



Consultation des partenaires nationaux – priorités du ministre 2016-
2017 – soutien à domicile et CHSLD

Commentaires

de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

Décembre 2016

Ordre professionnel des diététistes du Québec

550, rue Sherbrooke Ouest, tour Ouest, bureau 1855, Montréal (Québec) H3A 1B9

Tél. : 514 393-3733 • Sans frais : 1 888 393-8528 • Téléc. : 514 393-3582

opdq@opdq.org • www.opdq.org



La mission de l'Ordre est de valoriser l'importance de la nutrition, de la saine alimentation et des soins nutritionnels pour la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé humaine.

À cette fin, l'Ordre privilégie des interventions de qualité optimale de la part de ses membres, et ce, en fonction des divers besoins de la population québécoise. Ce faisant, l'Ordre contribue à la protection du public et contrôle la qualité de l'acte professionnel tout en favorisant la promotion, le développement et la reconnaissance des compétences de ses membres.

Nous tenons à remercier, pour leur précieuse collaboration à la rédaction des commentaires de l'OPDQ, les personnes suivantes:

M^{me} Paule Bernier, Dt.P., M. Sc., Présidente de l'OPDQ

M^{me} Constance Norbert, Dt.P., membre du comité aviseur sur la nutrition clinique

M^{me} Joanie Bouchard, Dt.P., M. Sc., Directrice aux affaires professionnelles, OPDQ

M^{me} Marie-Ève Guérette St-Amour, Dt.P., M. Sc., Nutritionniste aux affaires professionnelles et à la formation continue, OPDQ

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

Les membres du Conseil exécutif de l'OPDQ

Thème 1 : L'adaptation des soins et services aux spécificités de la clientèle âgée

Question. Comment les soins et services peuvent-ils être adaptés aux besoins, au niveau du soutien requis et aux préférences de l'utilisateur afin qu'il puisse demeurer le plus possible dans son domicile?

1. L'importance d'un état nutritionnel optimal

L'état nutritionnel est le résultat de ce qu'une personne ingère en comparaison de ses besoins en différents nutriments. Ainsi des apports insuffisants en énergie (Calories), en protéines et autres nutriments provoquent un déséquilibre qui force l'organisme à puiser dans ses réserves telles la masse grasseuse et la masse musculaire. Ce déséquilibre est nommé malnutrition ou dénutrition. L'état nutritionnel est un facteur indépendant et déterminant de la santé physique et mentale. La malnutrition contribue à l'apparition et à l'exacerbation des limitations fonctionnelles, et les limitations fonctionnelles peuvent compromettre l'autonomie et la santé globale des personnes.

Le vieillissement normal s'accompagne de plusieurs changements physiques et métaboliques qui confèrent des besoins nutritionnels spécifiques aux personnes âgées. À titre d'exemple, la perte de masse musculaire affecte le métabolisme basal et modifie les besoins en protéines. Plusieurs facteurs constituent aussi une entrave au maintien d'un bon état nutritionnel chez les âgés. Notons par exemple, la diminution de la perception des saveurs, les difficultés de mastication et de déglutition (dysphagie). Ces symptômes nécessitent respectivement un enrichissement et la modification de la texture des aliments afin de maintenir un apport nutritionnel adéquat et goût acceptable par la personne âgée. Par ailleurs, les conditions médicales, les interactions médicaments-nutriments, les chirurgies et les traitements oncologiques modifient aussi les besoins en nutriments qui nécessitent la détermination d'un plan de traitement nutritionnel adapté et individualisé à la personne âgée.

2. L'importance de l'identification des besoins et de l'adéquation des services

Les personnes âgées vivant à domicile peuvent éprouver des difficultés pour l'approvisionnement ou la préparation des aliments. Il importe de pouvoir identifier correctement leurs besoins, incluant l'aide financière et physique. L'identification et l'adéquation des besoins sont essentielles afin de pouvoir maintenir les personnes âgées à domicile et d'adapter les services et l'organisation des soins en conséquence. Par ailleurs, la diminution des apports alimentaires et la perte d'appétit dans un contexte d'isolement social ou de dépression sont des symptômes qui doivent être repérés par l'équipe interdisciplinaire afin d'assurer une prise en charge précoce et éviter le déclin cognitif et physique de la personne âgée.

