4.1 Réglementation et accréditation.....	9
3.4.2 Inspection ministérielle.....	10
3.4.3 Service alimentaire.....	10
3.4.4 La nutrition clinique et le ratio équivalent temps complet (ETC).....	11
3.5 Éléments de réflexion.....	13
MODULE I	
ORGANISATION ET ADMINISTRATION	14
1.1 Principes de base	14
1.1.1 Modèle intégrateur de l'appréciation de la qualité en alimentation.....	15
1.1.2 Gestion des risques.....	16
1.1.3 L'administration	16
1.2 Normes.....	17
1.2.1 Service d'entretien.....	17
1.2.2 Prévention et contrôle des infections.....	17
1.3 Qualifications	18
1.4 Communication	18

1.5	Éléments de réflexion	19
1.6	Initiatives montréalaises	19
MODULE II		
PLANIFICATION DU MENU.....		20
2.1	Personnes visées	20
2.2	Habitudes de vie	22
2.3	Caractéristiques de base du menu	22
2.4	Processus d'élaboration du menu	23
2.5	Menu thérapeutique	24
2.6	Communication	24
2.7	Formation	24
2.8	Éléments de réflexion	25
2.9	Initiative montréalaise	25
MODULE III		
GESTION DES OPÉRATIONS AU SERVICE ALIMENTAIRE.....		26
3.1	Politiques et procédures.....	26
3.1.1	Gestion des ressources	27
3.1.2	Assurance qualité et sécurité.....	27
3.2	Aliments et menus à standardiser et à harmoniser entre les centres d'hébergement	29
3.2.1	Éléments de la standardisation d'une recette	29
3.2.2	Aliments ou mets commerciaux	30
3.2.3	Qualités organoleptiques	30
3.3	Communication et documentation.....	30
3.4	Formation.....	31
3.5	Élément de réflexion	31
3.6	Initiative montréalaise	32
MODULE IV		
SOINS NUTRITIONNELS.....		33
4.1	Le dépistage du risque de malnutrition du résident et l'intervention en nutrition clinique	34
4.1.1	Volet organisationnel	34
4.1.2	Volet opérationnel.....	35
4.1.3	Rôle du diététiste dans l'évaluation, le plan de traitement et la surveillance nutritionnelle.....	39
4.1.4	Rôles des professionnels de l'équipe interdisciplinaire de première ligne	40
4.2	Planification des soins nutritionnels	42
4.2.1	Variation de poids non planifiée.....	42
4.2.2	L'hydratation.....	43
4.2.3	L'élimination.....	44
4.2.4	Soins de plaies.....	45

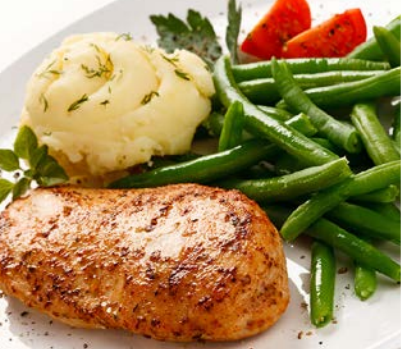
4.2.5 Dysphagie.....	48
4.2.6 Polymédications.....	51
4.2.7 Nutrition entérale.....	53
4.2.8 Nutrition parentérale.....	55
4.2.9 Maladies chroniques : diabète, insuffisance rénale chronique, hyperlipidémie, hypertension artérielle, maladie pulmonaire obstructive chronique, obésité.....	56
4.3 Éléments de réflexion.....	57
4.4 Initiatives montréalaises.....	57
MODULE V	
L'ACTIVITÉ REPAS.....	58
5.1 L'organisation du travail.....	58
5.2 Sécurité et supervision des repas.....	59
5.3 Communication.....	60
5.4 Grille d'évaluation.....	60
5.5 Formation.....	61
5.6 Éléments de réflexion.....	61
5.7 Initiatives montréalaises.....	61
CONCLUSION	62
Liste de références.....	64

Liste des abréviations

ANREF	Apport nutritionnel de référence
APNED	Association Professionnelle des Nutritionnistes Experts en dysphagie
AS	Apport suffisant
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CQA	Conseil québécois d'agrément
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DC	Diététistes du Canada
DEC	Diplôme d'études collégiales
DEP	Diplôme d'études professionnelles
DPE	Dénutrition protéino-énergétique
ETC	Équivalent temps complet
GAC	Bien manger avec le Guide alimentaire canadien
HACCP	Hazard analysis and critical control points
IMC	Indice de masse corporelle
ITHQ	Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
LQIP	Long-Term Care Home Quality Inspection Program
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MNA	Mini Nutritional Assessment
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPDQ	Ordre professionnel des diététistes du Québec
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PSA	Préposé aux services alimentaires
PTI	Plan de traitement infirmier
RAI-MDS 2.0	Resident Assessment Instrument Minimum Data Set 2.0
RI	Ressource intermédiaire

Liste de tableaux et des figures

- Tableau 1**..... Nombre de diététistes requis en CHSLD pour la région de la Montérégie d'après les ratios du MSSLD et de l'OPDQ.
- Figure 1** Modèle d'appréciation de la qualité des services alimentaires
- Figure 2**..... Composantes de la planification du menu
- Figure 3**..... Sécurité alimentaire MAPAQ et HACCP
- Figure 4**..... Algorithme de la prise en charge d'un résident lors d'une admission en lien avec les soins nutritionnels
- Figure 5** Algorithme du test de la gorgée d'eau



1. INTRODUCTION

Dans une volonté de mieux équiper les établissements de la Montérégie, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, dans le cadre d'un projet régional en amélioration de l'alimentation, a formé une équipe interprofessionnelle en provenance de ses établissements, pour appuyer le diététiste dans la rédaction d'un guide des meilleures pratiques en matière d'alimentation en CHSLD.

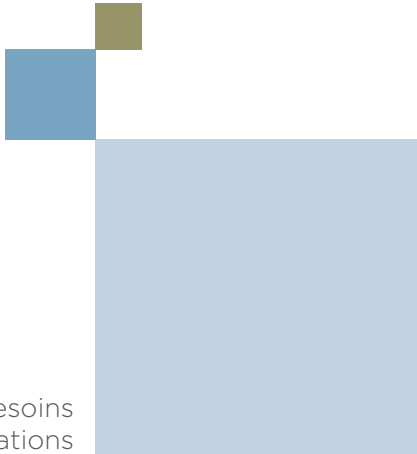
D'entrée de jeu, la compréhension des enjeux marquant la dernière décennie est nécessaire afin de présenter les faits saillants des travaux réalisés et des efforts consentis dans la perspective d'assurer à nos aînés des soins et des services répondant à leurs besoins spécifiques.

En 2007, la consultation publique sur les conditions de vie des aînés¹ a permis de découvrir plusieurs situations nécessitant une attention particulière dont celle de l'alimentation. L'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) a d'ailleurs déposé un mémoire décrivant l'état et les besoins nutritionnels des aînés y compris ceux qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).² À la suite des principaux constats émanant de cette consultation, des mesures financières incitatives de trois millions de dollars ont été annoncées par le gouvernement du Québec dans le budget 2008-2009 afin de soutenir l'implantation de projets visant l'amélioration de la qualité de l'alimentation des résidents des centres d'hébergement³.

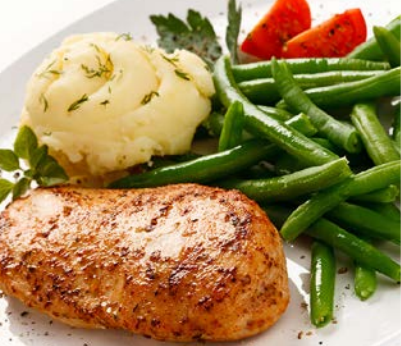
Le ministère de la Famille et des Aînés (MFA) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en collaboration avec le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) ont été mandatés pour développer un programme d'amélioration de l'alimentation en centre d'hébergement. Ce programme portait sur deux volets, qui sont respectivement la formation, le perfectionnement du personnel des services alimentaires et le rehaussement des services de nutrition clinique.

En 2009, le ministère de la Santé et des Services sociaux diffusait le cadre de référence s'intitulant « *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité. Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées.* » De ce dernier, il en découla l'obligation pour les établissements d'adopter une politique alimentaire⁴ favorisant l'amélioration de l'alimentation des usagers, du personnel et des visiteurs.

Ainsi, la première année du financement (2009-2010), nous ramène à la rédaction du guide. Consciente de la nécessité d'aller au-devant des constats réalisés lors des visites d'appréciation de la qualité des services en centre d'hébergement, la Montérégie reconnaissait que des améliorations étaient nécessaires dans le domaine de l'alimentation afin de mieux répondre aux besoins grandissants des résidents sur la qualité nutritionnelle, l'environnement physique, les rapports humains et finalement, l'organisation des services alimentaires.



Dans la perspective d'assurer des soins et des services répondant aux besoins spécifiques des aînés, le guide vise à promouvoir l'adoption par les organisations d'un modèle intégrateur d'appréciation de la qualité en alimentation. Dans ce guide, nous proposons un premier constat entre le modèle législatif ontarien et le modèle québécois. Par la suite, nous traiterons des cinq éléments suivants : l'organisation des services alimentaires, la planification des menus, la gestion des opérations au service alimentaire, l'offre en soins nutritionnels et finalement, l'activité repas. Enfin, ce dernier point sera accompagné d'une grille d'évaluation de l'activité repas et d'un outil de compilation des résultats qui permettront aux établissements de mesurer les améliorations réalisées.



2. MÉTHODOLOGIE

La rédaction et la structure du guide s'inspirent d'un document semblable portant sur les meilleures pratiques développées par l'Ontario Long Term Care Action Group en partenariat avec l'association professionnelle des Diététistes du Canada (DC)⁵ pour les soins de longue durée. Ces regroupements ont démontré leur pouvoir d'influence et leur expertise dans le domaine de la pratique professionnelle en nutrition dans un cadre de législation et d'inspections rigoureuses et exhaustives imposées par l'Ontario aux ressources centre d'hébergement et de soins de longue durée

Ce guide est le résultat d'un exercice interprofessionnel qui a sollicité la participation de sept CSSS de la Montérégie et d'un regroupement de trois établissements privés conventionnés. L'élaboration du guide a nécessité six rencontres du groupe de travail représenté par divers acteurs œuvrant dans toutes les sphères liées à l'alimentation en CHSLD.

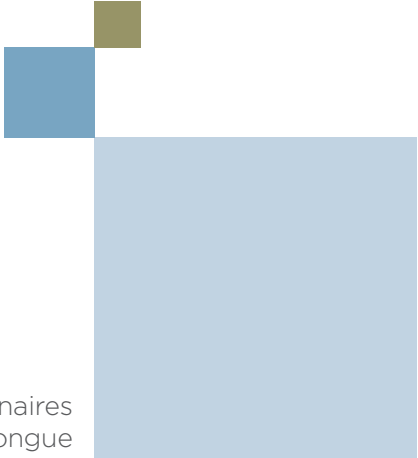
Ce guide s'inscrit donc dans une perspective d'amélioration continue des pratiques cliniques et de gestion en matière d'alimentation. Fortement inspirées par l'approche milieu de vie et l'approche adaptée à la personne âgée, les orientations déclinées dans le présent document visent à répondre aux besoins spécifiques des résidents en matière d'alimentation et de soins nutritionnels.

Le guide se divise en cinq modules comprenant une section « éléments de réflexion » qui propose un retour sur des aspects fondamentaux, ainsi qu'une section « initiatives montérégiennes » décrivant brièvement les projets en cours ou ceux qui sont finalisés. Les modules traitent respectivement de :

1. L'ORGANISATION ET L'ADMINISTRATION;
2. LA PLANIFICATION DU MENU;
3. LA GESTION DES OPÉRATIONS DU SERVICE ALIMENTAIRE;
4. LES SOINS NUTRITIONNELS;
5. L'ACTIVITÉ REPAS.

2.1 BUTS ET ORIENTATIONS

Le *Guide des meilleures pratiques en matière d'alimentation dans les CHSLD* vise à soutenir les organisations dans la mise en place d'une offre de service adaptée en matière d'alimentation dans les CHSLD de la Montérégie. Il propose des standards de qualité et de sécurité, ainsi que des stratégies novatrices d'actualisation des



meilleures pratiques tant cliniques qu'administratives pour soutenir les gestionnaires dans l'exercice d'amélioration de l'offre de service alimentaire en soins de longue durée. Il traite de l'élaboration de politiques, de protocoles, de procédures et de méthodes de travail concernant le service alimentaire, les soins nutritionnels et le service des repas.⁵ Nous tenons ici à préciser les quatre éléments retenus :

- **ORGANISATION** : l'organisation fait référence à la distribution des effectifs, à l'horaire du repas, au moment du repas, au nombre et aux horaires des collations, à la présentation des aliments, aux rôles et aux responsabilités attendus des différents intervenants, ainsi qu'au système d'information et à la gestion de l'information;
- **QUALITÉ** : la qualité concerne l'apport nutritionnel, les propriétés organoleptiques des aliments, l'ambiance, l'environnement adapté aux besoins du résident (climat, matériel, équipement et mobilier), les ressources humaines dédiées à cette activité, l'approche utilisée, ainsi que le respect des préférences (goûts) et aversions;
- **SÉCURITÉ** : elle réfère au respect du plan nutritionnel, des normes du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) et des procédures établies. Elle est aussi en lien avec le dépistage, l'évaluation des clientèles à risque (dysphagie, dénutrition et déshydratation), la prévention des infections et des accidents reliés à la chaleur des aliments (brûlures) ou causés par le matériel de la cuisinette dont le matériel chauffant. De plus, la notion de « sécurité » suppose d'avoir accès à toute l'information (que ce soit sur les allergies, les intolérances, concernant la texture ou autres) et que celle-ci concorde avec les données produites par les différents systèmes de gestion de l'information et d'outils de travail;
- **ASPECT NUTRITIONNEL ET CHEMINEMENT CLINIQUE** : ces aspects font référence aux activités mises en place pour dépister le risque de malnutrition et l'évaluation de l'état nutritionnel dès l'admission (initiale) et en cours d'évolution. Ces activités répondent aux normes de pratique et impliquent, entre autres, la réalisation d'un journal alimentaire, l'évaluation nutritionnelle, la mise en place d'un plan nutritionnel et la surveillance nutritionnelle.

2.2 FONDEMENTS

La rédaction du guide s'appuie sur des repères éthiques, des dimensions juridiques et cliniques. Ces repères précisent les éléments et les contextes qui ont guidé le choix des orientations et représentent le mieux l'intérêt de la clientèle.

La pratique professionnelle se rapporte aux normes qui régissent l'acte professionnel et à l'obligation des professionnels de se conformer à un ensemble de compétences cliniques spécifiques. Ce référentiel touche les dimensions suivantes : éthique et déontologique, juridique, relationnelle, scientifique, organisationnelle et opérationnelle.



Les standards de soins font référence à la détermination des soins jugés minimalement requis par la condition de la personne.

Les lois et les législations ontariennes⁶ et québécoises.⁷

Le cadre de référence.⁴

Les politiques alimentaires élaborées par les établissements.

Les inspections ministérielles, les processus d'accréditation nationale.⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹

La recension des écrits des données probantes sur l'alimentation de la personne âgée hébergée.

Il est important de noter que le *Guide des meilleures pratiques en matière d'alimentation* est sujet à des modifications selon l'avancement des connaissances scientifiques et des pratiques probantes.

2.3 DESTINATAIRES ET DIFFUSION

Le présent guide est destiné à toute personne concernée par la qualité de l'alimentation des résidents particulièrement en CHSLD. Il doit également être une source d'inspiration pour les résidences non institutionnelles pour améliorer leur offre de service alimentaire respective.

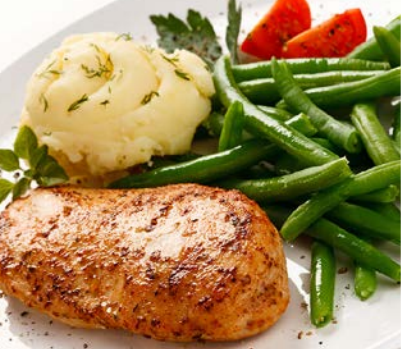
Le *Guide des meilleures pratiques en matière d'alimentation* sera diffusé par l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie dans les CHSLD du territoire montérégien.

2.4 LES LIMITES

Le Guide des meilleures pratiques se base sur les connaissances à ce jour ainsi que sur la réglementation, les politiques, les protocoles et les procédures disponibles au moment de la rédaction. Le guide trace les principaux éléments de l'alimentation en CHSLD et devra évoluer au fil des nouvelles recherches en nutrition dans le secteur de la gériatrie et en fonction des changements qui seront apportés au contexte légal.

Des consultations en continu avec les résidents, leurs familles ou leurs représentants, ainsi qu'avec les membres de l'équipe interdisciplinaire sont requises afin que le présent document continue de répondre aux besoins et attentes des résidents tout en reflétant la philosophie de soins des centres d'hébergement.

Le guide doit être utilisé selon le jugement clinique des professionnels concernés et ne remplace en aucun cas une prescription médicale ou une recommandation à la suite d'une consultation professionnelle.



3. SITUATION ACTUELLE DES SOINS NUTRITIONNELS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT

3.1 CONTEXTE ACTUEL DANS LES CHSLD

3.1.1 CLINIQUE

Le vieillissement normal génère des changements physiologiques comme la diminution de la masse osseuse et musculaire, une augmentation de la masse adipeuse et sa redistribution, ainsi que d'une diminution générale des hormones. Ces caractéristiques reliées à l'âge s'accompagnent de besoins nutritionnels spécifiques dont il sera question au chapitre 2 et 3.

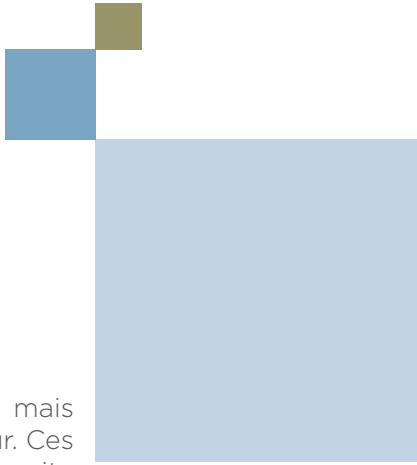
De façon plus spécifique, en ce qui concerne l'alimentation, le vieillissement amène aussi des pertes sensorielles comme la diminution de l'odorat et du goût. Au niveau locomoteur, la sédentarité et la diminution de l'autonomie secondaire à différentes pathologies affectent le système digestif. Une réduction du tonus et de la mobilité intestinale ainsi qu'une atrophie de l'estomac peuvent contribuer à des inconforts gastro-intestinaux et à des déficiences dans l'absorption de certains nutriments. Ces facteurs contribueront à la réduction de l'appétit et favorisent la dénutrition.

L'hygiène buccodentaire joue un rôle primordial dans la prise d'aliments. En effet, l'apparition de maladies périodentaires, dont la xérostomie et des muqueuses irritées et atrophiées, affecte négativement la prise d'aliments, la déglutition et augmente les risques de pneumonie d'aspiration.

Le traitement des pathologies concomitantes liées au vieillissement entraîne une plus grande utilisation de médicaments. La polymédication contribue à la présence d'effets indésirables. Parmi ces effets, notons certains médicaments qui génèrent une malabsorption des éléments nutritifs, soit en réduisant leur absorption ou en augmentant leur excrétion ou en modifiant leur métabolisme.

Dans les CHSLD, la dénutrition protéino-énergétique (DPE) est la forme la plus fréquente. Selon la Haute Autorité de Santé française¹²,

« 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. »



La DPE peut résulter en partie du processus normal du vieillissement, mais également de désordres neurologiques, d'atteintes cognitives et de l'humeur. Ces désordres pouvant apparaître avec le vieillissement, mais également à la suite d'un hébergement.