Malheureusement, tout comme dans le secteur de l'hébergement, le processus de dépistage nutritionnel chez les personnes âgées par un outil simple et validé, est peu effectué à domicile, comme le révélait le rapport du Vérificateur général en 2011-2012ⁱ. De plus, l'Institut de la statistique du Québec rapporte que six personnes âgées sur dix auraient des besoins non satisfaits en regard des soins à domicile et aimeraient recevoir de l'aide pour les repas. Au Québec, on évaluait un risque nutritionnel élevé chez 60 % de la population vivant à domicileⁱⁱ. De plus, 45% des personnes âgées admises en CHSLD au Canada souffrent de malnutrition.

Ainsi, l'OPDQ recommande que le ministère inclue dans ses orientations le dépistage nutritionnel systématique pour la clientèle âgée des programmes SAD et CHSLD afin d'assurer une prise en charge précoce et adéquate, et que le plan de traitement nutritionnel soit ajusté en fonction des besoins individuels de la personne.

3. L'intégration du continuum de soins et la nutrition

Comme mentionné ici haut, les personnes âgées vivant à domicile ou admises en CHSLD ont un taux élevé de malnutrition. L'intégration du continuum de soins et services pour la personne âgée doit permettre de répondre à ses besoins nutritionnels, indépendamment du milieu où elle est. Si une personne âgée à domicile est hospitalisée ou réorientée en CHSLD alors qu'elle recevait des services nutritionnels et que le milieu n'est pas en mesure de les poursuivre, la détérioration de l'état nutritionnel est alors inévitable. Ces ruptures de services ont un coût important pour le système. En effet, la malnutrition a des impacts majeurs sur la santé et la qualité de vie des individus, dont une augmentation de 18 à 34 % des durées de séjour d'hospitalisation et une augmentation des coûts de 31 % à 34%, selon la sévérité de la malnutritionⁱⁱⁱ.

Question. Comment promouvoir une culture de « milieu de vie » pour les résidents en CHSLD?

Rien n'est plus central à la vie que l'acte de manger. Le droit à l'alimentation est d'ailleurs reconnu dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme ainsi que par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, qui énonce le droit fondamental à être protégé contre la faim et le droit à une alimentation adéquate.

Les habitudes alimentaires sont le cumulatif de plusieurs variables, mais aussi de l'évolution d'une personne au fil du vieillissement. On ne peut parler de « milieu de vie » sans parler des plaisirs et de la qualité de vie associés à l'alimentation. En effet, en hébergement les repas constituent des activités fondamentales de la journée. Ils permettent aussi aux résidents de socialiser entre eux. L'environnement entourant la prise de repas, l'offre alimentaire disponible et les budgets qui y sont alloués, l'aide et l'assistance à s'alimenter en fonction des capacités physiques de la personne, la formation des intervenants, du résident lui-même et, au besoin, celle des aidants naturels, tout comme la présence des professionnels de la santé incluant les diététistes/nutritionnistes, sont tous des facteurs qui, selon l'OPDQ, ont un impact majeur sur la qualité de vie des personnes âgées hébergées et leur perception à l'égard du milieu. Nous réitérons que l'OPDQ recommande que le ministère déterminer un coût aliment fixe qui prévoit une indexation annuelle en fonction de l'indice à la consommation du prix des aliments.

Par ailleurs, le concept de milieu de vie pour l'élaboration et la détermination d'une offre alimentaire a certainement un impact. Ainsi, outre les nombreux besoins nutritionnels spécifiques de la personne âgée et des conditions qui l'affectent, une souplesse est attendue afin de satisfaire les goûts et préférences des personnes hébergées. Afin de favoriser des apports et un état nutritionnel optimaux, il est important que le menu puisse se rapprocher des habitudes de la « maison ». Cela affecte non seulement les systèmes de production et

distribution alimentaire (équipement, approvisionnement), mais aussi l'individualisation des plans de traitement nutritionnels, ce qui représente la valeur ajoutée et l'expertise des diététistes/nutritionnistes gestionnaires et cliniciennes.

À cet égard, nous avons récemment été témoins d'un projet d'amélioration de l'offre alimentaire dans les régions 03 et 12. Par contre, nous soulignons qu'il s'agit encore d'un projet, qui à ce stade-ci, devra être complété et surtout, validé. L'OPDQ est aussi d'avis qu'un tel projet nécessitera des adaptations selon les spécificités régionales. En effet, les habitudes alimentaires de la population à Rimouski diffèrent de celles des gens à Trois-Rivières et encore plus à Gatineau qui est le deuxième pôle d'immigration au Québec. Nous rappelons également que dans bien des cas, l'achat d'équipements est nécessaire afin d'arriver à produire des aliments agréables à textures modifiées qui contiennent la valeur nutritionnelle appropriée aux personnes âgées. Enfin, il ne faudrait pas oublier que bien que de tels projets d'amélioration soient souhaitables et pertinents, ils n'évacuent pas la nécessité de se pencher sur la révision des budgets alloués à l'alimentation ainsi que l'utilisation inappropriée du coût-aliment comme indicateur de performance.

Thème 2 : Des équipes d'intervenants et de gestionnaires engagés

Question. Quels sont les rôles et responsabilités des gestionnaires? Comment peuvent-ils assumer un leadership fort?

Les gestionnaires sont responsables au quotidien de la sécurité et de la qualité de vie des personnes hébergées ou recevant des soins à domicile. Ce faisant, ils sont des collaborateurs essentiels pour les ordres professionnels dont la mission principale est la protection du public. En effet, étant responsables de mettre en œuvre l'offre de service déterminée et voir à la qualité de services offerts, les rôles des gestionnaires sont complémentaires aux rôles et mandats que nous avons envers les professionnels (développement et maintien de la compétence, qualité des services, etc.). Les messages du réseau doivent donc être cohérents avec les règles du système professionnel (Code des professions, Code de déontologie et autres règlements applicables) et une fluidité sur les communications est essentielle selon nous en ce sens.

Par ailleurs, l'Ordre est d'avis qu'un meilleur leadership, encadrement et suivi des gestionnaires pourraient être effectué avec l'intégration d'indicateurs de qualité et de performance sur les services professionnels. Présentement en nutrition, seul l'indicateur du coût repas témoigne de la performance. Or, cet indicateur ne reflète en rien la performance des services ou des établissements puisqu'il n'est lié à aucun résultat ou critère de qualité, par exemple la réponse aux besoins nutritionnels ou le taux de malnutrition. À cet égard, l'OPDQ est plutôt d'avis que le MSSS devrait déterminer un coût-aliment fixe qui serait indexé annuellement selon l'indice à la consommation du prix des aliments. L'absence d'indicateur en nutrition clinique ne permet pas non plus de savoir quels sont les services professionnels rendus par rapport aux besoins documentés de la clientèle. À notre connaissance, seul « l'utilisateur » est comptabilisé comme unité de mesure au ministère. Considérant les modifications de la Loi 10, il est impératif que cette unité de mesure soit révisée.

De plus, la collecte, l'utilisation et l'interprétation des statistiques par les milieux préoccupent l'OPDQ. En effet, leur définition semble comprise différemment par les professionnels et nous ne sommes donc pas convaincus qu'ils permettent une identification adéquate des besoins de la clientèle, un accès approprié aux services professionnels et une vision de la qualité de services offerts.

L'Ordre recommande ainsi que le ministère élabore de nouveaux indicateurs pour les professionnels, tant pour les services alimentaires que la nutrition clinique. À cette fin, nous croyons que l'expertise d'une instance neutre comme l'INESSS, en collaboration avec les ordres professionnels et les établissements, serait tout indiquée pour travailler sur ce dossier.

Question. Comment devraient s'actualiser les rôles et responsabilités de chacun des intervenants d'une équipe de soins et services en SAD et CHSLD?