De plus, certaines maladies sont considérées comme des facteurs de risque d'un appauvrissement nutritionnel :

- la démence vasculaire, la démence de type Alzheimer, la maladie de Parkinson;
- l'anxiété, l'angoisse, les troubles de comportement;
- la perturbation émotive, la tristesse, les troubles d'adaptation, la dépression.

Les maladies d'ordre physiologique comme la dysphagie (affectant de 30 à 60 % des résidents en centre d'hébergement)¹³, le diabète, l'anémie, l'ostéoporose, les séquelles d'accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance rénale et cardiaque, ainsi que les différents cancers modifient les besoins nutritionnels et affectent la prise d'aliments.

3.1.2 ORGANISATIONNEL

Le vieillissement de la population est associé à l'apparition de maladies liées à l'augmentation de l'espérance de vie et à une polypathologie. Depuis quelques années, l'impact du vieillissement se fait ressentir dans les CHSLD et même dans les ressources intermédiaires, entraînant un changement du profil fonctionnel et de santé de la clientèle.

En effet, le CHSLD est et restera l'ultime ressource d'hébergement offrant un plateau de services répondant aux besoins d'une clientèle présentant une grande perte d'autonomie fonctionnelle et une concomitance de plusieurs états pathologiques. Cette situation contribue à l'apparition d'un phénomène appelé « syndrome de fragilité » qui se définit comme la perte de résistance aux facteurs de stress internes et externes chez les aînés et dont les conséquences (la tendance élevée aux maladies, l'aggravation de la condition générale, la perte d'autonomie) accentuent la situation de fragilité. Ce phénomène explique en partie l'augmentation du taux de renouvellement de la clientèle en CHSLD. Le mouvement des résidents, estimé à 30 %, ainsi que le profil clinique de la clientèle représentent deux éléments qui mettent sous pression l'offre de service actuelle.¹³

En effet, le volume d'interventions et la complexité des problématiques de santé prescrivent la nécessité d'ajuster l'offre de service. Cet ajustement vise autant les ressources humaines en nutrition clinique, la modernisation et l'organisation du service alimentaire que la mise en place de processus cliniques. Tous ces ajustements sont requis afin d'assurer une réponse diligente, concertée et adaptée à la condition de santé des résidents et à leurs besoins spécifiques dans un contexte de milieu de vie.



3.2 SITUATION CANADIENNE

Toutes les provinces possèdent des lois et règlements qui régissent les services alimentaires en regard de l'hygiène, de la salubrité et de la préparation des aliments dans les centres d'hébergement.¹⁴ Le respect du Guide alimentaire canadien est l'élément de référence, et le seul dans certaines provinces, dans l'élaboration du menu.

Quoique la nutrition clinique soit généralement réglementée, la présence d'un diététiste et d'une évaluation nutritionnelle ne sont pas toujours obligatoires dans plusieurs provinces. Le diététiste sera appelé en consultation à la demande du médecin. Ce n'est qu'en Ontario et en Colombie-Britannique que l'évaluation nutritionnelle initiale par un diététiste est obligatoire pour la clientèle hébergée en soins de longue durée.

3.3 SITUATION LÉGISLATIVE DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT EN ONTARIO

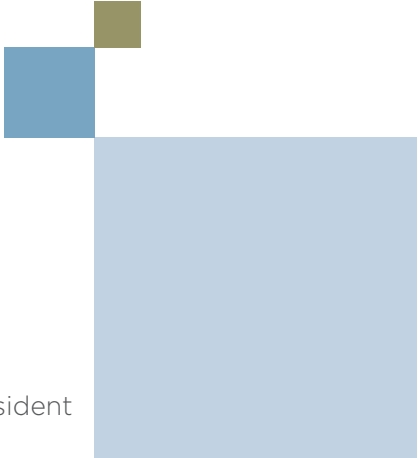
Les centres d'hébergement ontariens sont régis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD)¹⁵ qui veille à l'application de la loi « Long Term Care Homes act, 2007 ».⁶

La loi est subdivisée en neuf catégories qui portent sur les aspects suivants :

- programme de soins alimentaires et d'hydratation;
- changements de poids;
- services de diététique;
- planification des menus;
- préparation alimentaire;
- service de restauration et collation;
- diététiste agréé;
- gestionnaire de la nutrition;
- cuisiniers;
- préposés au service d'alimentation : nombre minimal;
- formation et qualités.

Parmi les 85 critères cités dans la loi ontarienne on retrouve entre autres :

- les quantités minimales de nutriments et de liquides que le résident doit recevoir selon les apports nutritionnels de référence (ANR);
- l'évaluation nutritionnelle et le suivi trimestriel obligatoire pour tous les résidents doivent être effectués par un diététiste;

- 
- le temps du diététiste doit représenter minimalement 30 minutes par résident par mois ou 1 ETC/250 résidents;
 - le temps du préposé au service alimentaire (PSA) doit représenter minimalement 0,4 heure par jour par résident;
 - le temps du chef du service alimentaire doit représenter minimalement 8 heures par semaine par 30 résidents (excluant la nutrition clinique, s'il y a un double rôle rempli par le diététiste);
 - un minimum de deux choix de repas chauds pour les trois repas et ce, pour toutes les textures et les diètes confondues;
 - trois collations (sous formes liquides et solides) obligatoires pour toutes les textures;
 - une obligation de standardisation des recettes et des portions servies au repas;
 - les menus doivent être approuvés et signés par le diététiste.

Depuis 31 mars 2011, le programme d'inspection *Long-Term Care Home Quality Inspection Program* (LQIP) a poursuivi le développement de critères de qualité. Les sanctions octroyées par l'organisme sont proportionnelles aux critères non remplis¹⁶.

L'information relative aux soins nutritionnels est enregistrée dans un logiciel informatisé *Resident Assessment Instrument – Minimum Data set 2.0* (RAI-MDS 2.0)¹⁷ qui représente le dossier, incluant les traitements médicaux donnés par les différents professionnels, ainsi que les notes d'évolution inscrites par les infirmières sur l'état de santé du résident.

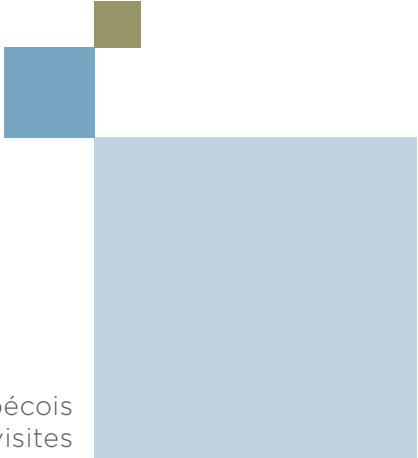
3.4 SITUATION LÉGISLATIVE ET NORMATIVE DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT AU QUÉBEC

3.4.1 RÉGLEMENTATION ET ACCRÉDITATION

La majorité des provinces sont assujetties à des lois et des normes qui réglementent et encadrent les CHSLD. La conformité de l'application de ces lois et des normes est assurée par des organismes d'agrément et d'inspection provinciaux. Au Québec, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)⁷ régit la santé. L'article 5 stipule que :

« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. »

Toutefois, la LSSSS ne précise pas l'offre de service en nutrition clinique et la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire en CHSLD.



Afin que les CHSLD puissent recevoir leur accréditation, le Conseil québécois d'agrément (CQA)⁹ en partenariat avec Agrément Canada⁸ font des visites d'appréciation. La nutrition clinique ne fait pas l'objet d'un suivi systématique. L'équipe de visite peut toutefois demander des précisions à ce sujet (normes 7 et 11, libellées par Agrément Canada dans son cahier de normes *Soins de longue durée*).

3.4.2 INSPECTION MINISTÉRIELLE

L'alimentation et les soins nutritionnels sont des points d'évaluation de la qualité en CHSLD¹⁰⁻¹¹ lors des visites du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS). L'évaluation de ces points porte sur neuf critères :

- la qualité de la nourriture;
- la diversité des repas;
- le choix d'un deuxième menu;
- la collation;
- la distribution;
- l'horaire des repas;
- l'alimentation correcte, adaptée et évaluée;
- la présence d'une atmosphère agréable;
- l'assistance à l'alimentation.

La standardisation des recettes, l'élaboration et l'application des plans nutritionnels n'étaient pas des dimensions évaluées lors des visites ministérielles au même titre que l'approbation des menus par le diététiste.

La nutrition clinique se retrouve sous la nomination des services spécialisés et plus spécifiquement « service diététique ». Cependant, contrairement aux autres services spécialisés, le nom de la profession de diététiste ou de nutritionniste n'apparaît pas dans les deux rapports comme faisant partie du service spécialisé de diététique. Ceci ne permet pas de différencier les postes de diététiste et de technicienne en diététique et leurs rôles respectifs en nutrition clinique.

3.4.3 SERVICE ALIMENTAIRE

Le MAPAQ¹⁸ veille au respect des règlements d'hygiène et de salubrité du service alimentaire dans les centres d'hébergement de la Montérégie. De plus, un programme de formation « préposé au service alimentaire » (programme 8222) a d'ailleurs été conçu par le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS)¹⁹. Toutefois, ce programme est rarement offert par les commissions scolaires.



3.4.4 LA NUTRITION CLINIQUE ET LE RATIO ÉQUIVALENT TEMPS COMPLET (ETC)

L'OPDQ recommande un ratio de 1 diététiste pour 100 résidents (1/100) en CHSLD. Ce ratio n'inclut que les activités cliniques et un taux de nouvelles admissions de 30 % par année²⁰. Présentement, le ratio diététiste équivalent temps complet par résident au Québec est de 1 diététiste pour 750 résidents (1/750).²

Au Québec, le poste de diététiste et de technicienne en diététique en centre d'hébergement ne fait pas l'objet d'une réglementation. Cette situation est susceptible de contribuer à la variabilité du type d'effectifs utilisés d'une organisation à l'autre, ainsi qu'une sous-utilisation marquée de ces fonctions dans les CSSS de la Montérégie, surtout en ce qui concerne l'emploi de diététistes.

Actuellement, le ratio de résidents par diététiste a pour résultat de limiter l'offre de service et d'assurer une réponse prioritaire aux demandes de consultation. Cette situation soulève des préoccupations éthiques puisque la littérature indique qu'au moins 60 % des résidents dans les centres d'hébergement souffrent de malnutrition.² Il est important de préciser que les ententes de gestion des services professionnels restent muettes sur le nombre d'heures dédiées aux professions.

Au tableau 1, nous comparons les ratios recommandés par le MSSLD et l'OPDQ concernant le nombre de diététistes requis en CHSLD en équivalent à temps complet (ETC) pour la région de la Montérégie.

TABLEAU 1 - Nombre de diététistes requis en CHSLD pour la région de la Montérégie d'après les ratios du MSSLD et de l'OPDQ.

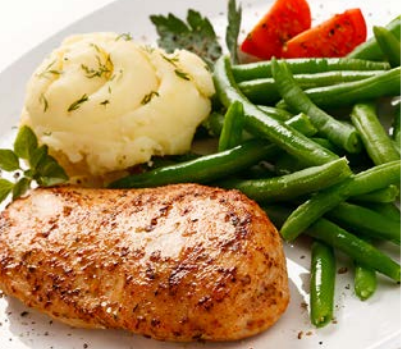
Établissements publics Établissements privés conventionnés Établissements privés - achats places permanentes	P7 2012-2013	Nombre d'ETC Diététistes requis selon le ratio exigé par le MSSLD de l'Ontario (1/250)	Nombre d'ETC Diététistes requis selon le ratio recommandé par l'OPDQ (1/100)
	Nombre de lits - SRA	0,4 %	1,0 %
Territoire du CSSS de la Haute-Yamaska	328	1,3	3,3
Territoire du CSSS La Pommeraie	276	1,1	2,8
Territoire du CSSS Champlain-Charles-Le Moyne	786	3,1	7,9
Territoire du CSSS Pierre-Boucher	886	3,5	8,9
Territoire du CSSS Haut-Richelieu-Rouville	611	2,4	6,1
Territoire du CSSS Richelieu-Yamaska	870	3,5	8,7
Territoire du CSSS Pierre-De Saurel	294	1,2	2,9
Territoire du CSSS Jardins-Roussillon	528	2,1	5,3
Territoire du CSSS du Haut-Saint-Laurent	125	0,5	1,3
Territoire du CSSS du Suroît	268	1,1	2,7
Territoire du CSSS de Vaudreuil-Soulanges	309	1,2	3,1
MONTÉRÉGIE	5 281	21,1	52,8

Sources : Système d'information IMAGES - ASSS de la Montérégie



3.5 ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

- L'évolution du profil de la clientèle demande une adéquation de services dont l'ajustement de l'offre en nutrition clinique.
- Le mouvement de la clientèle et la fragilité de cette dernière requièrent une intervention concertée et soutenue par un système d'information performant.
- L'organisation du travail contribue à la qualité et à la sécurité de l'activité repas dans le respect de l'approche milieu vie.



MODULE I

ORGANISATION ET ADMINISTRATION

Nous considérons que l'organisation est responsable de mettre en place les ressources nécessaires pour l'accomplissement de sa mission d'hébergement et que l'alimentation fait partie intégrante de celle-ci. Déjà, plusieurs principes de base sont connus de tous. Toutefois, certains éléments méritent d'être soulignés dans le contexte du présent guide.

Dans le cadre de ce chapitre, nous présenterons les principaux principes de base. Nous énoncerons les éléments qui devraient guider la mise en place d'un modèle intégrateur d'appréciation de la qualité. Par la suite, nous tiendrons compte de certaines normes et qualifications qui balisent la pratique alimentaire attendue. En terminant, nous préciserons que la communication et les outils qui la supportent permettront d'atteindre des standards de qualité.

1.1 PRINCIPES DE BASE

D'entrée de jeu, nous croyons nécessaire que chaque organisation s'outille d'un modèle intégrateur d'appréciation de la qualité permettant de développer une culture d'amélioration continue. Plusieurs modèles de performance organisationnelle existent afin de guider l'action. Il demeure impératif que les processus découlant de ces modèles répondent aux caractéristiques suivantes :

- **ADAPTÉS ET ORIENTÉS VERS LA CLIENTÈLE** : se rapportent à une utilisation optimale des ressources pertinentes, disponibles dans l'environnement afin d'offrir des services répondant aux besoins des résidents ;
- **INTÉGRÉS** : reliés à la capacité d'organiser et de coordonner les différentes activités et ressources en assurant la qualité (y compris la sécurité), l'accessibilité aux services requis par la condition des résidents et l'efficacité ;
- **ÉTHIQUES** : correspondent à la capacité d'intégrer dans la pratique les valeurs préconisées par l'organisation et d'assurer un sens aux actions réalisées auprès du résident.

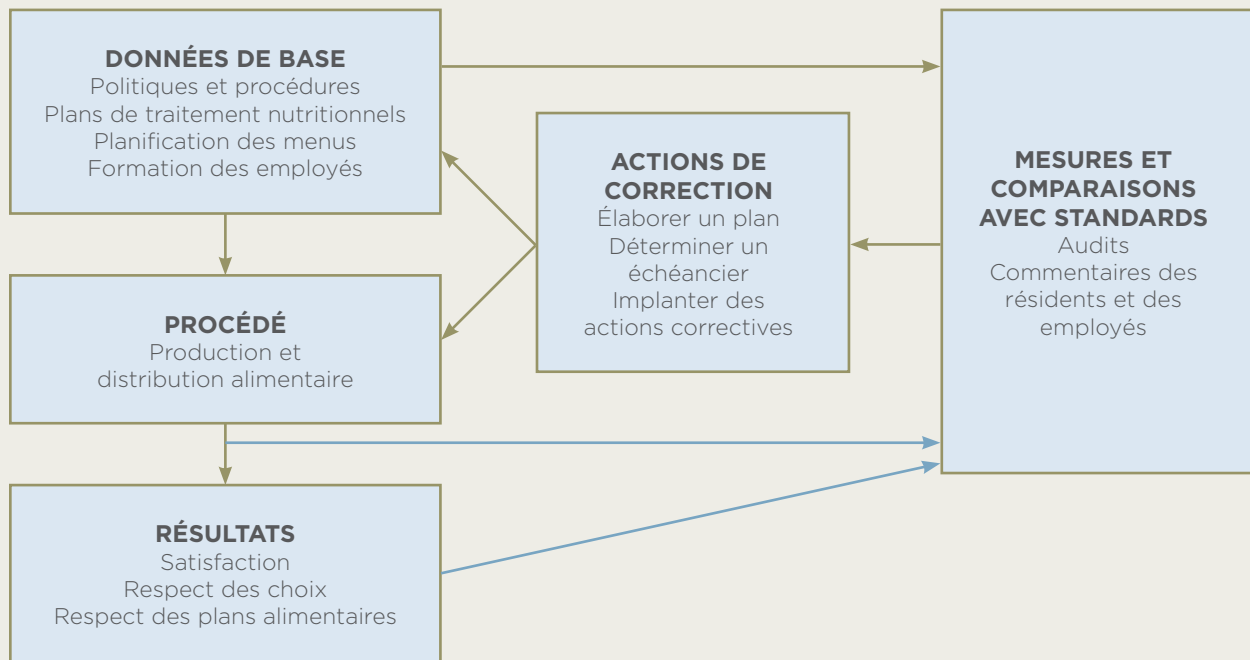
1.1.1 MODÈLE INTÉGRATEUR DE L'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ EN ALIMENTATION

La qualité constitue une dimension fondamentale qui s'inscrit directement en lien avec la mission et la philosophie des centres d'hébergement⁵. Afin d'assurer la qualité des services alimentaires, des activités d'assistance aux repas et des soins nutritionnels, il est recommandé que l'offre de service tienne compte des principes suivants :

- des soins nutritionnels centrés sur les préférences et les besoins des résidents;
- une pratique professionnelle respectant les normes de qualité (technique et pertinence);
- une organisation structurée mettant en place des processus pour soutenir les bonnes pratiques alimentaires;
- des prestations de services et de soins efficaces et sécuritaires aux différentes étapes du processus de production et de distribution;
- une modalité d'évaluation de la qualité des services offerts.

La figure 1 constitue un exemple tangible d'appréciation de la qualité dans une perspective d'amélioration continue des services alimentaires.

FIGURE 1 - Modèle d'appréciation de la qualité des services alimentaires





1.1.2 GESTION DES RISQUES

Un Comité de gestion des risques est formé et il est encadré par un règlement décrivant son fonctionnement.²² Le comité a pour mission de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant entre autres, à :

- identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue de garantir la sécurité des résidents;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance;
- transmettre annuellement un rapport au conseil d'administration;
- contribuer à l'élaboration des méthodes, des politiques, des procédures, des normes et des directives mises en place en vue d'identifier, de prévenir et de réduire les risques, les accidents et les incidents;
- soutenir l'action des directeurs, des gestionnaires, des professionnels et des intervenants de l'établissement dans l'application des mesures de la gestion des risques;
- s'assurer de l'application des mesures de divulgation dans les cas des accidents le nécessitant;
- recommander les éléments d'information et de formation appropriés à diffuser dans l'établissement aux personnes concernées.

1.1.3 L'ADMINISTRATION

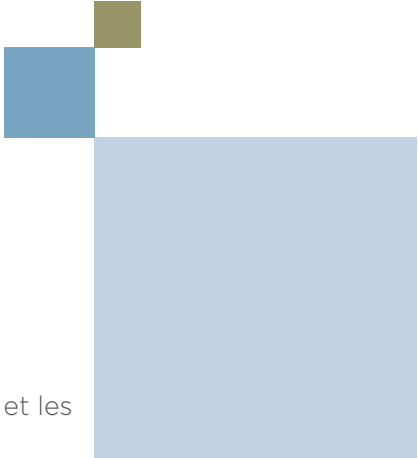
Les éléments proposés indiquent les conditions pour un fonctionnement harmonisé du service alimentaire et le service de nutrition clinique en termes de vision et de stratégie.

- L'élaboration d'un énoncé, d'une mission en regard de l'alimentation des résidents⁵ (service alimentaire, distribution des repas et soins nutritionnels), en lien avec la mission du CSSS et du centre d'hébergement.

Exemple de la mission du service de nutrition de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) (juin 2011) :

« Nous avons pour mission d'offrir aux résidents et autres usagers des aliments appétissants, variés, équilibrés, et ce, à chaque repas. Lorsqu'une évaluation nutritionnelle est requise, nous adaptons et personnalisons nos plans de traitements selon la condition médicale, les goûts, les préférences et les besoins des résidents. Nous veillons également à ce que l'alimentation contribue à la qualité de vie et à la satisfaction de la clientèle. »²³

- L'allocation et la gestion de ressources financières et humaines permettent de répondre à la mission et l'actualisation des processus cliniques. Elles requièrent une planification structurée des ressources et la mise en place de processus tant cliniques qu'administratifs.
- La mise en place de procédures cliniques et administratives qui précisent les rôles, les responsabilités et les fonctions des différents intervenants.

- 
- L'actualisation de plans de travail détaillés et écrits décrivant les activités et les tâches ainsi que le temps alloué à chacune d'elles.
 - La réalisation de mesures de qualité afin d'obtenir un portrait de la situation, de cibler les points d'amélioration et de fournir aux gestionnaires des données de base leur permettant de fixer des objectifs spécifiques mesurables d'amélioration continue de la qualité.
 - L'utilisation d'outils d'audit standardisés pour le contrôle de la qualité.

1.2 NORMES

Le MAPAQ¹⁸ émet une série de normes afin de réglementer l'hygiène et la salubrité du service alimentaire. À partir de ces normes, les gestionnaires voient à la mise en œuvre d'un programme de prévention et d'entretien des services alimentaires et des procédures qui en découlent.

1.2.1 SERVICE D'ENTRETIEN

Certaines modalités d'entretien du matériel et des fournitures visent à assurer une standardisation dans l'application des directives.

- Procédures d'hygiène, de salubrité et de stérilisation mises en place dans tous les lieux et pour les équipements utilisés dans la préparation et la distribution de la nourriture et des breuvages.
- Programme d'entretien préventif des équipements utilisés dans la préparation et la distribution des repas ainsi que pour les équipements nécessaires aux évaluations cliniques et aux suivis des soins nutritionnels. (Ex. : pèse-personne, pompe de gavage, etc.)

1.2.2 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

La prévention et le contrôle des infections visent tous les intervenants impliqués dans la manipulation de la nourriture et la distribution des repas (incluant les préposés aux bénéficiaires) et leurs modalités d'interventions. Ils nécessitent l'élaboration et le déploiement de protocoles et de politiques sur :

- le contrôle des infections (ex : nosocomiales, VIH, etc.);
- le lavage des mains;
- la tenue vestimentaire (peut être également régie par la direction des ressources humaines).

Et ce pour tout le personnel oeuvrant à la manipulation de la nourriture et à la distribution des repas (incluant les préposés aux bénéficiaires).



1.3 QUALIFICATIONS

Dans le respect de la réglementation du MAPAQ,¹⁸ les établissements ont l'obligation de s'assurer que 10 % des employés rattachés au service alimentaire ont acquis la certification du MAPAQ hygiène et salubrité ou encore qu'un employé ou un gestionnaire certifié soit sur place en tout temps pendant les activités de préparation ou de manipulation des aliments.

Cependant, dans le cadre des meilleures pratiques et en tenant compte de la certification requise des PSA travaillant dans des CHSLD en Ontario,⁶ le Guide vise à ce que 100 % des employés du service alimentaire aient obtenu la certification du MAPAQ en hygiène et salubrité.

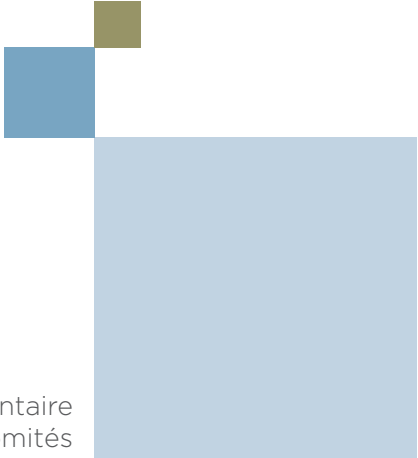
La formation de base des employés du service alimentaire et la nutrition clinique comprend également une formation pertinente à l'emploi et reconnue par le MELS en fonction du travail exercé :

- le diététiste est membre de son ordre professionnel et a obtenu un baccalauréat en nutrition;⁵⁻⁶⁻²⁴
- le chef du service alimentaire et le chef du département de nutrition sont membres de l'OPDQ;
- le technicien en diététique a terminé un diplôme d'études collégiales (DEC) en techniques de diététique;
- le cuisinier et l'aide-cuisinier détiennent un diplôme approprié¹⁸ et reconnu par le MELS;
- le préposé au service alimentaire a complété ou est en voie de terminer un programme d'éducation en service alimentaire⁵⁻⁶⁻¹⁹ reconnu par le MELS, selon la disponibilité du programme de formation offert par les commissions scolaires.

1.4 COMMUNICATION

Les communications interservices et interprofessionnelles représentent un enjeu important dans la mise en place de processus assurant la sécurité des soins et des services.⁵ De plus, elles contribuent à l'instauration de pratiques de qualité, centrées sur le résident. Dans cette perspective, il est recommandé :

- d'harmoniser la saisie de données afin de s'assurer que les différents systèmes d'information tels que SICHELD et PRO MENU soient utilisés de façon optimale;
- d'assurer la mise à jour de l'information et de la rendre accessible à tous les intervenants concernés par l'alimentation en fonction de l'activité à réaliser;
- d'identifier les modalités de communication et les outils et le cas échéant, préciser le type d'information devant s'y retrouver;
- d'assurer une représentativité de la nutrition clinique aux rencontres interdisciplinaires pour l'élaboration du plan d'intervention individualisé. La



présence d'un intervenant de la nutrition clinique ou du service alimentaire (selon la nature du mandat) est également à privilégier dans les comités susceptibles de solliciter l'apport et l'expertise en matière d'alimentation. Notons par exemple :

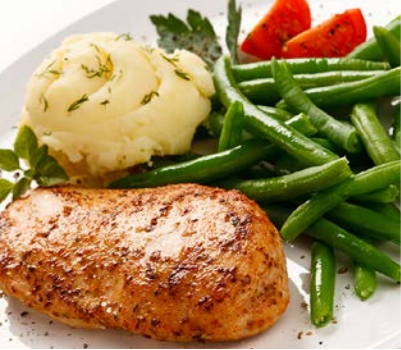
- soins palliatifs;
- soins de plaies;
- contrôle des infections;
- gestion des risques, de l'assurance qualité et de la performance;
- comité qualité agrément;
- comité des résidents;
- comité milieu de vie;
- santé et sécurité au travail.

1.5 ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

- L'utilisation d'un modèle intégré de la qualité du service alimentaire contribue à l'actualisation d'une approche efficiente, de qualité et sécuritaire tout en restant fondamentalement centrée sur les besoins des résidents.
- La sécurité de l'alimentation offerte en CHSLD s'actualise par une organisation qui intègre les principes :
 - de communication, acuité de l'information et d'accessibilité de l'information;
 - d'entretien préventif des équipements du service alimentaire et du service de nutrition clinique ainsi que l'utilisation appropriée du matériel d'alimentation;
 - de prévention et de contrôle des infections.
- La préoccupation de la qualité s'actualise par la qualification de la main-d'œuvre et par sa contribution optimale aux processus tant cliniques qu'administratifs.
- La mise en place de processus cliniques et administratifs permet d'utiliser de façon optimale les ressources disponibles.

1.6 INITIATIVES MONTÉRÉGIENNES

- Au printemps 2012, lors du suivi des visites d'évaluation de la qualité en CHSLD, certains établissements élaboraient déjà un programme nutritionnel.
- Au printemps 2012 lors du suivi des visites d'évaluation de la qualité en CHSLD, le CSSS de la Haute-Yamaska avait mis en oeuvre un plan d'action en nutrition.



MODULE II PLANIFICATION DU MENU

Le vieillissement naturel de l'adulte engendre des pertes sensorielles et organiques que le diététiste et le service alimentaire devront être en mesure de combler dans l'élaboration des menus. Ces pertes affectent surtout le goût et l'odorat. De plus, des changements physiologiques du système digestif entraîneront entre autres un ralentissement métabolique et une perte d'appétit.

Afin de bien répondre aux besoins nutritionnels des résidents, l'organisation aura à choisir des mets appétissants qui seront appréciés et consommés par les résidents, et ce, sans oublier de s'assurer de la qualité nutritionnelle du menu proposé.

Dans son cadre de référence⁴ « *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité* », le MSSS dicte des orientations aux établissements qui doivent être considérées dans la planification du menu.

ORIENTATION 1 - OFFRIR DES REPAS ET DES COLLATIONS DE HAUTE VALEUR NUTRITIVE.

ORIENTATION 4 - PROMOUVOIR LA SAINE ALIMENTATION AUPRÈS DES CLIENTÈLES HÉBERGÉES.

ORIENTATION 5 - DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES DU PERSONNEL.

ORIENTATION 6 - ASSURER LA QUALITÉ GLOBALE DES ALIMENTS ET DES BOISSONS OFFERTS.

Dans ce chapitre, nous aborderons les enjeux de la consultation dans l'élaboration du menu. Par la suite, nous traiterons de l'importance d'établir un portrait des habitudes alimentaires ou de vie de la clientèle hébergée afin d'enrichir notre compréhension au sujet du goût et de l'intérêt alimentaire des résidents. Ainsi, les caractéristiques recueillies permettront de procéder à l'élaboration d'un menu régulier et thérapeutique. Enfin, nous traiterons de la communication du menu et de la formation du personnel dans la compréhension de ce dernier.

2.1 PERSONNES VISÉES

L'élaboration d'un menu ne peut pas être réalisée sans une consultation au préalable. Les personnes responsables de l'élaboration du menu devront considérer le type de clientèle desservie par le centre d'hébergement afin de rendre le menu appétissant, équilibré sur le plan nutritionnel, et qui répond aux besoins de chaque résident tout en respectant l'enveloppe budgétaire.

Les participants, ci-dessous, doivent être consultés et impliqués dans l'élaboration et l'adoption du menu. :²⁵

- résidents;
- membres des familles ou représentants légaux ou répondants;
- chef du service alimentaire;
- cuisiniers;
- diététistes;
- techniciennes en diététique;
- autres membres pertinents du personnel.

Dans le cadre de ce guide, nous avons retenu le modèle émis par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Ce dernier définit trois grands axes que nous présentons à la figure 2.

FIGURE 2 - Composantes de la planification du menu



Adapté de *British of Columbia Ministry of Health, 2008*²¹



2.2 HABITUDES DE VIE

Les habitudes de vie d'un individu sont teintées entre autres par sa culture, ses croyances et ses origines. Compte tenu de l'étendue du territoire de la Montérégie, les habitudes alimentaires d'une région à l'autre peuvent varier. Le menu d'un centre d'hébergement doit représenter et considérer ces environnements, afin de satisfaire la clientèle hébergée tout en répondant à ses besoins nutritionnels. Voici, les principaux facteurs à considérer :⁴

- le contexte social (urbain, rural, situation économique, etc.);
- le caractère ethnique;
- l'aspect culturel;
- la pratique spirituelle;
- le respect des préférences alimentaires des résidents dans la mesure du possible.

2.3 CARACTÉRISTIQUES DE BASE DU MENU

Le menu doit offrir une variété d'aliments et de mets, incluant les collations et les breuvages, pour satisfaire la clientèle et répondre à ses besoins nutritionnels en utilisant les moyens suivants :⁴⁻⁵⁻⁶⁻¹⁰

- réviser le menu deux fois par année afin d'obtenir un menu d'été et un menu d'hiver;
- opter pour un cycle de menu minimal de trois à quatre semaines sans répétition de mets, sauf si les résidents en décident autrement;
- offrir un minimum de trois repas par jour;
- proposer deux choix de mets principaux par repas et des choix alternatifs ou spéciaux faisant partie des menus réguliers, thérapeutiques et à textures modifiées;
- demander la participation du service de loisirs dans la préparation et dans l'organisation de repas lors de journées thématiques;
- concevoir un menu pour des occasions spéciales (ex : la fête de Noël, le Jour de l'An, Pâques, etc.);
- élaborer un plan pour le déploiement d'un menu d'urgence en collaboration avec le Comité des mesures d'urgence;²⁶
- développer une liste de choix de collations, pour un minimum de deux collations par jour, en plus de celles qui servent à l'hydratation. Elles doivent être adaptées aux plans alimentaires réguliers, thérapeutiques et à textures modifiées.⁵
- inclure trois occasions supplémentaires d'hydratation⁵ (avant-midi, après-midi, soirée);
- ajouter un choix de repas plus léger pour le souper.



2.4 PROCESSUS D'ÉLABORATION DU MENU

L'élaboration et la révision du menu doivent être basées sur les préférences des résidents quant à la variété et à la fréquence des aliments ou des mets. Il est important de noter que les besoins nutritionnels des résidents sont très spécifiques en raison de l'âge (modifications des sensations olfactives et gustatives), mais aussi des nombreuses pathologies chroniques reliées au vieillissement (cognitives et physiologiques) qui nécessitent une alimentation adaptée (ex. : aliments se mangeant avec les doigts, apports élevés en protéines, contrôlés en phosphore, calcium et potassium, etc.). Le guide : « *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien* » (GAC)²⁷ est un outil de référence pour l'élaboration des menus, mais il ne permet pas à lui seul de répondre aux besoins nutritionnels des résidents²⁸⁻²⁹ puisqu'il peut mener à la dénutrition³⁰ si celui-ci n'est pas utilisé conjointement avec les apports nutritionnels de référence (ANREF)³¹.

Il est souvent nécessaire d'ajuster le menu et les portions aux employés et aux visiteurs s'alimentant dans les centres d'hébergement, afin de permettre un apport nutritionnel suffisant.⁴

Le processus d'évaluation des menus

- Évaluer les préférences alimentaires des résidents et leur appétit à l'aide des outils suivants :
 - plans alimentaires thérapeutiques;
 - questionnaire de goûts et aversions;
 - résultats des questionnaires sur la satisfaction des résidents au sujet des repas et des collations;
 - audits (ex. : répertorier et cumuler les observations lors des retours de plateaux et des observations aux repas);
 - analyse et évaluation des fiches de consommation quantitative;
 - répertoire et documentation des commentaires du personnel du service alimentaire et des soins selon les besoins et habitudes des résidents.
- Utiliser le GAC et les ANREF comme outils de référence.
- Déterminer la mesure des portions afin de répondre aux besoins nutritionnels (ANREF) de la clientèle hébergée. Cette mesure permettra d'atteindre les apports suffisants (AS) dont l'apport hydrique recommandé.³¹
- Déterminer les ustensiles de service lors des repas (guide de portions).
- Utiliser un logiciel de nutrition permettant de comparer les apports en nutriments du menu avec les ANREF selon l'âge et le sexe du résident.
- Structurer le menu d'une journée type et s'en inspirer pour planifier tous les jours du cycle de menus.
- Faire participer le diététiste à l'élaboration du menu en lui faisant évaluer et approuver le menu régulier, les collations, les menus thérapeutiques et à texture ou à consistance modifiées.⁵⁻⁶



2.5 MENU THÉRAPEUTIQUE

Chaque résident hébergé en CHSLD est évalué selon l'approche milieu de vie³² et les diagnostics médicaux. Ainsi, le diététiste introduira le menu thérapeutique en considérant les besoins de l'individu. Dans tous les cas, le diététiste, de par la Loi 90, a l'obligation de préserver la santé du résident ce qui signifie d'adapter le plan de traitement nutritionnel. Par conséquent, :

- le diététiste et l'équipe de soins interdisciplinaires révisent les profils médicaux (ex. : état cognitif, diagnostique, données de laboratoire, etc.) et les habitudes de vie de la clientèle hébergée;
- le menu principal est modifié pour offrir des menus thérapeutiques adaptés aux conditions médicales du résident;
- l'offre alimentaire de textures et consistances modifiées se rapproche le plus possible du menu principal et offre ainsi la même variété, les mêmes choix et la même palatabilité des aliments.⁵⁻⁶⁻³³

2.6 COMMUNICATION

Les menus, incluant les choix de collations, doivent être diffusés dans les centres d'hébergement, afin qu'ils soient connus des résidents, de leurs familles, des répondants ainsi que des employés.⁵⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹⁶

- Le menu et les choix de collation des menus réguliers et thérapeutiques sont affichés pour la journée et pour la semaine courante.
- Le menu et la liste des collations sont accessibles (à la clientèle en fauteuil roulant) et facilement lisibles pour les résidents (gros caractères).
- Des copies du menu et de la liste des collations sont disponibles, en tout temps, pour le résident, sa famille ou son répondant ainsi que pour les membres du personnel.

2.7 FORMATION

La connaissance, la compréhension et l'intégration du menu par les résidents, leurs familles ou leurs répondants sont importantes afin de favoriser son application. Quant aux membres du personnel, ils doivent développer des habiletés et des compétences pour veiller à l'application et au respect des plans nutritionnels prescrits.⁵

- Des sessions de formation et de sensibilisation seront conçues et données par un diététiste aux membres du personnel sur l'importance du menu dans l'atteinte des besoins nutritionnels et d'hydratation d'où la prépondérance du respect des plans nutritionnels, des textures et des consistances.

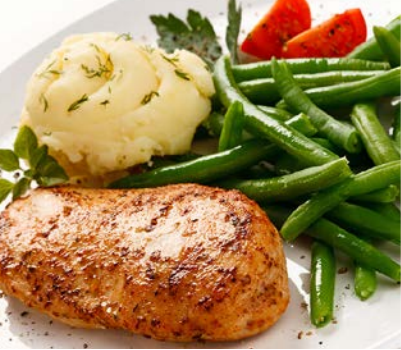
- 
- Les plans nutritionnels des résidents sont disponibles aux membres du personnel du service alimentaire et des soins infirmiers en tout temps.

2.8 ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

- Considérer les habitudes de vie de la clientèle du centre d'hébergement dans l'élaboration du menu.
- Favoriser une alimentation saine et variée ainsi qu'une hydratation adéquate. Le menu doit offrir : trois repas respectant les saisons, les fêtes et les us et coutumes des résidents; deux choix de menus en plus des menus spéciaux, deux collations nutritives et trois collations d'hydratation par jour.
- Offrir des menus thérapeutiques avec le même choix, la même palatabilité et la même variété des mets, breuvages et collations que le menu régulier.
- Afficher le menu principal et thérapeutique devant être lisible et disponible pour les résidents et leurs proches.

2.9 INITIATIVE MONTÉRÉGIENNE

- Lors du suivi des visites d'évaluation de la qualité en CHSLD, au printemps 2012, les établissements de la Montérégie se démarquaient par l'avancement de leurs pratiques qui sont présentées dans ce chapitre.



MODULE III GESTION DES OPÉRATIONS AU SERVICE ALIMENTAIRE

D'entrée de jeu, tous mets et breuvages doivent être préparés et distribués dans un environnement sécuritaire et propre. L'utilisation de méthodes de travail bien orchestrées en centre d'hébergement favorise la production des mets, des collations et des breuvages nourrissants, sécuritaires et appréciés par les résidents.

Dans ce module, nous traiterons de la nécessité de formaliser l'organisation du travail. La rédaction de politiques et de procédures à suivre permettra de baliser les pratiques attendues du personnel et de développer une culture de la qualité. La standardisation des recettes et l'harmonisation de celles-ci dans les différentes installations favoriseront assurément l'optimisation de la production alimentaire.

Par la suite, nous discuterons des enjeux de communication qui représentent des défis organisationnels. Enfin, certaines formations de base seront requises pour le respect des principes d'hygiène et de salubrité, mais aussi en lien avec la raison d'être d'un service alimentaire, soit la connaissance des particularités et des besoins des résidents hébergés.