Au SAD comme en CHSLD, l'intervention des diététistes/nutritionnistes vise à maintenir ou à rétablir l'état nutritionnel tout en optimisant la qualité de vie et en diminuant les risques de complications liées à un état nutritionnel inadéquat, tels que les infections, les chutes, l'exacerbation de troubles cognitifs ou le développement de plaies de pression. De plus, au SAD, une attention particulière est portée envers les capacités fonctionnelles ainsi que l'état nutritionnel, ce dernier étant un facteur déterminant et modulable qui influence l'autonomie.

En nutrition clinique, l'évaluation de l'état nutritionnel qui comprend, au besoin, l'évaluation de la déglutition est l'activité clé des diététistes/nutritionnistes. En considérant notamment les habitudes alimentaires, les médicaments, l'histoire de santé, l'âge, les données anthropométriques, les données biochimiques et la capacité à s'alimenter, ils déterminent un plan de traitement approprié selon le niveau de soins souhaité par la personne hébergée. La surveillance de l'état nutritionnel, qui passe par le travail d'équipe, permet de vérifier la réponse au traitement et de l'ajuster.

Les diététistes/nutritionnistes exercent un rôle en deux volets auprès de la clientèle en CHSLD. En effets, ils occupent également une place importante au sein des services d'alimentation. À titre de gestionnaires de ces services, ils participent à l'élaboration, la planification, la production et la distribution de l'offre alimentaire des personnes hébergées, laquelle doit répondre aux besoins nutritionnels spécifiques de cette clientèle vulnérable en plus de devoir s'adapter à une variété de conditions médicales qui requiert un plan de traitement nutritionnel. Par ailleurs, comme nous l'avons mentionné précédemment, les CHSLD sont un milieu de vie bien qu'ils hébergent des personnes en perte d'autonomie importante. Ainsi le plaisir de manger, qui passe nécessairement par une offre alimentaire adaptée et diversifiée, doit demeurer au centre des préoccupations des intervenants. Les diététistes/nutritionnistes peuvent contribuer à améliorer ces aspects, tout en tenant des droits et des choix de la personne âgée hébergée.

Enfin, la collaboration interprofessionnelle demeure un moyen puissant pour actualiser le rôle de chacun des intervenants et leur permettre de jouer pleinement leur rôle. En effet, le dépistage de la malnutrition au moyen d'outils validés et simples peut se faire par tout membre de l'équipe interdisciplinaire, et ce, dès le premier contact avec une personne âgée, autant à domicile qu'en hébergement. Un dépistage positif de malnutrition ainsi qu'une liste de

condition et pathologies doivent être des déclencheurs pour le recours à l'expertise des diététistes/nutritionnistes cliniciens afin d'assurer une prise en charge précoce qui évite l'apparition de complications discutées auparavant.

Thème 3 : L'approche collaborative et l'interdisciplinarité

Question. Comment devrait s'exprimer le travail interdisciplinaire dans le quotidien des intervenants? Quelles seraient les actions concrètes à mettre en place pour favoriser l'implantation de l'interdisciplinarité en contexte de partenariat avec l'utilisateur et ses proches?

L'approche collaborative est une pratique professionnelle essentielle à la qualité et à la continuité des soins et services offerts aux personnes âgées. D'une part, elle permet d'optimiser la coordination des plans d'intervention et d'autre part, elle implique une démarche d'intervention basée sur la prise de décision partagée avec la personne âgée et ses proches.

Plusieurs éléments clés peuvent favoriser la collaboration entre les professionnels au quotidien, notamment des mécanismes de communication systématique (par exemple des rencontres d'équipe) et un accès facile à l'information et aux intervenants.