3.1 POLITIQUES ET PROCÉDURES

La mise sur pied et le déploiement de politiques, procédures et protocoles sont nécessaires afin d'avoir une production alimentaire efficace. La maîtrise de bonnes méthodes de travail permet :⁵⁻⁶

- de prévenir la contamination et le développement de bactéries;
- de retenir le maximum des valeurs nutritives, des saveurs, de la couleur, de la texture et de l'apparence des aliments;
- d'éviter le gaspillage des denrées donc d'améliorer l'efficacité du service alimentaire;
- de favoriser la standardisation de la production alimentaire;
- d'assurer la distribution des repas, des collations et des spéciaux alimentaires pour tous les résidents aux endroits appropriés dans un temps déterminé;
- d'offrir des mets et des collations qui possèdent de bonnes qualités organoleptiques pour tous les résidents.

3.1.1 GESTION DES RESSOURCES

Dans ce guide, nous ne tenons pas compte de l'axe financier des ressources. Nous avons plutôt choisi de nous concentrer sur le volet clinique qui a un impact direct sur la clientèle. Les deux axes retenus, soit la gestion des ressources humaines et matérielles consistent entre autres à :

RESSOURCES HUMAINES

- Déterminer les horaires des employés selon un calendrier établi par l'établissement.
- Avoir une description d'emploi et une routine de travail écrite.

RESSOURCES MATÉRIELLES

- Élaborer une procédure d'achats incluant la commande, la réception et l'entreposage des denrées et des équipements.
- Intégrer les principes de développement durable, selon la politique alimentaire de l'établissement⁴.
- Définir des procédures d'entretien pour :
 - la production alimentaire;
 - la distribution;
 - la salle de lavage;
 - les équipements;
 - la salle à manger.

3.1.2 ASSURANCE QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Plusieurs procédures doivent être créées afin d'optimiser les activités reliées à l'alimentation et à la nutrition dans les centres d'hébergement⁵⁻⁶⁻³⁴ dont,

- la standardisation des recettes;
- l'assurance de la qualité organoleptique des aliments et des mets :
 - surveillance quotidienne;
 - discussion des rapports d'assurance qualité avec le Comité de gestion;
 - intégration des résidents dans le processus d'assurance qualité.
- les textures modifiées doivent correspondre aux standards établis par l'Association Professionnelle des Nutritionnistes Experts en dysphagie (APNED) et entérinés par l'OPDQ dans son manuel de nutrition clinique.³⁵ Ces standards portent sur la cohésion, l'élasticité, l'adhésion et la fermeté de ces textures;
- le contrôle des pertes alimentaires;
- la mise à jour des plans alimentaires est consignée. Elle doit inclure les éléments suivants : un plan alimentaire régulier ou thérapeutique, des textures et consistances modifiées, des allergies ou intolérances, des aversions et des préférences, des spéciaux nécessaires à chacun des résidents et selon leurs besoins;

- les principes de gestion de la sécurité sanitaire des aliments tels qu'établis par le MAPAQ incluant le guide des temps d'entreposage, de cuisson, de réchaud, de refroidissement et de température de référence sécuritaire. Par exemple : maintenir les aliments chauds à un minimum de 60° C et les aliments froids à un maximum de 4° C durant toute la période du service;
- sur une base volontaire et si possible, entamer le processus de certification Hazard Analysis Critical Control Points (HACCP)²⁵ ou du moins, viser ces concepts³⁶ (Figure 3).

FIGURE 3 - Sécurité alimentaire MAPAQ et HACCP



Tiré de : http://www.mapaq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/TransformationPortail/pyramide_demarchequilite.pdf



3.2 ALIMENTS ET MENUS À STANDARDISER ET À HARMONISER ENTRE LES CENTRES D'HÉBERGEMENT

La standardisation permet d'établir et de respecter les critères nutritionnels des aliments et des mets. Elle permet aussi de s'assurer que la nourriture retrouve d'une fois à l'autre une constance sur le plan de la qualité organoleptique et qu'elle satisfait les besoins nutritionnels, personnels (ex. : végétariens) ou spirituels des résidents. De plus, cela permet d'accroître la productivité et de réduire les coûts de production du service alimentaire. Les guides de standardisation de la production alimentaire doivent inclure les sujets suivants :²⁵

- les éléments des menus réguliers et thérapeutiques;
- les textures et consistances modifiées;
- les spéciaux alimentaires à produire;
- les suppléments alimentaires.

3.2.1 ÉLÉMENTS DE LA STANDARDISATION D'UNE RECETTE

La standardisation d'une recette se compose :⁵

- du nom de l'item et de son numéro;
- de la quantité des ingrédients selon le poids, la mesure, le volume ou la quantité de chacun;
- de la taille de la portion, du rendement de la recette et de l'ustensile de service approprié;
- des méthodes et des étapes de préparation de la recette;
- du réchauffement et du refroidissement requis à différents stades de la production;
- de la durée et de la température pour la cuisson;
- du temps de production et de la durée requise pour la préparation, la cuisson, le réchaud et le service;
- des méthodes pour ajuster le rendement des recettes, si requis;
- des méthodes et des étapes pour produire les textures modifiées des aliments, à partir des mets réguliers. Il faut déterminer le bon moment pour ajouter le liquide ou l'agent épaississant, juger du type de liquide et de la quantité de l'agent à ajouter et rédiger la procédure de remise en température adéquate et sécuritaire;
- de l'identification des agents allergènes via l'informatisation ou autre moyen;
- du coût par portion;
- de l'apport en nutriments par portion.

3.2.2 ALIMENTS OU METS COMMERCIAUX

Les entreprises alimentaires et pharmaceutiques développent et mettent régulièrement sur le marché des produits alimentaires. On peut trouver de l'eau à consistance modifiée ou des mets en purée sous forme d'aliments d'origine. L'achat de ces produits permet une standardisation plus aisée et souvent assurée, compte tenu des méthodes de production industrielles.

Cependant, malgré la diversité des produits sur le marché, le choix demeure limité et les coûts sont plus élevés.

3.2.3 QUALITÉS ORGANOLEPTIQUES

Chaque groupe de mets ou d'aliments doit avoir une description organoleptique (voir l'exemple 1). À cet effet, une nouvelle recette doit être évaluée avant d'être ajoutée au menu.²¹ L'évaluation doit d'abord se faire par le personnel et ensuite par les résidents à l'aide d'une grille d'évaluation qui comporte les critères suivants : l'arôme, la température, l'apparence, le goût et la texture du mets ou de l'aliment. Nous vous référons au module 5 où nous traiterons en détail de ce sujet. En terminant, une présentation attrayante de l'assiette (ou du plat servi) doit stimuler l'appétit et favoriser ainsi la consommation par le résident afin d'atteindre les besoins nutritionnels requis.

EXEMPLE 1

Aliments	Description
Céréales chaudes	La couleur de la céréale dépend de la couleur du grain : légèrement brune pour le gruau, blanc pour la crème de blé et jaune pour la semoule de maïs. Les céréales cuites doivent être tendres avec une saveur d'amidon cuit. La céréale chaude doit être servie chaude selon les principes de gestion de la sécurité sanitaire des aliments. La standardisation des portions et des textures doivent correspondre aux indications notées aux plans thérapeutiques.

3.3 COMMUNICATION ET DOCUMENTATION

Un outil de communication doit être utilisé entre les membres du personnel du service alimentaire. Celui-ci doit être organisé pour que la consultation des nouvelles informations soit facile. Le contenu comprend :

- un volet administratif : les mémos récents, les comptes rendus des rencontres d'équipe, les commentaires reliés à la production alimentaire, les politiques, les règlements et les procédures;

- 
- un volet production : les recettes, les portions, le menu et d'autres informations pertinentes concernant la production;²⁵
 - un volet clinique : les plans alimentaires.

Le service alimentaire doit de plus :

- rapporter par écrit tous les événements pertinents ou autres situations inquiétantes non appropriées, incidents ou accidents en remplissant un rapport d'accident/incident, le cas échéant;
- faire le suivi des événements déclarés, lorsque nécessaire;
- assurer que tout changement relatif à l'alimentation et aux soins nutritionnels des résidents soit documenté et facilement retracé;
- préconiser l'informatisation et l'utilisation des nouvelles technologies dans les moyens de communication et de documentation du service alimentaire;
- acquérir un logiciel permettant une compilation efficace des données sur les changements alimentaires pour satisfaire les résidents et pour diminuer les manques et les pertes.

3.4 FORMATION

La formation professionnelle est offerte pour améliorer ou pour préserver la qualité de la production alimentaire. Les formations doivent traiter entre autres des sujets suivants :⁵⁻¹⁸

- standardisation des recettes;
- suivi du guide de production alimentaire;
- production des textures et consistances modifiées, ainsi que de leur terminologie et définition;
- utilisation sécuritaire des équipements de même que le nettoyage, la stérilisation et l'entretien de ceux-ci (exemple : température de service);
- formation obligatoire du MAPAQ sur la manipulation sécuritaire des aliments;
- formation sur les particularités des résidents pouvant affecter les types d'aliments préparés, les suppléments alimentaires, la quantité offerte, la texture et la consistance. (par exemple : troubles cognitifs, malnutrition, perte de poids, dysphagie, allergies alimentaires, diabète, somnolence, etc.)

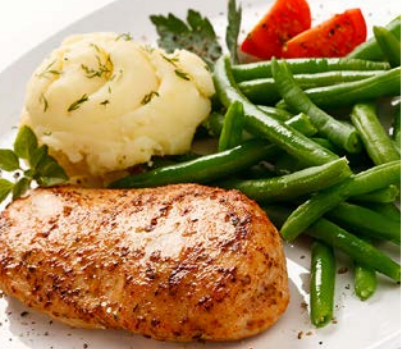
3.5 ÉLÉMENT DE RÉFLEXION

- La mise en place d'un système global d'assurance qualité intégré aide à maximiser l'efficacité de la production alimentaire, et ce, dans le respect des principes du MAPAQ.



3.6 INITIATIVE MONTÉRÉGIENNE

- Au CSSS Haut-Richelieu-Rouville, l'utilisation des nouvelles technologies est préconisée dans les salles à manger du centre d'hébergement. Nous y retrouvons des téléviseurs qui diffusent le menu et les images du repas.



MODULE IV SOINS NUTRITIONNELS

L'alimentation des résidents en centre d'hébergement est un enjeu important dans le maintien et l'optimisation de leur état de santé. Un état nutritionnel équilibré contribue au bon déroulement des fonctions physiologiques, ainsi qu'à l'autonomie et à la qualité de vie du résident.¹⁵ L'évaluation et l'analyse des apports ainsi que des besoins en nutriments et en calories font partie entre autres des soins et des interventions nutritionnels. Au Québec, la responsabilité de développer un plan nutritionnel et d'en assurer le suivi appartient au diététiste. Toutefois, c'est dans la collaboration interdisciplinaire que l'équipe soignante développera une vision globale des soins nutritionnels à apporter au résident. Elle maximisera ainsi ses interventions et sera en mesure de répondre aux besoins physiologiques et personnels du résident.

Il est opportun d'énoncer que les soins et interventions nutritionnels les plus appropriés pour chaque résident sont ceux qui sont offerts avec le moins de restrictions possible³³⁻³⁷ et de manière la plus efficace. Ces soins nutritionnels sont offerts en partenariat avec le résident ou son répondant ou sa famille et l'équipe interdisciplinaire.

En fin de vie, les soins nutritionnels prennent une nouvelle orientation. Le diététiste, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, modifiera le plan de traitement nutritionnel selon le pronostic et les objectifs établis au plan d'intervention interdisciplinaire et les résultats obtenus. À moins de contre-indication médicale, l'alimentation et l'hydratation ne seront pas cessées, mais adaptées aux besoins du résident et à ses volontés.

Dans ce module, nous aborderons les risques de malnutrition qui affectent plus de 60 % des résidents hébergés en CHSLD et les enjeux organisationnels reliés à l'alimentation. De plus, nous présenterons les rôles et responsabilités attendus de l'équipe de professionnels de première ligne impliqués dès l'admission d'un résident. Nous terminerons avec les soins nutritionnels et ce, en considérant les principaux problèmes d'ordre nutritionnel et certaines conditions associées à l'état de santé de la clientèle. Nous tenons ici à préciser que notre présentation des soins nutritionnels sera mise en relation avec les rôles et responsabilités de l'équipe de professionnels de première ligne.



4.1 LE DÉPISTAGE DU RISQUE DE MALNUTRITION DU RÉSIDENT ET L'INTERVENTION EN NUTRITION CLINIQUE

Le dépistage du risque de malnutrition devient un incontournable en CHSLD. En effet, le vieillissement normal accompagné de la polypathologie, la polymédication, la diminution des capacités sensorielles, les maladies dégénératives et la diminution de l'autonomie à s'alimenter mènent inévitablement à la malnutrition.

Dans la mise en place d'un modèle intégrateur de la qualité, un programme nutritionnel est recommandé afin de soutenir la pratique alimentaire en CHSLD.⁶⁻¹⁵⁻¹⁶ De ce dernier, il en découle diverses orientations qui toucheront autant le volet organisationnel que le volet opérationnel.

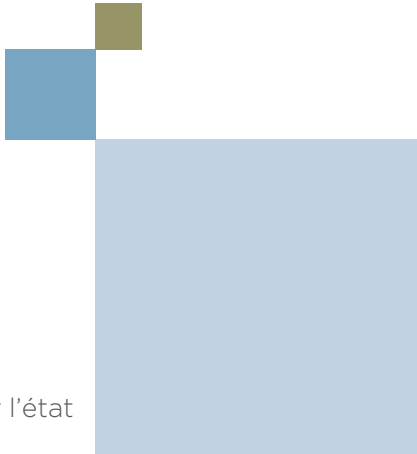
Nous notons que la littérature probante fait état des différents outils de dépistage disponibles pour détecter la malnutrition et les autres conditions associées. Il convient ici de nommer les principaux outils utilisés pour la mission d'un CHSLD : le MNA, le test de la gorgée d'eau, l'échelle de Braden et l'évaluation buccodentaire.

Au final, le personnel en soins infirmiers sera le premier à percevoir un changement, à amorcer des interventions et à diriger les résidents vers les professionnels concernés. En collaboration avec l'équipe interdisciplinaire de première ligne, il pourra dépister la malnutrition, les facteurs qui s'y rattachent et proposer des ajustements aux plans de traitement nutritionnels afin d'en diminuer l'impact.

4.1.1 VOLET ORGANISATIONNEL

Le programme nutritionnel devrait se baser sur les assises décrites ci-dessous.

- implanter des programmes de soins et d'interventions favorisant une alimentation, une hydratation optimale, une hygiène bucco-dentaire, ainsi qu'une élimination vésicale et intestinale adéquate;
- déployer une offre de services professionnels qui évalue les besoins nutritionnels du résident. L'équipe de première ligne devrait être composée de médecin, d'infirmière, d'infirmière auxiliaire, de diététiste, de technicienne en diététique, d'ergothérapeute. Elle devrait aussi être en mesure de consulter les professionnels suivants : un orthophoniste, un physiothérapeute, un inhalothérapeute, un dentiste, une hygiéniste dentaire, un psychologue ou un neuropsychologue ou encore un éducateur spécialisé;
- mettre en place des procédures de travail balisant les rôles et responsabilités attendus de tous les professionnels;
- créer des outils de communication qui facilitent l'échange d'information entre les professionnels, l'équipe interdisciplinaire (diététiste, ergothérapeute, infirmière) et le service alimentaire au sujet de l'alimentation, de la diffusion du plan de traitement nutritionnel et de sa révision (niveau du risque nutritionnel, besoins



de soins nutritionnels et changements de l'état de santé pouvant affecter l'état nutritionnel);

- concevoir et implanter un programme de formation en lien avec les soins nutritionnels adaptés aux besoins des différents intervenants;
- assurer une évaluation des processus implantés, ainsi que leur amélioration continue.

Et finalement, en cas de manque de ressources, les établissements privés conventionnés ou non conventionnés pourraient prendre entente avec un CSSS pour recourir à des services professionnels. Les CSSS de petite taille peuvent aussi convenir de partager ou de faire appel à une ressource d'un CSSS avoisinant afin de répondre aux besoins populationnels de leur territoire.

4.1.2 VOLET OPÉRATIONNEL

Le programme nutritionnel devrait tenir compte que tout résident hébergé en CHSLD bénéficie d'une évaluation nutritionnelle initiale lors de son admission. L'évaluation nutritionnelle par le diététiste et l'évaluation médicale de chaque résident sont essentielles à l'élaboration d'un plan de traitement nutritionnel individualisé.³³ Dans les premiers jours suivant l'admission, plusieurs professionnels contribueront à la collecte d'information permettant d'élaborer le premier plan de traitement nutritionnel. La figure 4 représente l'algorithme de la prise en charge du résident durant les trois premières semaines, après son admission.

Le plan nutritionnel thérapeutique, les textures des aliments et la consistance des liquides sont recommandés par le diététiste ou prescrits par le médecin et inscrits dans le dossier du résident. Ces informations doivent être transmises à l'équipe soignante et interdisciplinaire selon la politique du centre d'hébergement.

Concrètement, lors de la première journée d'admission du résident, l'infirmière et la technicienne en diététique réalisent une première collecte de données pour offrir un repas sécuritaire (exemples : allergies, intolérances, textures de la nourriture, consistance des liquides, aide technique ou aide à l'alimentation et choix du menu). De plus, l'infirmière vérifiera la santé bucco-dentaire et fera un dépistage de la dysphagie, si nécessaire, avec le test de la gorgée d'eau. La figure 5 montre un exemple d'algorithme du test de la gorgée d'eau.

Par la suite, l'infirmière à titre d'intervenante de premier niveau, oriente la démarche de consultation nécessaire afin d'assurer la collaboration des divers professionnels. Le médecin et le diététiste participent au processus de consultation. Des outils existent pour faire un dépistage du risque de malnutrition et de déshydratation de même qu'un contrôle de l'élimination.⁵⁻³³⁻³⁸ À cet effet, les éléments suivants sont à considérer :

- lors d'un transfert interétablissement, le plan alimentaire existant est transmis;
- dans un délai de 48 heures, l'infirmière doit avoir terminé l'évaluation de l'usager basée sur la version longue du « Mini Nutritional Assessment » (MNA) incluant



l'indice de masse corporel (IMC). Le MNA est reconnu selon les données probantes, comme étant le plus adapté à une clientèle hébergée en soins de longue durée;³³⁻³⁹⁻⁴⁰⁻⁴¹

- durant les sept premiers jours suivant l'admission, l'infirmière complète un profil nutritionnel pour le résident incluant les éléments décrits ci-dessous :⁶⁻⁴²
 - mesurer et peser la personne;
 - finaliser un journal alimentaire de 7 jours, incluant l'apport hydrique;
 - indiquer en collaboration avec l'ergothérapeute et l'orthophoniste l'assistance du personnel des soins ou des techniques nécessaires à l'alimentation et à l'hydratation du résident;
 - procéder à une évaluation de la cavité buccale et déterminer le niveau d'assistance pour les soins bucco-dentaires;
 - relever les difficultés au moment de la mastication, de la déglutition (douleurs, toux, etc.) et les signes de voix mouillée et de raclement de la gorge après la déglutition;
 - établir la fréquence d'élimination habituelle (urinaire et fécale);
 - si non inscrit au dossier antérieur, faire un dosage des protéines (albumine/ pré-albumine) pour mesurer l'état protéique et nutritionnel du résident;³³ celui-ci s'intègre aux examens médicaux de routine telle que la prise de sang initiale prescrite par le médecin.
- lors de l'admission, l'infirmière termine son évaluation (plan de traitement infirmier) et sollicite l'intervention des principaux professionnels correspondant au besoin du résident;
- dans les 21 jours suivant l'admission, le diététiste fournit une évaluation nutritionnelle et élabore le plan de traitement nutritionnel tout en précisant le risque nutritionnel.⁵⁻⁶ Lorsque le résultat du MNA indique que le résident semble à risque, celui-ci est transmis au diététiste qui pourra ainsi intervenir rapidement selon le niveau de risque.

FIGURE 4 - Algorithme de la prise en charge d'un résident lors d'une admission en lien avec les soins nutritionnels

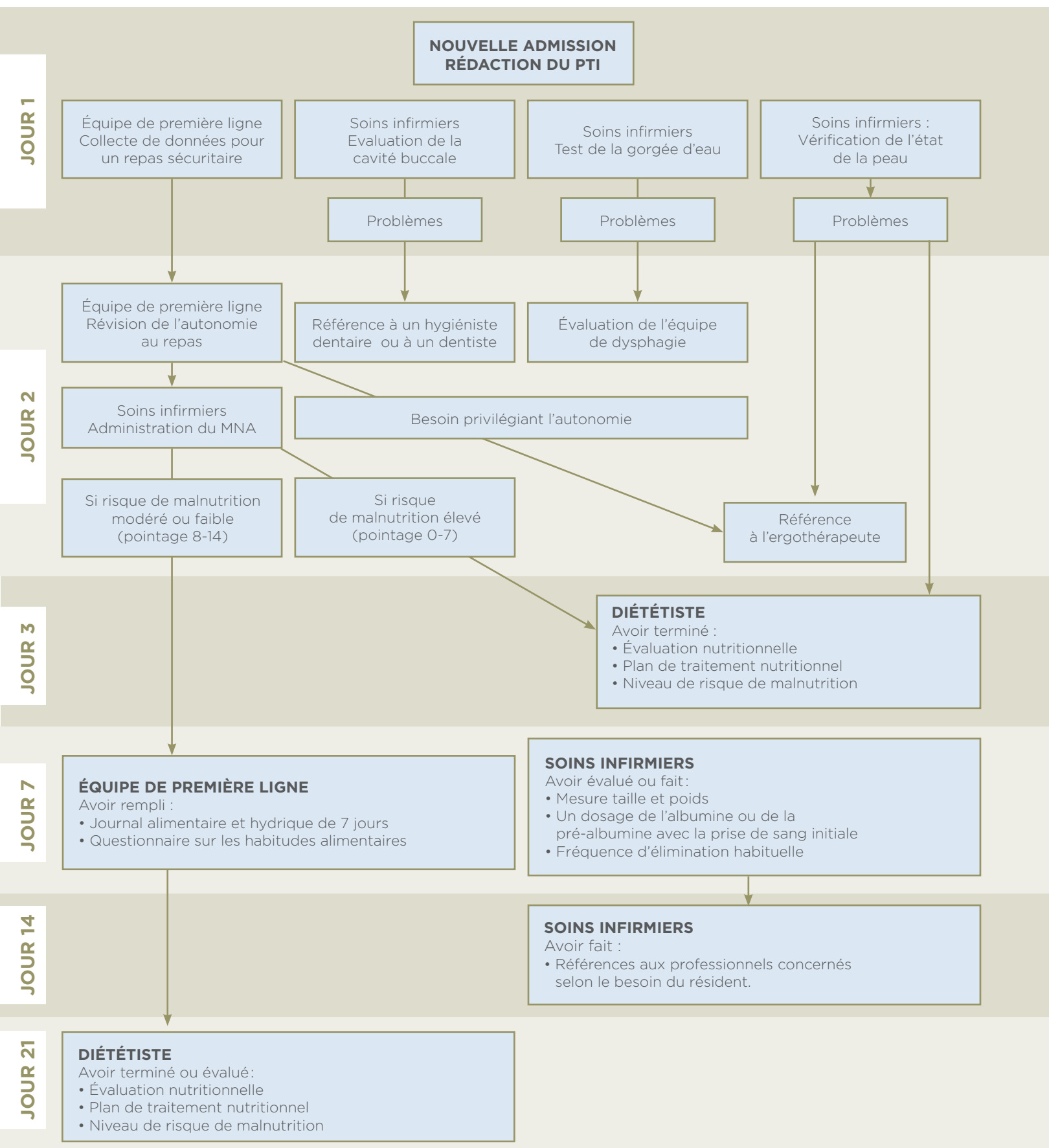
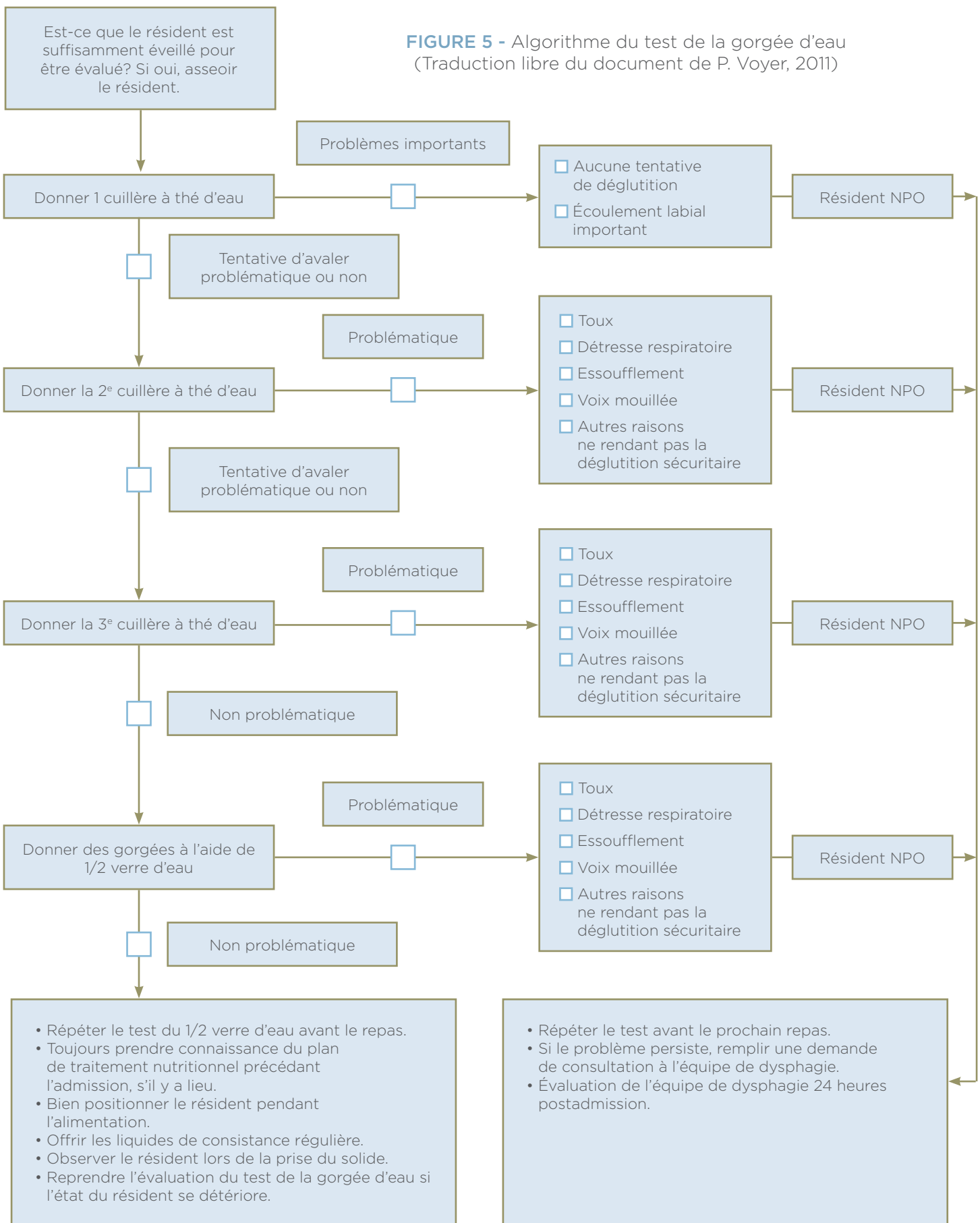


FIGURE 5 - Algorithme du test de la gorgée d'eau
(Traduction libre du document de P. Voyer, 2011)



4.1.3 RÔLE DU DIÉTÉTISTE DANS L'ÉVALUATION, LE PLAN DE TRAITEMENT ET LA SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE

Selon le Code des professions⁴³, le champ d'exercice du diététiste est d'évaluer l'état nutritionnel d'une personne, de déterminer et d'assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins de la personne pour maintenir ou rétablir sa santé.

ÉVALUATION NUTRITIONNELLE

Le diététiste doit s'assurer que les composantes suivantes soient incluses dans son évaluation nutritionnelle. Si celles-ci sont non disponibles, faire la demande au professionnel concerné :²⁴⁻³³

- le profil diététique;
- la taille et le poids actuel ainsi que l'historique du poids, si disponible;
- l'apport alimentaire et hydrique;
- les conditions significatives et diagnostiques;
- la condition physique et l'état cognitif;
- l'aspect de la peau;
- la fréquence de l'élimination;
- les valeurs significatives de laboratoire;
- les interactions possibles entre nutriments et médicaments;
- l'état nutritionnel et le niveau d'hydratation actuel.

PLAN DE TRAITEMENT NUTRITIONNEL

Activité réservée : « Déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance individuelle indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie. » (Code des professions, article 37.1 a)

Le diététiste doit indiquer dans son plan d'intervention disciplinaire les points suivants :²⁴

- les problèmes;
- les objectifs;
- les interventions;
- le nom des professionnels collaborant aux interventions;
- les résultats attendus;
- la date de la révision du plan;
- la réponse du résident, de sa famille ou du répondant au plan.

SURVEILLANCE DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

Activité réservée : « *Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le traitement nutritionnel a été déterminé.* » (Code des professions, article 37.1 b)

Le diététiste doit réviser et réévaluer les plans nutritionnels et d'hydratation à tous les trois mois⁵⁻⁶ ou encore de façon périodique³³. Toutefois, un changement de l'état de santé du résident et de ses besoins nécessitera une réévaluation. Il doit prévoir des mécanismes additionnels pour suivre l'état du résident.

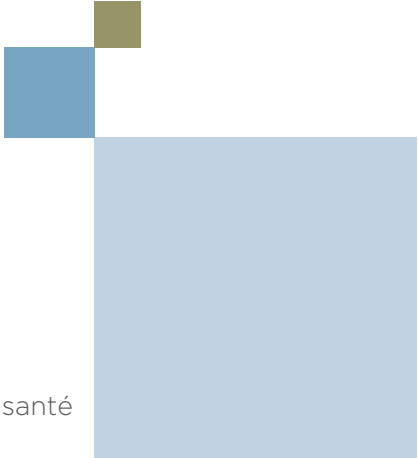
- Documenter l'apport nutritionnel et hydrique ainsi que les interventions permettant une amélioration de l'apport alimentaire lorsque nécessaire.³³
- Évaluer le poids des résidents mensuellement.⁶⁻⁴⁴

4.1.4 RÔLES DES PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE DE PREMIÈRE LIGNE

Les résidents sont évalués lors de l'admission par l'infirmière, l'ergothérapeute pour déterminer le support, la supervision, les encouragements et l'assistance requis lors de l'alimentation et de l'hydratation, et ce afin de promouvoir leur sécurité, leur confort, leur indépendance et leur dignité.⁵ La technicienne en diététique s'informerait des goûts et aversions du résident et fera le suivi nécessaire entre le service alimentaire et le diététiste.

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE D'APRÈS LA LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS⁴⁵

- Évaluer l'état de santé d'une personne.
- Déterminer et assurer l'application du plan de soins et de traitement infirmiers.
- Prodiger les soins et les traitements infirmiers et médicaux afin de prévenir la maladie, de maintenir et rétablir la santé, ainsi que de fournir les soins palliatifs.
- Parmi les 14 activités réservées, 11 s'appliquent en CHSLD, soit :
 - évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
 - exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
 - initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
 - initier des mesures diagnostiques aux fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (2001, chapitre 60);
 - effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
 - effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
 - déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiger les soins et les traitements;
 - appliquer des techniques invasives (ex. : soins de gastrostomie);

- 
- effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
 - administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
 - mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance.

RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE D'APRÈS LA LOI 90⁴³ ET L'ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC⁴⁶

- Évaluer les habiletés fonctionnelles (motricité, tonus, coordination, fonction oropharyngée) et les fonctions perceptivocognitives.
- Déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention permettant de :
 - développer, restaurer ou maintenir les aptitudes à s'alimenter de manière autonome et sécuritaire;
 - compenser les incapacités à s'alimenter de manière autonome et sécuritaire;
 - diminuer les situations de handicap reliées à l'activité d'alimentation;
 - adapter l'environnement (salle à manger, chambre) dans le but de favoriser une autonomie optimale à l'alimentation.
- Émettre des recommandations en regard des techniques compensatoires lors de l'alimentation incluant les :
 - aides techniques à la posture;
 - aides techniques à l'autonomie fonctionnelle;
 - consignes spécifiques.

RÔLE DE LA TECHNICIENNE EN DIÉTÉTIQUE⁴⁷⁻⁴⁸⁻⁴⁹

- Recueillir les données lors de l'admission concernant les habitudes alimentaires, ainsi que les allergies, aversions et intolérances alimentaires.
- Assurer un suivi et ajuster l'alimentation selon le goût du résident ou lors de modifications du plan de traitement nutritionnel.
- Partager avec les divers professionnels les informations pertinentes.
- Appliquer un plan de traitement nutritionnel déterminé au préalable par le diététiste ou le médecin.
- Superviser l'élaboration et la préparation des repas thérapeutiques correspondant aux besoins des résidents.
- S'assurer que le plan de traitement nutritionnel est suivi par le service alimentaire.
- Adapter, vérifier le menu des résidents et exécuter toutes les compilations et rapports nécessaires.



4.2 PLANIFICATION DES SOINS NUTRITIONNELS

Les problèmes d'ordre nutritionnel fréquemment retrouvés en centre d'hébergement sont une variation de poids non planifiée, une hydratation inadéquate, une élimination irrégulière, une intégrité de la peau fragilisée ou la présence de plaies et la dysphagie.

D'autres conditions associées comme une polymédication, une alimentation entérale ou parentérale, des maladies métaboliques (diabète, insuffisance rénale chronique, hypertension artérielle, hyperlipidémie, etc.) peuvent également influencer l'alimentation et par conséquent l'état nutritionnel.

4.2.1 VARIATION DE POIDS NON PLANIFIÉE

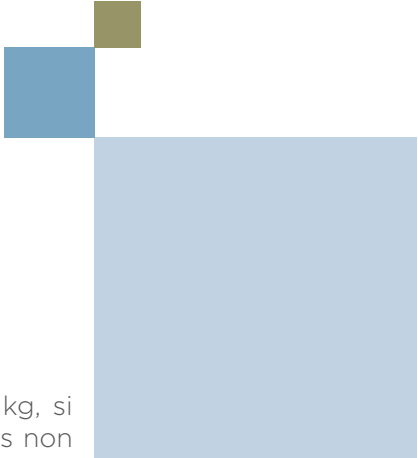
D'après Roberts et al.,⁵⁰ une personne âgée de 70 ans et plus ayant subi plusieurs pertes de poids significatives et successives n'arrivera pas à retrouver le poids d'origine. En effet, l'apport alimentaire s'adaptera pour répondre aux besoins nutritionnels en fonction du poids actuel et non pas du poids initial. Chez l'aîné, l'hyperphagie est assez rare alors qu'elle est plus fréquente chez les personnes âgées de moins de 65 ans. Le résident aura donc de la difficulté à reprendre le poids total perdu. Par conséquent, il est important d'intervenir tôt et de noter régulièrement, et le plus précisément possible, le poids du patient et d'informer le diététiste lorsqu'il y a une variation significative d'au moins 5 %.

RÔLE DU DIÉTÉTISTE

- Modifier le plan nutritionnel basé sur l'évolution pondérale et l'apport énergétique et hydrique à la suite de l'analyse du journal alimentaire, du plan thérapeutique et du menu.
- Intervenir en collaboration avec le résident, sa famille ou son répondant et l'équipe interdisciplinaire afin de répondre aux besoins nutritionnels individuels du résident et de stabiliser son poids²⁴.

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

- Procéder, dans la première semaine, à l'évaluation des paramètres fondamentaux tels que le poids et la taille, et les noter dans le dossier du résident en précisant la méthode utilisée. S'assurer de l'exactitude du poids³³.
- Collaborer aux initiatives du service alimentaire afin de répondre aux situations particulières et aux besoins nutritionnels des résidents¹³.
- Répertoire mensuellement le poids de tous les résidents dans leur dossier respectif.⁵⁻⁶⁻¹³⁻³³⁻⁴⁴ Lorsque l'écart est important, revalider la pesée. Peser plus fréquemment certains résidents, selon les recommandations du diététiste ou la prescription médicale. Obtenir le consentement du résident.

- 
- Transférer les résidents au diététiste si le poids est en dessous de 40 kg, si l'IMC est supérieur à 35 ou inférieur à 20 ou lors d'une variation de poids non planifiée :⁵⁻⁶⁻³⁸⁻⁴²
 - une variation de poids non planifiée de 5 % et plus en un mois, de 7,5 % et plus en trois mois et de 10 % et plus en six mois ;
 - lorsqu'il y a une perte ou un gain de poids progressif, continu et involontaire.

4.2.2 L'HYDRATATION

L'apport hydrique provient d'abord des liquides ingérés et des aliments consommés lors des repas. L'apport supplémentaire doit être organisé selon un horaire d'hydratation établi dans le plan de travail des soins infirmiers, mais en même temps flexible, et respectant la notion de « milieu de vie » du résident. L'impossibilité de répondre aux besoins de base des résidents comme boire et manger, de même que leur incapacité de le faire de manière autonome les prédispose à la déshydratation. Lorsqu'il n'y a pas de restriction liquidienne prescrite par un médecin, l'apport liquidien des résidents doit être supérieur à 1 500 ml par jour⁵¹.

Selon les données probantes, les résidents des CHSLD consomment, en moyenne, entre 1 100 et 1 500 ml de liquide par jour, comparativement à une moyenne quotidienne de 2 100 ml pour les aînés vivant à la maison¹³. D'après Voyer¹³, des études démontrent que 90 % des résidents observés auraient une hydratation insuffisante et 46 % présenteraient des signes de déshydratation. La prévalence de la déshydratation en CHSLD est évaluée à 34 %. Parmi cette clientèle, les personnes qui demeurent dépendantes des soignants pour satisfaire leur hydratation sont considérées plus vulnérables¹³⁻⁵¹.

RÔLE DU DIÉTÉTISTE

- Évaluer l'apport en liquides et émettre des recommandations à ce sujet, lors de l'élaboration du plan nutritionnel du résident.
- Assurer le suivi de l'hydratation, selon le plan nutritionnel.

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

- Appliquer le programme d'hydratation.¹³
- Reconnaître les signes et les symptômes de la déshydratation.¹³
- Évaluer et suivre quotidiennement l'apport hydrique des résidents à risque.⁵¹
- Remplir la grille « ingesta/excréta » lorsque recommandée par le diététiste ou prescrite par le médecin.
- Apporter des actions correctives et les inscrire au dossier du résident lorsque l'apport en liquides ne répond pas aux besoins ou lorsqu'il y a des changements dans le statut hydrique du résident.⁵⁻⁶
- Procéder à une anamnèse ainsi qu'à un examen physique et cognitif complet du résident à risque ou soupçonné de déshydratation.¹³

- Voir à la réhydratation soit par voie orale ou par hypodermoclyse (si ordonnance) selon l'importance de la déshydratation (légère ou modérée).¹³

RÔLE DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

- Participer au développement et à l'application d'un programme d'hydratation⁵⁻⁶⁻¹³ incluant :
 - le moment, la quantité et l'approvisionnement des breuvages sur 24 heures;
 - la description des facteurs de risques ci-dessous et de les prendre en considération lors de l'hydratation :¹³⁻⁵¹
 - le niveau d'autonomie fonctionnel au repas;
 - la dysphagie;
 - l'hygiène bucco-dentaire;
 - la polymédication et ses effets secondaires;
 - la restriction liquidienne;
 - l'atteinte cognitive;
 - le service alimentaire et les soins nutritionnels (niveau organisationnel et environnemental).
- Participer au développement et à l'application d'un protocole ou d'un programme d'hydratation lors de canicule.⁵²
- Participer à un programme de formation du personnel sur le :
 - programme d'hydratation et un protocole d'hydratation lors de canicule;
 - dépistage des signes de déshydratation.⁵¹

4.2.3 L'ÉLIMINATION

Il existe généralement une augmentation de la prévalence de la constipation après 70 ans. Les personnes âgées vivant à domicile utilisent des laxatifs dans une proportion de 30 à 50 %, alors que ce pourcentage augmente significativement en centre d'hébergement⁵³. D'après les études répertoriées par P. Voyer,¹³ 40 à 50 % des personnes hébergées en CHSLD souffrent de constipation. Les causes sont l'apport inadéquat en liquides et en fibres, l'utilisation prolongée de laxatifs, la routine d'élimination déficiente, la sédentarité, l'alitement, ainsi que la polymédication.⁵³ À cet effet, chaque membre de l'équipe interdisciplinaire aura un rôle particulier.