Par exemple, le DSQ est un outil qui permet aux médecins et à d'autres professionnels de la santé d'avoir accès à des renseignements jugés essentiels pour intervenir rapidement et assurer un suivi de qualité auprès de leurs patients. Par contre, l'accès au DSQ n'étant réservé qu'à certains professionnels actuellement, il est difficile pour ceux qui n'y ont pas accès d'évaluer adéquatement les personnes et déterminer ou modifier un plan de traitement adapté à la condition du patient. Les informations consignées au DSQ sont essentielles pour que les diététistes/nutritionnistes puissent prendre des décisions éclairées lors de la détermination du plan de traitement nutritionnel, mais surtout collaborer avec l'ensemble des professionnels concernés (ex. pharmacien, médecin, infirmière).

L'OPDQ demande au ministère de la Santé d'autoriser par décret, l'accès au DSQ aux autres professionnels dont les diététistes/nutritionnistes

L'établissement de plan d'intervention interdisciplinaire qui met à contribution tous les professionnels concernés est aussi une pratique qui permet de mieux connaître l'ensemble des besoins des personnes âgées et donc adapter les soins et services afin de mieux répondre à ces derniers.

Enfin, l'accès aux ressources professionnelles en temps opportun et selon les besoins spécifiques des personnes âgées est incontournable si l'on souhaite favoriser la collaboration interprofessionnelle et la complémentarité des interventions. En effet, les professionnels ne peuvent collaborer ensemble s'ils sont inexistantes ou non présents dans les programmes et établissements. Cette problématique est pourtant bien réelle et rapportée notamment par le Vérificateur général. Par exemple, son rapport de 2013 rapportait un temps d'attente de 991 jours pour les services de nutrition à domicile au CSSS de Lanaudière, ce qui représentait le temps d'attente le plus élevé parmi tous les professionnels. On pourrait penser qu'il s'agit d'une situation unique, mais le sondage de l'OPDQ sur les soins à domicile, réalisé en 2012, rapportait

des temps d'attente de plus de 2 semaines pour 50% des programmes pour des priorités 1 (dysphagie, soutien nutritionnel, dénutrition sévère) et plus de 7 mois pour des priorités 2 dans 30% des programmes (dénutrition légère, plaie de pression, diabète instable, etc.). Ceci a pour effet de compromettre la santé et la sécurité des patients et dans plusieurs cas, ceci peut même accélérer la mort et diminuer la qualité de vie (ex. plaie de pression).

En 2011 et 2013 respectivement, l'Ordre a produit des ratios d'effectifs optimaux dans le but de répondre aux besoins de la population pour les secteurs CHSLD et SAD. Vous pouvez les consulter ici :

Document sur les ratios d'effectifs en CHSLD : http://www.opdq.org/wp-content/uploads/2013/08/DocumentRatios_CHSLD.pdf

Document sur les ratios d'effectifs en soins à domicile : <http://opdq.org/wp-content/uploads/2015/04/RatiosSoinsDomicile.pdf>

L'OPDQ a également collaboré au groupe interprofessionnel visant à élaborer des fiches de meilleures pratiques en CHSLD en fonction des problématiques prioritaires identifiées par le ministère. Ces meilleures pratiques impliquent l'intervention de plusieurs professionnels et favorisent la concertation des intervenants, la synergie des actions et la réponse aux besoins de l'utilisateur. Vous pouvez la consulter en annexe. Par ailleurs, nous tenons à souligner qu'une telle fiche est évidemment appelée à évoluer et par conséquent, l'OPDQ prévoit qu'une révision périodique de son contenu serait nécessaire. Ceci permettrait de refléter les dernières données disponibles de la science et ainsi tenir compte des divers enjeux évolutifs du réseau de la santé.

Thème 4 : Les compétences requises, la formation continue et la valorisation des employés au travail

Question. Comment soutenir les intervenants devant les besoins évolutifs des usagers et la complexification des soins à prodiguer en raison, notamment, d'un accroissement des troubles cognitifs et des maladies chroniques?

1. La formation continue des professionnels

Un ordre professionnel peut déterminer, par règlement, les obligations de formation continue. C'est un moyen de favoriser le développement de la profession et pour les professionnels, d'actualiser leurs connaissances et d'en acquérir d'autres.