RÔLE DU DIÉTÉTISTE

- Planifier et offrir des menus ayant un apport liquidien et en fibres adéquat selon les ANREF.
- Évaluer l'apport en fibres alimentaires du résident.
- S'assurer que l'apport en liquides répond aux besoins du résident.
- Recommander un supplément de fibres alimentaires de l'ordre de 5 à 7 grammes par jour pour une semaine, de même pour les semaines suivantes, et ce, jusqu'à ce que les besoins du résident soient satisfaits.⁵⁴⁻⁵⁵⁻⁵⁶



RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

- Documenter l'apport alimentaire, les liquides ainsi que l'élimination afin de maintenir et d'améliorer la fonction d'élimination.⁵
- Assurer un suivi serré des signes et symptômes de la constipation.¹³
- Procéder à un examen physique, lorsque requis, comprenant :
 - l'inspection visuelle de l'abdomen;
 - l'auscultation de l'abdomen;
 - la percussion de l'abdomen;
 - la palpation des quatre quadrants abdominaux;
 - l'examen rectal.
- Assurer la continuité des soins et la persévérance pour une élimination intestinale adéquate.¹³
- Appliquer le protocole de constipation.
- Appliquer les interventions individuelles, lorsque requises, pour soulager la constipation :¹³
 - la pression abdominale;
 - la stimulation sensorielle et cutanée;
 - la médication prescrite.
- Appliquer la procédure lors de gastro-entérite pour prévenir la déshydratation, favoriser la guérison, prévenir la perte de poids et la dénutrition, ainsi qu'en assurer le suivi.
- Veiller à ce que les résidents prennent au moins 1 500 ml de liquide par jour pour éviter l'empaquetage des selles lors de constipation résultant d'une alimentation riche en fibres.⁵³
- Respecter la restriction liquidienne prescrite par le médecin.
- Favoriser la mobilité ou la mobilisation si cela est possible.

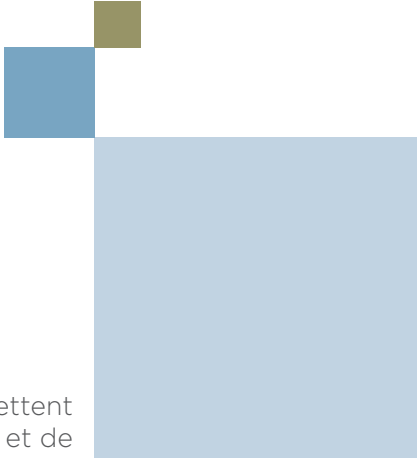
RÔLE DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

- Collaborer à l'élaboration et à l'application du protocole de constipation qui inclut un premier traitement d'hydratation et une alimentation riche en fibres.
- Contribuer à l'établissement et à l'application d'une procédure lors d'une éclosion de gastro-entérite.

4.2.4 SOINS DE PLAIES

Certaines maladies, la malnutrition et l'immobilité prédisposent les aînés aux plaies de pression¹³. Un dépistage systématique d'une déficience nutritionnelle et du risque de plaies de pression permettra de réduire les risques de détérioration de l'état de santé du résident. Celui-ci devrait être fait lors de l'admission et durant le séjour en centre d'hébergement selon l'évolution de l'état de santé du résident.

L'alimentation contribue significativement à la prévention et à la guérison des plaies de pression. En effet, un apport alimentaire réduit, ainsi qu'une augmentation



des pertes de nutriments causées par le suintement des plaies, compromettent l'efficacité du système immunitaire et augmentent ainsi le risque d'infection et de surinfection, ce qui retarde la guérison de la plaie.

Le *Compliance Network Physicians* spécifie que le plan nutritionnel établi par un diététiste⁵⁷ doit représenter une composante essentielle et systématique du plan de traitement de la plaie.⁵⁷⁻⁵⁸

Bien que la nutrition représente une partie importante dans la prévention et la guérison d'une plaie, la gestion du soin des plaies demeure complexe et fait appel à plusieurs professionnels. Une approche interdisciplinaire est à privilégier⁵⁹⁻⁶⁰⁻⁶¹ afin d'améliorer les résultats cliniques.⁶²

RÔLE DU DIÉTÉTISTE

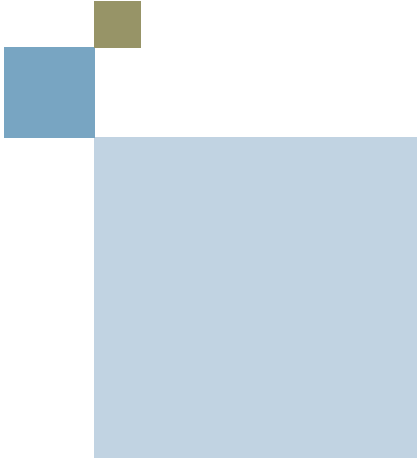
- Déterminer l'état nutritionnel, identifier les déficiences en nutriments et les corriger via l'alimentation et la supplémentation en nutriments en se basant sur les ANREF,⁵⁷⁻⁵⁸ afin de prévenir et de favoriser la guérison des plaies.
- Assurer un suivi des apports en aliments et en liquides du résident, de l'évolution des plaies et ajuster le traitement nutritionnel en conséquence.⁵⁷⁻⁵⁸⁻⁶³

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

- Dépister et évaluer les risques de plaies avec l'instrument de mesure du risque de lésion de pression de Braden.⁶⁴
- Évaluer les plaies de pression.⁶⁰
- Décider de la méthode de nettoyage et de la méthode de débridement.⁶⁰
- Décider des soins de la peau.⁶⁰
- Choisir les produits et les pansements à utiliser sans agent médicamenteux⁶⁰
- Assurer le traitement médical des plaies.⁶⁰
- Évaluer et traiter les plaies, selon l'ordonnance médicale et les recommandations des professionnels, afin de soulager les symptômes, favoriser la cicatrisation et prévenir l'aggravation.⁵⁷⁻⁵⁸⁻⁶⁴
- Peser le résident une fois par semaine.⁶³
- Effectuer une prise de sang mesurant l'albumine et la préalbumine aux trois semaines ou selon la prescription médicale.⁵⁷⁻⁵⁸⁻⁶³
- Mettre en application le programme préventif des plaies.¹³

RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

- Prodiguer des traitements reliés aux plaies (activité réservée partagée) relatifs :⁵⁹
 - à la prévention;
 - à la sélection, l'attribution et l'enseignement en lien avec les aides techniques dont les surfaces thérapeutiques;

- 
- au positionnement;
 - à la mobilité;
 - aux soins de plaies.
- Évaluer la fonction neuro-musculo-squelettique d'un résident présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique (activité réservée partagée).
 - Réaliser une évaluation fonctionnelle tenant compte des éléments suivants :
 - les facteurs de risque d'atteinte à l'intégrité de la peau;
 - l'état de conscience, les capacités sensorielles, motrices et perceptivocognitives, ainsi que l'état émotif du résident et son comportement;
 - les méthodes de transfert, la posture et la mobilité;
 - les facteurs environnementaux (surfaces de contact avec la peau, aides techniques, etc.);
 - la réalisation d'habitudes de vie du résident (s'hydrater, s'alimenter et s'occuper de son hygiène personnelle).
 - Recommander des modifications de techniques de transfert.
 - Collaborer à l'établissement d'un horaire de positionnement.
 - Sélectionner les équipements et les objets usuels dont les matériaux respectent la condition de la plaie. (ex. : vêtements, siège de douche, équipement de transfert)
 - Gérer les forces de pression, de friction ou de cisaillement par la recommandation et l'entraînement à l'utilisation :
 - de surfaces préventives (ex. : matelas spécialisés);
 - d'équipements de posture, de mobilité et de transfert (ex. : coussins spéciaux pour fauteuil roulant);
 - d'orthèses statiques.

RÔLE DU PHYSIOTHÉRAPEUTE

- Prodiguer des traitements reliés aux plaies (activité réservée partagée);⁶¹
- Évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'un résident présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique (activité réservée partagée);
- Favoriser le processus de cicatrisation d'une plaie en phase de chronicité par l'application des modalités adjuvantes :
 - utilisation des formes d'énergie invasives (activité réservée) comme l'ultrason, l'électrostimulation, l'ultraviolet, les courants polarisés, etc.

RÔLE DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

- Participer au développement et à l'implantation du protocole de traitement des plaies de pression à tous les stades, ainsi que des autres types de plaies, incluant l'hydratation et les interventions nutritionnelles;⁵⁷⁻⁵⁸

- Participer au développement d'un programme de formation sur la prévention et le traitement des plaies.

4.2.5 DYSPHAGIE

Les troubles de mastication et de déglutition sont des problèmes significatifs en centre d'hébergement. La dysphagie est un symptôme, la résultante d'une ou de plusieurs maladies comme la démence de type Alzheimer et vasculaire, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la paralysie cérébrale ou encore d'accidents vasculaires cérébraux. La dysphagie affecte près de 66 %⁶⁵ des résidents et jusqu'à 40 % des personnes âgées de 60 ans et plus.⁶⁶ Il est important de préciser qu'une dysphagie non détectée ou encore non traitée entraîne souvent une malnutrition protéino-énergétique et cause des carences en micronutriments.¹³

De plus, la dysphagie est considérée comme un facteur de risque important menant à une mortalité précoce. En effet, 55 % des personnes âgées vivant en centre d'hébergement présentant des signes cliniques de dysphagie meurent dans l'année suivant une hospitalisation pour une pneumonie.⁶⁷

HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Il est important d'avoir un programme de soins bucco-dentaires afin de prévenir les infections respiratoires. C'est d'ailleurs l'un des moyens des plus significatifs de prévenir les pneumonies en CHSLD.⁶⁸ En effet, il est reconnu que la majorité des adultes en santé aspire sa salive durant la nuit⁶⁹ avec peu ou pas de conséquences si la personne a un bon système immunitaire et présente une bonne hygiène bucco-dentaire. Toutefois, les résidents souffrant de dysphagie et de malnutrition et qui ont un système immunitaire diminué sont à risque d'infections respiratoires.⁶⁸

De plus, certaines études rapportent que les soins bucco-dentaires ne sont pas effectués régulièrement en soins de longue durée⁷⁰ dans les CHSLD de la Montérégie.⁷¹⁻⁷² Le fait d'enlever la plaque sur les dents, sur les gencives, à l'intérieur des joues et sur les prothèses dentaires entraîne une diminution significative de l'incidence des pneumonies en soins de longue durée.⁷³⁻⁷⁴

SIGNES CLINIQUES

Les intervenants œuvrant en centre d'hébergement sont quotidiennement confrontés à la complexité d'alimenter les résidents. L'évaluation interdisciplinaire est essentielle à une alimentation sécuritaire. La détection précoce ainsi que la compréhension par l'infirmière de la déglutition et de la physiologie lui permettront de détecter les signes de dysphagie. Les manifestations cliniques observables sont une lenteur générale à s'alimenter, la stagnation des aliments dans la cavité buccale, les écoulements labiaux de salive, liquide ou de nourriture, une mastication et une déglutition difficiles, une toux répétée, des raclements de gorge insistants ou encore des changements dans la voix.¹³ De telles observations de l'infirmière mèneront à un processus de consultations médicales et professionnelles.

LOI 90 ET L'INTERDISCIPLINARITÉ EN DYSPHAGIE

Il est important de mentionner que la Loi 90 ne traite pas de la dysphagie. En effet, « *le législateur n'a pas cru bon de l'ajouter nommément au champ de pratique d'aucun professionnel ou encore de l'attribuer à une profession en particulier... ce qui n'exclut pas la participation de plusieurs intervenants dans le cadre de leur champ respectif* » (OPDQ, 2006).⁷⁵

Il est recommandé qu'une équipe de professionnels (orthophoniste, ergothérapeute, médecin, infirmière et diététiste)⁵⁻³³⁻⁷⁵ intervienne en collaboration interprofessionnelle auprès du résident. La présence de l'inhalothérapeute ou de l'infirmière est suggérée lorsqu'il y a des risques d'aspiration, plus particulièrement à l'évaluation lors des essais alimentaires.

Les membres de l'équipe de dysphagie, selon leur champ de compétences professionnelles, entament un processus d'évaluation, d'analyse et de plan de traitement nutritionnel du résident.

RÔLE DU MÉDECIN

- Détecter la dysphagie.
- Référer si nécessaire aux professionnels ou à l'équipe de dysphagie.
- Demander des tests diagnostiques après discussion avec l'équipe (ex. : vidéofluoroscopie ou gorgée barytée modifiée).

RÔLE DU DIÉTÉTISTE⁷⁵

- Évaluer l'état nutritionnel.
- Évaluer le mécanisme de déglutition au chevet ou à l'aide de la vidéofluoroscopie.
- S'assurer de la faisabilité et de la mise en œuvre des recommandations liées au plan de traitement nutritionnel.
- Déterminer les composantes organoleptiques et rhéologiques (textures et consistances) de son plan de traitement pour combler les besoins nutritionnels et hydriques du résident en préservant sa sécurité.
- Utiliser la nomenclature reconnue pour qualifier les textures et les consistances.³⁵
- Poser un jugement clinique et choisir les propriétés des aliments en fonction de la condition générale du résident.
- Déterminer le plan de traitement nutritionnel en incluant la voie d'alimentation appropriée.
- Surveiller l'état nutritionnel des résidents.
- S'assurer que le menu soit adapté aux besoins des résidents et que la production des mets soit conforme aux textures et consistances modifiées.
- S'assurer qu'une aussi grande variété de choix alimentaires soit disponible pour les textures et consistances modifiées que pour la texture régulière.³³



RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

- Évaluer et documenter les signes cliniques de la dysphagie, les risques d'étouffement et les conséquences sur la santé.
- Référer vers les professionnels concernés.
- Appliquer les recommandations professionnelles.
- Veiller à ce que les soins bucco-dentaires soient effectués selon le programme établi.
- S'assurer que le résident porte des prothèses dentaires ajustées pour lui.
- Assurer un état d'éveil optimal du résident lors des repas.
- Vérifier l'absence de nourriture dans la bouche à la fin du repas.
- S'assurer que le résident demeure dans une position assise pendant 30 à 60 minutes, après le repas.

RÔLE DE L'ORTHOPHONISTE⁷⁶

- Évaluer les capacités résiduelles de déglutition et de protection des voies respiratoires.
- Réaliser les analyses pertinentes de la parole, de la voix et du langage, qui influencent le pronostic et les stratégies d'intervention et de rééducation.
- Rééduquer les structures orales, pharyngées et laryngées affectées par les troubles de la déglutition.
- Élaborer des stratégies compensatoires pour réduire ou compenser les déficits physiologiques et ainsi minimiser toute complication (ex. : aspiration prandiale, étouffement).
- Optimiser l'amélioration de l'état de santé et de la communication dans un cadre interdisciplinaire.

RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE⁴⁶

- Recommander les aides techniques à la posture.
- Recommander les modifications posturales facilitant une déglutition sécuritaire.
- Évaluer les capacités fonctionnelles lors de l'alimentation.
- Recommander les aides techniques visant la compensation des incapacités motrices telles :
 - orthèses (ex. : orthèse du membre supérieur, collet cervical);
 - ustensiles et vaisselle adaptés au résident (ustensiles à gros manche, assiettes à rebord/antidérapantes, verres à bec, etc.).
- Recommander les techniques compensatoires.
- Enseigner les techniques compensatoires.
- Recommander les adaptations de l'environnement.



RÔLE DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

- Participer à l'élaboration et à l'implantation d'un programme de soins bucco-dentaires.
- Contribuer à l'élaboration et à l'implantation d'un programme de formation visant le personnel du service alimentaire ainsi que des soins infirmiers traitant entre autres des soins bucco-dentaires, du dépistage, des techniques compensatoires et du traitement médical et nutritionnel de la dysphagie.

4.2.6 POLYMÉDICATIONS

Les résidents en centre d'hébergement consomment souvent plusieurs médicaments. Ceux-ci peuvent donc interagir sur l'organisme en produisant plusieurs effets secondaires. En effet, les médicaments nuisent à l'état nutritionnel. Ils réduisent l'absorption des éléments nutritifs, modifient le métabolisme ou encore augmentent l'excrétion. De plus, certains médicaments diminuent l'appétit. Une fois sur quatre, ces effets indésirables sont causés par les interactions entre les médicaments. Les risques de souffrir de ces effets secondaires sont de 6 % avec la prise de deux médicaments, de 50 % avec la prise de cinq médicaments et de 100 % avec la prise de huit médicaments et plus par jour. Il est important de noter qu'un résident en CHSLD prend en moyenne sept différentes catégories de médicaments.¹³

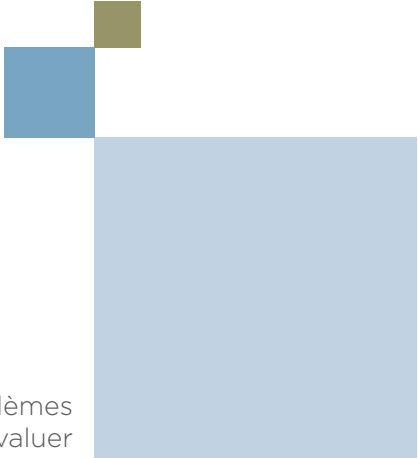
Le vieillissement normal amène une augmentation du pourcentage de la masse adipeuse, une diminution de la masse maigre, une diminution du pourcentage d'eau, ainsi qu'une diminution de la réserve protéique, ce qui modifie la distribution du médicament dans le corps.¹³ Dans les cas de fragilité ou de malnutrition protéino-énergétique, la distribution du médicament dans le corps sera d'autant plus modifiée.

Par conséquent, il est important d'optimiser les plans nutritionnels thérapeutiques⁵ en évitant d'offrir un plan nutritionnel trop restrictif.⁷⁷⁻⁷⁸

Une approche interdisciplinaire dans l'évaluation des interactions médicamenteuses avec certains nutriments, les effets primaires ou secondaires de ceux-ci sur l'état de santé fonctionnel du résident, peut aider à diminuer les effets négatifs de la polymédication et ainsi optimiser les effets attendus de la médication³³.

RÔLE DU MÉDECIN⁷⁷

- Réviser à l'admission la liste détaillée des médicaments consommés.
- Ajuster la médication.
- Traiter les problèmes médicaux réversibles et maintenir, si possible, le niveau fonctionnel actuel.
- Revoir et mettre à jour, après quelques semaines ou quelques mois d'observation, les diagnostics établis à l'admission et réajuster si nécessaire la médication prescrite.

- 
- Faire une synthèse annuelle pour passer en revue les principaux problèmes médicaux qui se sont manifestés au cours de la dernière année et réévaluer l'état fonctionnel.

RÔLE DU PHARMACIEN⁷⁹⁻⁸⁰

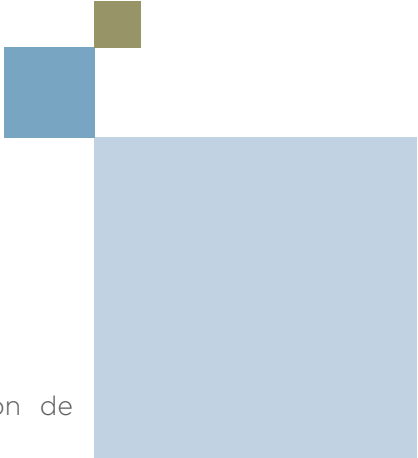
- Émettre une opinion pharmaceutique.
- Surveiller la thérapie médicamenteuse.
- Amorcer ou ajuster, selon l'ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées.
- Offrir une pharmacothérapie selon l'historique de la médication consommée du résident et de sa condition physique.
- Répondre dans un délai raisonnable aux demandes de consultation, d'information, de même qu'aux demandes de service des intervenants.
- Participer aux réunions interdisciplinaires, lorsque c'est requis.

RÔLE DU DIÉTÉTISTE

- Adapter le plan nutritionnel selon le type de médicaments prescrits pour minimiser les interactions (ex. : jus de pamplemousse, légumes verts) ou encore favoriser la potentialisation du médicament (ex. : jus d'orange avec sulfate ferreux) pour les résidents ayant une alimentation régulière, thérapeutique avec ou sans textures ou consistances modifiées.
- S'assurer que le menu satisfasse les ANREF afin de réduire l'utilisation de vitamines, minéraux et solutions nutritives (ex. : Boost, Ensure, etc.).
- Surveiller l'apport alimentaire et hydrique, l'évolution pondérale, ainsi que l'état nutritionnel de la personne afin d'ajuster le plan nutritionnel au besoin.
- Assurer une présence lors des repas pour vérifier l'autonomie, l'état d'éveil et les risques de dysphagie reliés à la médication du résident (ex. : analgésique ou anti-inflammatoire) permettant l'autonomie aux repas versus les sédatifs hypnotiques qui diminuent l'autonomie) et en aviser les professionnels concernés (infirmière, médecin, pharmacien).

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

- Effectuer une surveillance étroite de la pharmacothérapie, c'est-à-dire évaluer les effets primaires et secondaires de la médication notamment aux repas et en aviser le médecin ou le pharmacien afin d'identifier et d'ajuster la médication, si nécessaire.¹³
- Donner les médicaments, peu importe la voie d'administration, et en ajuster le dosage selon l'ordonnance.⁶⁰
- Participer à la révision du profil médicamenteux.¹³
- Établir un bilan comparatif des médicaments à l'admission, incluant les suppléments alimentaires, vitamines, minéraux et suppléments naturels.

- 
- Appliquer la règle de base des cinq bons principes d'administration de médicaments :¹³
 - la bonne dose;
 - le bon médicament;
 - le bon résident;
 - la bonne voie d'administration;
 - le bon moment.
 - Encourager les résidents jugés aptes à le faire à s'autoadministrer leurs médicaments.¹³
 - Identifier les interventions complémentaires pour chaque médicament dont :¹³
 - la communication optimale avec le résident;
 - la stimulation cognitive;
 - la stimulation des capacités résiduelles.

4.2.7 NUTRITION ENTÉRALE

L'instauration ou la poursuite de la nutrition entérale en centre d'hébergement représente souvent un enjeu éthique,⁸¹ puisque dans la plupart des cas, cela permet d'augmenter l'espérance de vie sans nécessairement améliorer la qualité de vie.³³ Cependant, cela peut devenir également une mesure temporaire, permettant de rétablir la santé et de poursuivre une alimentation par la bouche.

La nutrition entérale, ou plus communément appelée « gavage », se définit comme « l'administration de solutions nutritives complètes par une sonde gastrique ou entérique. Ce type de nutrition nécessite une certaine capacité de digestion et d'absorption intestinale. L'administration de solutions nutritives par voie orale, comblant plus de 85 % des besoins nutritionnels, constitue également une forme de soutien nutritionnel entéral ».⁸²

INSTAURATION ET POURSUITE D'UNE ALIMENTATION ENTÉRALE

Les quatre critères de base pour instaurer une alimentation entérale.⁸²

- La volonté du résident, de sa famille ou de son répondant.
- Les besoins nutritionnels courants ne pouvant être comblés par l'alimentation orale pendant au moins 7 à 14 jours (ex. : dysphagie sévère).
- Une dénutrition modérée à sévère a été démontrée, ou est fortement soupçonnée ou encore l'état pathologique courant peut induire un déficit nutritionnel supplémentaire par un hypermétabolisme ou par l'augmentation de pertes nutritionnelles.
- Le pronostic à court terme est « acceptable ».

Une bonne évaluation de la situation par l'équipe interdisciplinaire en collaboration avec le médecin et la participation du résident, de sa famille ou de son répondant est essentielle avant d'instaurer ou de poursuivre ou non l'alimentation entérale.



RÔLE DU DIÉTÉTISTE ⁵⁻⁸²⁻⁸³

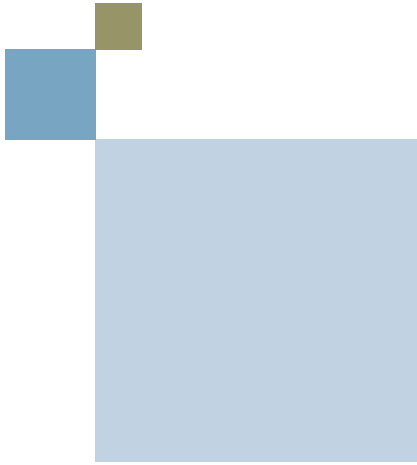
- Détecter le besoin d'une alimentation entérale et effectuer une évaluation nutritionnelle.
- Élaborer et mettre en place un plan de traitement nutritionnel.
- Surveiller et réévaluer la tolérance du résident au soutien nutritionnel.
- Élaborer un plan d'intervention nutritionnel au moment de la nutrition de transition vers l'alimentation par la bouche, ainsi qu'un plan d'interruption du soutien nutritionnel, lorsque requis.

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

- S'assurer lors de l'admission que le résident peut avoir accès à la même solution nutritive et au même horaire d'alimentation. Si la solution nutritive n'est pas disponible, consulter le diététiste pour avoir une formule de rechange. ⁵⁻⁸³
- Appliquer et assurer le respect de la prescription et de l'horaire de distribution de la nutrition entérale.
- Assurer un suivi quotidien de l'administration de la nutrition entérale, incluant ⁵⁻⁸³ :
 - le nom de la solution nutritive;
 - le volume donné par période d'alimentation;
 - le volume total donné sur 24 heures;
 - la méthode utilisée pour donner la solution nutritive;
 - le débit;
 - les heures d'alimentation;
 - les moments d'irrigation et le volume d'eau donné;
 - le volume d'eau donné avec la médication;
 - le volume des résidus gastriques effectués.
- Assurer un bon positionnement lors de la nutrition entérale. Le résident devra idéalement conserver une position assise. Sinon, opter pour une position avec le dos incliné à un minimum de 30 degrés, mais préférablement à 45 degrés, pour une position semi-assise au lit. ⁸³

RÔLES CONJOINTS DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE (DIÉTÉTISTE, INFIRMIÈRE ET MÉDECIN)

- Assurer un suivi régulier du poids, des valeurs de laboratoire pertinentes, de l'état d'hydratation et de la tolérance et ajuster, si nécessaire, la quantité et le débit du gavage, ainsi que le choix de la solution nutritive utilisée. ⁵⁻⁸²⁻⁸³
- Réévaluer périodiquement la possibilité de revenir à une alimentation régulière.
- Participer à la rédaction et à la mise à jour d'un programme d'assurance qualité permettant entre autres de développer et d'implanter des protocoles, des politiques, des procédures et des outils nécessaires au démarrage et au suivi du gavage ⁵⁻⁸³. Ce programme traitera des éléments suivant : ⁸³
 - l'entreposage;
 - la préparation;

- 
- la manipulation;
 - la distribution;
 - l'administration.
 - Assurer un programme de formation pour :
 - l'utilisation de la pompe d'alimentation entérale;
 - le développement de compétences reliées à l'alimentation entérale;
 - l'aspect éthique de la nutrition entérale.

4.2.8 NUTRITION PARENTÉRALE

La nutrition parentérale se définit comme étant « l'administration de solutions de monomères de macronutriments, d'acides aminés, de dextrose, de solutions d'électrolytes, de vitamines et de minéraux, souvent accompagnées d'émulsion de triglycérides, dans une veine centrale ou périphérique. Les nutriments introduits ainsi dans la circulation sanguine peuvent être oxydés d'emblée par le foie ou par les tissus périphériques » (OPDQ, 2006).⁸² Étant donné la complexité de ce type d'alimentation (instauration et suivi) et sa spécificité (souvent en soins aigus, soutien nutritionnel souvent temporaire), nous la retrouvons très rarement en CHSLD. Il est important de mentionner que ce ne sont pas tous les CHSLD qui sont en mesure d'offrir un plateau de service permettant d'accueillir un résident avec une alimentation parentérale.

Toutefois, bien que certains CHSLD puissent offrir ce plateau de service, il demeure préférable que l'instauration et la stabilisation de la nutrition parentérale se réalisent en milieu hospitalier. À la suite de l'admission en CHSLD, l'équipe interdisciplinaire verra au suivi médical et nutritionnel du résident.

RÔLE DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

- L'équipe interdisciplinaire intervient selon l'organisation du travail où un professionnel est complémentaire aux autres.
- Outre le médecin :⁷⁷
 - le diététiste se voit réserver l'élaboration du plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance individuelle indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie;
 - le pharmacien peut amorcer ou ajuster la solution nutritive dans la mesure où il détient une ordonnance. Le pharmacien peut également recourir aux analyses de laboratoires appropriées;
 - l'infirmière peut administrer et ajuster les médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.



4.2.9 MALADIES CHRONIQUES : DIABÈTE, INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE, HYPERLIPIDÉMIE, HYPERTENSION ARTÉRIELLE, MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE, OBÉSITÉ

En centre d'hébergement, la clientèle présente des polypathologies qui sont pour la plupart déjà diagnostiquées. Toutefois, l'apparition de nouveaux problèmes de santé risque de passer inaperçue. Certaines maladies non diagnostiquées ou non traitées peuvent modifier la prise alimentaire, l'hydratation, le poids, l'état physique, l'état d'éveil et mener à une malnutrition protéino-énergétique. D'un autre côté, une intervention nutritionnelle inappropriée ou trop intensive peut également mener à la malnutrition protéino-énergétique. Les enjeux de surveillance et d'accompagnement de l'usager tout au long de son séjour en hébergement représentent un défi pour l'équipe soignante. Le diététiste et l'infirmière doivent porter une attention particulière aux éléments décrits ci-dessous.

RÔLE DU DIÉTÉTISTE

- S'assurer que le menu de base permette de stabiliser et d'optimiser l'état nutritionnel pour élaborer un plan de traitement nutritionnel approprié à chaque résident.
- Concevoir le plan nutritionnel en collaboration avec le résident, sa famille ou son répondant sur ses préférences alimentaires tout en respectant ses problèmes de santé.

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

- Évaluer et documenter les signes cliniques affectant l'alimentation du résident.
- Référer selon la problématique le résident aux professionnels concernés.
- Appliquer les recommandations professionnelles.
- S'assurer que les soins bucco-dentaires sont donnés selon le programme établi.
- S'assurer que le résident porte des prothèses dentaires bien ajustées.
- Assurer un état d'éveil optimal du résident lors des repas.
- Vérifier l'absence de nourriture dans la bouche à la fin du repas.
- Veiller à ce que le résident demeure en position assise pendant 30 à 60 minutes après le repas.

RÔLE DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

- Utiliser son jugement clinique sur la pertinence du plan nutritionnel thérapeutique pour le résident.
- Mesurer la tolérance du résident au changement alimentaire et les possibilités qu'il adhère au plan nutritionnel⁸⁴.
- S'assurer que les effets négatifs du plan nutritionnel thérapeutique ne dépassent pas les effets positifs, mais surtout qu'il ne se fasse pas au détriment de la qualité de vie choisie par le résident, sa famille ou son répondant⁷⁸.



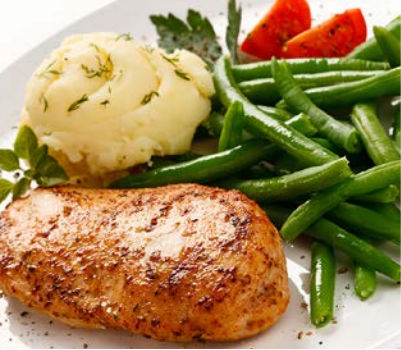
4.3 ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

Selon les données probantes :

- en CHSLD, 46 % des résidents présentent des signes de déshydratation, près de 90 % des résidents ont une hydratation insuffisante et 40 à 50 % des personnes âgées souffrent de constipation;
- durant leur séjour en CHSLD, près de 60 % des résidents souffriront de dysphagie;
- le résident participe avec l'équipe interdisciplinaire pour maintenir ou améliorer son autonomie et sa qualité de vie;
- la mise en place d'un programme nutritionnel permettra à l'établissement de baliser les soins nutritionnels attendus et d'en mesurer l'impact;
- la création et l'établissement des programmes de soins et procédures sont faits avec la collaboration des professionnels selon leurs expertises pour que les facteurs tels que la perte de poids, les plaies, la polymédication et les maladies chroniques soient reconnus comme pouvant affecter négativement l'état nutritionnel et par conséquent, diminuer l'autonomie et la qualité de vie du résident.

4.4 INITIATIVES MONTÉRÉGIENNES

- Le CSSS de Vaudreuil-Soulanges a conçu et mis en place un programme d'hydratation, un protocole sur la constipation et sur l'hygiène bucco-dentaire pour ses CHSLD.
- La Montérégie a instauré une plateforme informatisée sur l'alimentation qui permet de favoriser les échanges et le partage d'un établissement à l'autre. Cet outil se nomme « L'Oeil en amélioration de l'alimentation » et fonctionne avec l'application Lotus Notes. À l'automne 2013, la plateforme informatisée migrera vers l'Intranet de l'ASSS de la Montérégie.



MODULE V L'ACTIVITÉ REPAS

L'activité repas fait partie de la philosophie d'intervention de l'établissement. Elle se définit par le respect des résidents en ce qui concerne leurs particularités physiques, leur liberté de choix et leurs habitudes de vie, contribuant ainsi à optimiser leur qualité de vie. Pour les résidents des CHSLD, la prise des repas est une activité significative. En plus de répondre aux besoins nutritionnels, cette activité, lorsque vécue dans un environnement adapté et agréable, devient un moment privilégié dans la journée. Afin de créer un climat de détente et favoriser les échanges sociaux lors des repas, il est nécessaire que le service alimentaire, les soins infirmiers, les résidents et les membres de la famille s'allient⁵⁻⁶ pour rendre ce moment rempli d'humanisme, de collégialité et qu'il stimule la prise alimentaire.

5.1 L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Comme mentionné au module IV, chaque résident en hébergement a des besoins nutritionnels multiples pouvant être complexes et souvent spécifiques. Ceci nécessite une organisation du travail¹⁰⁻¹¹ permettant entre autres :

- de laisser un intervalle de temps raisonnable entre les repas;
- de favoriser la prise des repas à la salle à manger principale ou à celle de l'unité;
- de compter sur le nombre d'intervenants nécessaires pour le service et l'aide au repas;
- de servir le repas et alimenter les résidents de manière efficace en reconnaissant les tâches spécifiques de chaque intervenant;
- d'offrir le temps requis au résident pour manger ou pour l'aider à manger (35 minutes);⁸⁵⁻⁸⁶
- de rendre la nourriture disponible en dehors des horaires prévus. Pour répondre à ces besoins ponctuels :
 - les tables chaudes demeurent sur l'unité pour une plus longue période de temps lorsque nécessaire;
 - le plat du jour demeure disponible si le résident ne peut être présent au repas;
 - le résident demande une collation pendant la nuit.

L'organisation du travail ne devrait pas influencer la décision du diététiste dans les différentes étapes de l'évaluation nutritionnelle (notamment en dysphagie), l'analyse nutritionnelle et la confection du plan de traitement nutritionnel qui mènent au plan alimentaire d'un usager. Ces derniers sont réalisés en fonction du besoin nutritionnel ou physiologique ou de ces deux éléments.



Toutefois, dans certains cas, le diététiste doit considérer l'organisation du travail lorsque celle-ci ne peut pas être modifiée afin de s'assurer de la sécurité du résident, mais également par professionnalisme et par devoir éthique.²⁴

Exemple : recommander une consistance (texture, malléabilité et fluidité) plus facile à avaler ou encore un supplément nutritionnel, lorsqu'il est impossible d'augmenter le temps d'alimentation compte tenu de l'organisation du travail.

5.2 SÉCURITÉ ET SUPERVISION DES REPAS

L'organisation doit définir les rôles et les responsabilités des différents membres de l'équipe afin que chaque intervenant contribue à ce que l'activité repas soit sécuritaire pour les résidents.⁵⁻⁶ Nous notons ici, par exemple, l'importance de définir le rôle que joue l'intervenant formé *sur la manipulation sécuritaire des aliments* dans la supervision de l'équipe du service alimentaire. La manipulation des aliments est attitrée au service alimentaire qui est responsable de préparer les mets (portions et utilisation de la vaisselle appropriée) et de les distribuer à l'usager ou encore à l'équipe soignante selon le plan alimentaire établi.

De plus, il importe d'avoir en tout temps dans la salle à manger, la présence d'un intervenant qui connaît les mesures d'urgence ainsi que les procédures et protocoles en cas d'étouffement. Lorsque le résident mange dans sa chambre, la surveillance doit être adaptée à sa situation de santé.

La supervision du repas permet d'orienter les intervenants selon leurs rôles. Elle permet aussi de s'assurer du respect des plans de traitement nutritionnel, du temps accordé à l'alimentation, de la qualité du service et de la nourriture servie. Outre la supervision du personnel, l'observation des capacités et des difficultés rencontrées par le résident lors des repas permet d'ajuster les soins nutritionnels en conséquence et de diriger les résidents vers les professionnels concernés.

La supervision de l'activité repas peut être faite par un intervenant ayant un lien hiérarchique avec le personnel (ex. : chef d'unité, chef du service alimentaire) et par conséquent, pouvant apporter les correctifs nécessaires rapidement lors du repas. Certains établissements autorisent les professionnels à superviser à différents niveaux l'activité repas. Les professionnels qui ne sont pas gestionnaires comme l'infirmière, l'infirmière auxiliaire, le technicien en diététique, le diététiste et l'ergothérapeute peuvent également observer et proposer des recommandations au gestionnaire et les consigner dans le dossier du résident.



5.3 COMMUNICATION

Il importe de développer des canaux et les outils de communication pour satisfaire les besoins spécifiques des résidents compte tenu de la variation de l'état de santé de chacun d'eux et du nombre d'intervenants dédiés à l'activité repas. À ce sujet, nous avons considéré les éléments suivants :

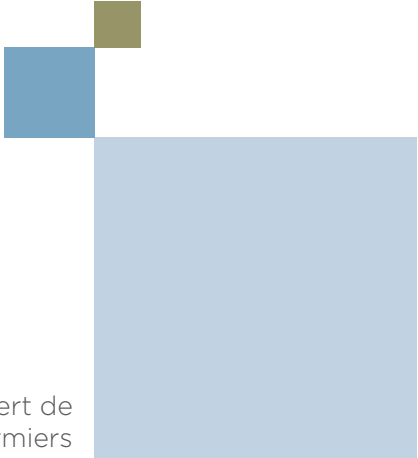
- assurer une diffusion efficace des recommandations professionnelles en lien avec l'alimentation;
- tenir à jour le dossier du résident;
- mettre à jour les outils permettant le suivi clinique dont le plan d'intervention disciplinaire (PID), le plan de traitement infirmier (PTI), le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et les autres outils de communication utilisés par l'équipe interprofessionnelle du milieu;
- rendre disponible les informations pertinentes à l'activité repas, non seulement aux gestionnaires et aux professionnels, mais également aux préposés, aux bénéficiaires (PAB) et aux PSA. Cet outil permettra aux préposés de connaître les informations pertinentes qui figurent au plan de traitement nutritionnel. Ce plan doit être facile d'utilisation, accessible, mis à jour régulièrement et utilisé pendant l'activité repas dans le but d'effectuer une double vérification.