À l'OPDQ, un Règlement de formation continue obligatoire est en vigueur depuis le 1er avril 2016 et exige un total de 60 unités de formation continue par période de référence de 3 ans. Cette norme vise à répondre à l'évolution de l'exercice de la profession, compte tenu de la rapidité, de l'ampleur et de la complexité des changements scientifiques et de la nécessité de répondre à des besoins de plus en plus spécialisés de même qu'aux nouvelles réalités de l'offre alimentaire et du système de santé.

Dans ce contexte, l'accès à la formation et le support des établissements et gestionnaires en ce sens est essentiel afin d'assurer que les professionnels puissent adapter et optimiser la qualité de leur intervention. Une multitude d'activités de formation continue est reconnue par l'OPDQ et nous croyons être des partenaires incontournables du réseau pour atteindre ces objectifs.

De plus, l'accès restreint aux sources d'informations crédibles et aux publications scientifiques en ligne est un grand défi pour les professionnels. Ceci est une barrière immense à la mise à jour des connaissances, et ce à travers le réseau de la santé. L'OPDQ collabore à un groupe de travail sur ce sujet afin de mettre en place des solutions et recommandations qui pourront répondre à ce besoin. Les établissements de santé du réseau, tout comme le ministère, seront certainement être partie prenante aux solutions proposées.

2. La formation continue de l'ensemble du personnel et des intervenants sur l'alimentation et la nutrition

Par ailleurs plusieurs personnes âgées ont besoin d'assistance aux repas, que ce soit une aide physique, des ustensiles adaptés, un positionnement particulier ou une simple supervision. Les intervenants qui offrent cette aide, indépendamment du milieu, devraient posséder une formation adéquate qui optimise la prise alimentaire, le confort et la sécurité de la personne, le tout dans un temps adéquat. Pour ce faire, il est évident que ces intervenants doivent être présents en nombre suffisant.

Question. Quelles sont les approches organisationnelles à mettre en place pour valoriser et mobiliser les intervenants?

Le développement professionnel continu incite le professionnel à l'autogestion et à la responsabilisation de sa formation. Les professionnels doivent personnaliser leur parcours de formation continue en fonction de leurs besoins afin d'offrir des interventions de qualité au public. Plusieurs ordres professionnels ont mis à la disposition de leur membre un portfolio de développement professionnel qui soutient cette réflexion et la planification des besoins en formation continue. Si les organisations encouragent également cette approche, nous croyons que cela peut mobiliser les intervenants et devenir une façon d'identifier les meilleures pratiques à intégrer dans les milieux, suivant les activités de formation continue.

Vous pouvez consulter le portfolio de développement professionnel (PDP) de l'Ordre et son guide aux liens suivants :

PDP : http://opdq.org/wp-content/uploads/2016/02/Formulaire-PDP_Final.pdf

Guide : http://opdq.org/wp-content/uploads/2016/02/Guide_PDP_Final-3.pdf

Par ailleurs, depuis l'implantation de la Loi 10, les milieux et les professionnels harmonisent plusieurs pratiques et processus. L'efficacité et la performance semblent être au cœur des enjeux de cette révision et on questionne notamment les ordres professionnels quant aux obligations sur la tenue de dossier et d'autres obligations professionnelles. L'OPDQ réitère ainsi l'importance que le RSSS et les ordres collaborent afin que les obligations soient connues et comprises et qu'il y ait une cohérence dans les actions mises en place, le tout dans une optique de protection du public. La communication fluide et la transparence ne peuvent qu'être des facteurs mobilisateurs et motivateurs pour les intervenants.

Question. Comment offrir des milieux de vie de qualité et axés sur la bienveillance?

L'OPDQ rappelle d'abord qu'on associe trop souvent la maltraitance uniquement aux volets matériel et financier. Pourtant, la définition de maltraitance est assez large et inclut, sans contredit, l'abus et la négligence alimentaire.