5.4 GRILLE D'ÉVALUATION

Les éléments dont on doit tenir compte lors de l'activité repas en CHSLD, tels que recensés dans la littérature sur les données probantes, sont nombreux et touchent plusieurs sphères. On y retrouve, entre autres, la notion d'organisation du travail, la supervision des repas et la sécurité, l'efficacité des moyens de communication, ainsi que l'importance de la formation du personnel lié à l'activité repas.

Pour permettre de décrire en détail l'activité repas en CHSLD et de la structurer de façon adéquate et efficace, une grille d'évaluation a été conçue. Cette grille évalue certains éléments de l'organisation, les activités préalables aux repas, pendant et après le repas. Elle se divise en deux parties, soit *l'évaluation générale et le résident traceur*. Dans la deuxième partie, le résident devient l'élément central.

La grille a été préparée selon les critères reconnus par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, par le Regroupement des conseillères et conseillers en milieu de vie du Québec, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, ainsi que selon les données probantes provenant de diverses études. Cette grille, que l'on peut consulter à l'adresse <http://www.santemonteregie.qc.ca/agence>, onglet Documentation, comporte 60 questions qui évaluent la qualité de l'activité repas.



Nous tenons à préciser que la grille est un outil d'évaluation ponctuel. Elle sert de complément à l'évaluation régulière du service alimentaire et des soins infirmiers au sujet de la qualité de l'offre de service entourant l'activité. Elle permettra de documenter la performance de chaque CHSLD.

5.5 FORMATION

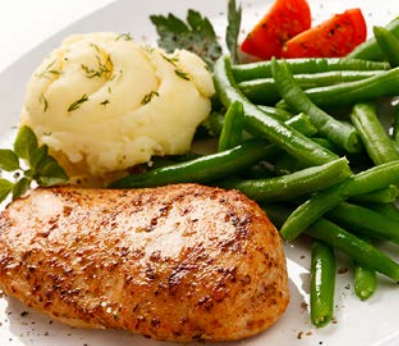
Le programme d'assurance qualité intégrera des éléments de formation pour enrichir la connaissance des intervenants participant à l'activité repas. Il traitera de sujets comme les techniques d'alimentation, la dysphagie, la malnutrition ou l'approche relationnelle et fera connaître les compétences de l'équipe interdisciplinaire. La mise en place d'un tel programme favorisera un état nutritionnel optimal.⁵⁻⁶⁻³³ Finalement, une organisation apprenante utilisera les résultats de la grille d'évaluation de l'activité repas pour bonifier le programme de formation afin d'assurer une activité repas conviviale et de qualité.

5.6 ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

- L'activité repas demeure la principale activité du résident hébergé en CHSLD. Pour que celle-ci soit agréable, adaptée à ses besoins et surtout sécuritaire, une bonne distribution des ressources, une supervision et une évaluation sont nécessaires.
- L'analyse des résultats obtenus dans le cadre d'un audit doit être partagée du moins avec le gestionnaire et les professionnels impliqués dans l'activité repas (diététiste, ergothérapeute, personnel en soins infirmiers, etc.).

5.7 INITIATIVES MONTÉRÉGIENNES

- Le CSSS Pierre-De Saurel et le CSSS Champlain—Charles-Le Moyne ont participé à un projet d'évaluation de l'activité repas : *les 12 principes d'une alimentation de qualité*, lors du financement 2009-2010 en amélioration de l'alimentation.
- L'Agence de la Montérégie a également établi une grille d'audit de l'activité repas lors des visites de suivi pour l'appréciation de la qualité en CHSLD au printemps 2012.
- La grille proposée dans ce module a fait l'objet d'un prétest dans le cadre des visites de suivi d'appréciation de la qualité en CHSLD au Centre d'hébergement Laurent-Bergevin du CSSS de Vaudreuil-Soulanges en avril 2012.
- Le groupe de travail du *Guide des meilleures pratiques en matière d'alimentation en CHSLD* a testé, une seconde fois, à l'automne 2012 une version antérieure de cette grille.



CONCLUSION

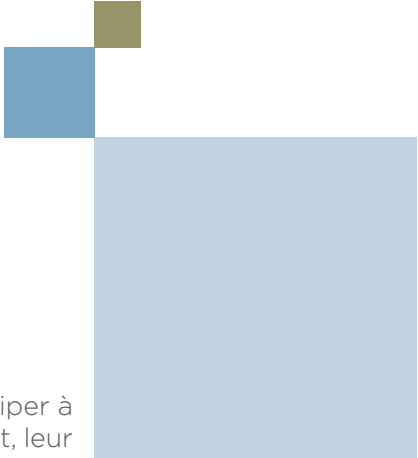
La nourriture et les liquides représentent les éléments de base pour la survie de l'être humain. Ils sont une source d'énergie nécessaire à son bon fonctionnement. La recherche de la qualité en alimentation et les soins nutritionnels qui s'y rattachent ne doivent, en aucun cas, être négligés surtout chez une population fragilisée par la maladie. La mise en place d'un processus continu d'amélioration de la qualité nécessite l'engagement de tous les établissements de santé. Cet enjeu est primordial pour l'amélioration et le maintien d'un état de santé optimal de tous les résidents hébergés en CHSLD.

Le *Guide des meilleures pratiques en matière d'alimentation en CHSLD* a été préparé par un groupe de travail interdisciplinaire de la Montérégie. Le guide s'inspire entre autres de la loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée – Programmes de soins alimentaires et hydratation – de l'Ontario, ainsi que sur « *Best Practices for nutrition, food service and dining in long term care Homes* » produit par Diététistes du Canada. Il s'appuie également sur la législation ontarienne et sur l'état de la situation québécoise sur la nutrition en CHSLD dont certains passages présentent un portrait succinct de la Montérégie.

De plus, ce guide précise la responsabilité des organisations de la santé (MSSS, ASSS et CSSS). L'énoncé des problématiques, la réponse aux besoins et la normalisation de la pratique nutritionnelle demeurent des éléments-clés pour une amélioration significative et permanente de l'alimentation et des soins nutritionnels offerts aux résidents.

Des actions provinciales ont été mises en œuvre pour rehausser la qualité de la nutrition ainsi que l'offre en nutrition clinique en CHSLD. Nous tenons à souligner les points suivants : le dépôt par le MSSS d'un cadre de référence pour l'élaboration d'une politique alimentaire dans tous les CSSS, le dépôt d'un plan d'action concerté du MSSS et du MELs, incluant les volets de formation et de perfectionnement du personnel, et finalement, le financement sur trois ans de projets appuyant l'amélioration des pratiques alimentaires.

Localement, il y a une nécessité organisationnelle de revoir l'offre de service reliée à l'alimentation en CHSLD, considérant que l'état de santé des personnes hébergées devient de plus en plus complexe. Les résidents ont besoin d'une alimentation adaptée à leurs capacités, d'un soutien professionnel et d'une surveillance en continu de leur état nutritionnel. La mise en place d'un programme d'assurance qualité, l'ajout d'heures en nutrition clinique, le rehaussement des compétences du personnel par de la formation, la mise en place de moyens de communication efficaces entre les divers professionnels et services constituent les principaux changements nécessaires pour améliorer l'alimentation et les soins nutritionnels offerts aux résidents.



Les résidents, leurs familles ou leurs répondants seront encouragés à participer à l'élaboration du menu, à sa mise à jour via le comité des résidents. Également, leur contribution sera nécessaire pour déterminer les habitudes alimentaires de leur proche et valider les orientations établies au plan alimentaire lors de rencontres interdisciplinaires afin d'offrir des interventions spécifiques dans le respect des désirs du résident.

Finalement, il faut reconnaître que les repas représentent l'activité principale de la journée. Ils permettent aux résidents de socialiser activement ou passivement et d'interagir avec le personnel à l'extérieur du cadre de soins infirmiers traditionnels. D'un point de vue clinique, l'activité repas détermine l'état nutritionnel et par le fait même, influence l'état de santé de la population hébergée en CHSLD. Par conséquent, ce moment doit être agréable et non interrompu par la distribution de médicaments, par un changement de personnel ou encore par une attente exagérée avant le repas ou entre les services. Pour des raisons humanitaires, soit le respect, la dignité et la fierté, les résidents doivent avoir le choix d'être alimentés à leur rythme en fonction de leurs capacités fonctionnelles dans un environnement supervisé où l'autonomie est privilégiée.

Liste de références

1. Gouvernement du Québec. (2008). *Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, Préparons l'avenir avec nos aînés*.
http://aines.gouv.qc.ca/documents/rapport_consultation_aines.pdf
2. Ordre professionnel des diététistes du Québec. (2007, 7 septembre). *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*.
3. Ministère de la Famille et des Aînés. (2008). *2,2 milliards de dollars sur 5 ans pour les aînés - Le gouvernement s'engage plus que jamais dans l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées*.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité. Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées*.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-289-02.pdf>
5. Ontario Long Term Care Action Group and Dietitians of Canada. (2007). *Best Practices for nutrition, food service and dining in long term care Homes*. Toronto.
6. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_07108_e.htm
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (Mise à jour 1^{er} mars 2011). L.R.Q., chapitre S-4.2. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.
8. Agrément Canada.
<http://www.accreditation.ca/fr/default.aspx>
9. Conseil québécois d'agrément.
<http://agrement-quebecois.ca/fr/>
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004, juin). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Visites d'appréciation de la qualité des services*.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-830-01.pdf>
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Visites d'appréciation de la qualité des services. Rapport National septembre 2004 à juin 2007*.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-830-01.pdf>
12. Haute Autorité de Santé. (2008). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. *La Revue de Gériatrie*, p. 33(5), p. 365-382.
13. Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, une approche adaptée aux CHSLD*. Les Éditions du Renouveau Pédagogique inc.
14. Ontario Long-Term Care Action Group and Dietitians of Canada. (2007, September). *Long-Term Care: Provincial Regulations and Standards, an overview 2007*.
15. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
<http://www.health.gov.on.ca/fr/>
16. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/31_pr_inspections.aspx
17. Moffat, D. (2010). *Specialty Care*. RAI - MDS Overview in Long Term Care.

18. Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec.
<http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/md/Lois/Pages/loisetreglements.aspx>
19. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2008). *Répertoire des métiers semi-spécialisés*.
<http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/metiers/index.asp?page=fiche&id=371>
20. Ordre professionnel des diététistes du Québec. (2011). *Document accompagnateur pour aider à établir des ratios en nutrition clinique*.
21. British of Columbia Ministry of Health services. (2008). *Audits and more: A nutrition and food service audit manual for adult residential care facilities with 25 or more persons in care*.
22. Centre de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Soulanges. (2010). *Règlement relatif aux règles de fonctionnement du comité de gestion des risques*.
23. Institut universitaire de gériatrie de Montréal. (2011, Juin).
<http://www.iugm.qc.ca/index.php/fr/prof/servclinique/nutrition.html>
24. Ordre professionnel des diététistes du Québec. (2006). *Normes de compétences du diététiste en nutrition clinique*.
25. Agence canadienne d'inspection des aliments. *Hazard Analysis Critical Control Point*.
<http://www.inspection.gc.ca/francais/fssa/polstrat/haccp/manue/fseppasa3f.shtml#a3>
26. Agence de la santé publique du Canada. (2007). *Service d'alimentation de secours : Planification en temps de catastrophe*.
http://publications.gc.ca/collections/collection_2007/phac-aspc/HP5-25-2007F.pdf
27. Santé Canada. (2007). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*.
28. Lengyel, C.O. et al. (2003). Evaluation of Menu and Food Service Practices of Long-Term Care Facilities of a Health District in Canada. *Journal of Nutrition of the Elderly*, 22(3) p. 29-42.
29. Wendland BE et al. (2003). Malnutrition in institutionalized seniors: the iatrogenic component. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(1), p. 85-90.
30. Bernier, P. (1996, janvier). *Le dépistage et le traitement de la malnutrition en centre hospitalier de longue durée : un investissement rentable*. Ordre professionnel des diététistes du Québec.
31. Food and Nutrition Board. (2006). *Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements*.
32. Gouvernement du Québec. (2003, Octobre). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, Orientations ministérielles*.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-830-01.pdf>
33. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. (2009). *Recension des écrits : Alimentation de la personne âgée en milieu d'hébergement*.
34. Vérificateur général du Québec. (Automne 2011). *Vérification de l'optimisation des ressources*, Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2011-2012.
http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2011-2012-VOR/fr_Rapport2011-2012-VOR.pdf
35. Ordre professionnel des diététistes du Québec. (2010). *Manuel de nutrition clinique, Régime de textures adaptées pour les troubles de déglutition*.
36. Bureau de normalisation du Québec. (2006). HACCP et ISO 22000 au Québec et Canada.

- http://www.bnq.qc.ca/afnor-bnq/iso_22000_cd_bnq.pdf
37. Niedart, K.C. (2005). Position of the American Dietetic Association: liberalization of the diet prescription improves quality of life for older adults in long-term care. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(12), p. 1955-65.
 38. Council for nutrition. (2000). *Clinical guide to prevent and manage malnutrition in long term care*.
 39. Azad, N., et al. (1999). Nutrition survey in an elderly population following admission to a tertiary care hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 161(5), p. 511-515.
 40. National Collaborating Centre for Acute Care. (2006, February). *Nutrition support for adults oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition*. Commissioned by the Adult Institute for Clinical Excellence.
 41. Vellas, B. et al. (2000). Relationships between nutritional markers and the mini-nutritional assessment in 155 older adults. *Journal of the American Geriatric Society*, 48, p. 1300-1309.
 42. Gouvernement du Québec, Centre de santé et de service sociaux, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2011). *Dénutrition- Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*.
 43. Assemblée nationale, deuxième session. (2002). Projet de loi numéro 90, chapitre 33, trente-sixième législature. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.
<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C33F.PDF>
 44. Ouellette, S. (1999, mars). *La problématique de malnutrition chez les personnes âgées*. Résumé de la littérature scientifique. (p.46). Ordre professionnel des diététistes du Québec.
www.opdq.org/download_doc.asp?id=412
 45. Gouvernement du Québec. (2011, novembre). *Loi sur les infirmières et les infirmiers*.
 46. Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2006, septembre). *Au-delà de la dysphagie, la personne avant tout*.
[www.oeq.org/userfiles/.../Dysphagie-doc_gestionnaires\(sept06\).pdf](http://www.oeq.org/userfiles/.../Dysphagie-doc_gestionnaires(sept06).pdf)
 47. Centre de santé et de services sociaux de Richelieu-Yamaska. (2007, janvier). *Description de l'emploi, Technicien ou technicienne en diététique*.
 48. Groupe Champlain. (2008, juin). *Description de fonctions, Technicienne en diététique*.
 49. Société des technologues en nutrition. (2005, octobre). *Guide d'encadrement de la pratique de la personne technologue en nutrition*.
 50. Roberts, S.B., Fuss, P., Heyman, M.B. (1994). Control of food intake in older men. *The Journal of the American Medical Association*, p. 27-216.
 51. Gouvernement du Québec, Centre de santé et de services sociaux, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2011). *Déshydratation, Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*.
 52. Douin, L., King, N. (2006). *La situation de chaleur accablante auprès des populations vulnérables*, Journées annuelles de santé publique.
<http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2006/JASP2006-PopVulnerables-LDrouin11.PDF>
 53. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005, March). *Prevention of constipation in the older adult population*. (p. 57). Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Toronto (ON).

54. Sturtzel, B., Elmadfa, I. (2008). Intervention with dietary fiber to treat constipation and reduce laxative use in residents in nursing homes. *Annals of Nutrition & Metabolism*, p. 52 (supp 1)-54-6.
55. Sturtzel, B. et al. (2009, February). Use of fiber instead of laxative treatment in a geriatric hospital to improve the wellbeing of seniors. *Journal Nutritional Health Aging*, p. 13(2)-136-9.
56. Tariq, S.H. (2007, May). Constipation in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, p. 8(4)-209-18.
57. National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*, Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
58. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007, March). *Assessment & management of stage I to IV pressure ulcers*. (p. 112). Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Toronto (ON).
59. Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2007, décembre). *Prodiguer des traitements reliés aux plaies*.
60. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2003, avril). *Notre profession prend une nouvelle dimension, Des pistes pour mieux comprendre la loi sur les infirmières et les infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique*.
61. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. (2009, novembre). *La physiothérapie dans le traitement des plaies*.
62. Association for the Advancement of Wound Care (AAWC). (2005). *Statement on Comprehensive Multidisciplinary Wound Care*.
63. Bouchard, H. et Morin, J. (2009). *Aidez-Moi, S'il-Vous-« plaie »! : Cadre de référence relatif aux soins de plaies chroniques*. Productions GGC.
64. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). (2002, January). *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression*. (p. 66). Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Toronto (ON).
65. Finestone et al. (1995, April). Malnutrition in stroke patients on the rehabilitation service and at follow-up: Prevalence and predictors, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76(4), p. 310-316.
66. Hudson, H.M., Daubert, C.R., Mills, R.H. (2000). The interdependency of protein-energy malnutrition, aging, and dysphagia. *Dysphagia*, 15, p. 31-38.
67. Van der Steen, J.T. et al. (2002). Severe dementia and adverse outcomes of nursing home-acquired pneumonia: evidence for mediation by functional and pathophysiological decline, *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, p. 439-448.
68. Campbell-Taylor, I. (2008). Oropharyngeal dysphagia in long-term care: Misperceptions of treatment efficacy. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9, p. 523-531.
69. Gleeson, J., Egli, D., Maxwell, S. (1997). Quantitative aspiration during sleep in normal subjects. *Chest*, 111, p. 1266-1272.
70. McCandless, M.L. et Kazanjian, A. (2007). Provision of mouth-care in long-term care facilities: An educational trial. *Community Dental Oral Epidemiology*, 35, p. 25-34.
71. Arpin, S., Brodeur, J.M., Corbeil, P. (2006, avril). *Étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées hébergées en CHSLD en Montérégie, à Montréal et à Québec*. Rapport général, Gouvernement du Québec.

72. Arpin, S. et al. (2006, avril). *Étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées en Montérégie*, Gouvernement du Québec.
73. Scannapieco, F.A. (2006). Pneumonia in nonambulatory patients: The role of oral care bacteria and oral hygiene. *The Journal of the American Dental Association*, 137, p. 21S-25S.
74. Yoneyma, T. et al. (1999). Oral care and pneumonia. *The Lancet*, p. 354-515.
75. Ordre professionnel des diététistes du Québec. (2006, mai). *Avis, Intervention spécifique du diététiste en dysphagie*.
76. Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. (2006, juillet). *Rôle de l'orthophoniste auprès de la clientèle dysphagique : convergence québécoise, canadienne et internationale*.
77. Collège des médecins du Québec. (2007, mai). *Guide d'exercice, La pratique médicale en soins de longue durée*.
78. Dorner, B. (2010). Practice Paper of the American Dietetic Association: Individualized Nutrition Approaches for Older Adults in Health Care Communities. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(10), p. 1554-1563.
79. Gouvernement du Québec. (2011, novembre). *Loi sur la pharmacie*.
80. Ordre des pharmaciens du Québec. (1993). *Guide des services pharmaceutiques en centre d'hébergement et de soins de longue durée*.
81. Ordre professionnel des diététistes du Québec. (2000). *Manuel de nutrition clinique, Enjeux éthiques*.
82. Ordre professionnel des diététistes du Québec. (2006). *Manuel de nutrition clinique, Soutien nutritionnel*.
83. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. (2009). Enteral Nutrition Practice Recommendations. *Journal of parenteral and enteral nutrition*.
84. Schlettwein-Gsell, D. (1992). Nutrition and the quality of life: a measure for the outcome of nutritional intervention. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, p. 1263S-1266S.
85. Castellanos, V.H., Marra, M.V., Johnson, P. (2009, March). Enhancement of select foods at breakfast and lunch increases energy intakes of nursing home residents with low meal intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(3), p. 445-51.
86. Logemann, J.A. (2007). Oropharyngeal dysphagia and nutritional management. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 10, p. 611-14.

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie

Québec 