Les moyens et les actions suivants pourraient être implantés selon nous dans les différents milieux (CHSLD et SAD) et favoriser une culture de bienveillance envers les personnes âgées :

- Assurer l'accès à une offre alimentaire qui comble les besoins nutritionnels des personnes âgées, adaptée aux différents problèmes de santé et à leurs préférences;
- Assurer une continuité sur le plan clinique et sur le plan du traitement nutritionnel lorsque les personnes âgées transigent d'un milieu de vie à un autre afin d'éviter d'induire de la négligence dans les soins et services requis;
- Dépister et traiter rapidement la malnutrition, comme le recommandait le Vérificateur général dans son rapport de 2011 sur les services se rapportant à l'alimentation dans le réseau de la santé et des services sociaux;

[extrait...]

Vous pouvez consulter le mémoire de l'OPDQ sur le mandat d'initiative de la Ministre responsable des Aînés et de la Lutte contre l'intimidation qui contient l'ensemble de nos propositions et solutions : http://opdq.org/wp-content/uploads/2016/05/Memoire-OPDQ_Plan-daction-maltraitance-16052016.pdf

Thème 5 : Un continuum de soins visant l'intégration des services

Question. Comment assurer l'intégration des services et soutenir, au plan organisationnel, l'application de la démarche clinique?

Comme mentionné précédemment, l'OPDQ est d'avis que l'identification des besoins, l'offre de services et l'utilisation d'indicateurs valides sont essentielles à une intégration réussie des services sur le plan organisationnel, mais aussi pour la population qui sont les utilisateurs de ces services. Nous vous référons donc à nos réponses et suggestions plus haut afin d'alimenter les orientations ministérielles.

Question. Comment soutenir une organisation de services orientée vers la réponse aux besoins convenus avec l'utilisateur et ses proches?

L'intégration des services dans le continuum de soins doit pouvoir permettre aux personnes âgées de recevoir les soins et services dont ils ont besoin, peu importe le milieu où ils sont. Actuellement, plusieurs ruptures de services sont vécues lorsque les personnes ont congé de l'hôpital vers le domicile ou quittent leur domicile vers un hébergement en ce qui concerne la nutrition. Cette problématique contribue souvent à une détérioration de l'état nutritionnel ce qui peut engendrer des complications médicales additionnelles, augmenter les hospitalisations et la morbidité.

La trajectoire ou le continuum de soin doit également assurer une fluidité dans le transfert des informations. Si l'accès aux informations dont les professionnels ont besoin pour prioriser et déterminer les interventions n'est pas disponible ou connu, cela nuit à l'efficacité et la qualité des services offerts.

De plus, le partenariat de soins et de services qui mène au consentement libre et éclairé de la personne est central à la réussite de la réponse aux besoins. En incluant la personne âgée comme partie prenante de l'équipe de soins et services, cette dernière peut mieux orienter les services selon ses préoccupations, ses besoins et son bien-être tout en considérant l'expertise des professionnels qui l'entourent.

Thème 6 : Une organisation du travail qui favorise des soins d'hygiène et une alimentation adaptés aux besoins du résident

Question. Comment offrir un environnement adapté aux besoins alimentaires particuliers des résidents dans le respect de leurs capacités sur les plans physique et social?

Nous vous référons à nos recommandations et suggestions du thème 1, question 2.

Thème 7 : L'adaptation des lieux aux particularités des usagers et à l'organisation du travail

Question. Comment adapter l'organisation physique des lieux aux besoins particuliers du résident, tout en assurant le respect de l'intimité, la sécurité, le bien-être physique, le bien-être psychologique et l'optimisation de l'autonomie fonctionnelle?

L'OPDQ n'a pas de commentaire additionnel sur cette question si ce n'est que l'environnement pour la prise des repas doit tenir compte des besoins de la personne âgée, dont son autonomie, sa sécurité, son bien-être physique et psychologique. Pour ce faire, nous vous référons aux recommandations et suggestions abordées dans le thème 1.

Thème 8 : Les collaborations avec les différentes partenaires

Question. La clarification des rôles et responsabilités de l'ensemble des acteurs ainsi qu'une compréhension des trajectoires et de services en SAD peuvent-elles contribuer à la mobilisation de l'ensemble de ces partenaires que ce sont, notamment, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les résidences privées? Question. Comment impliquer la communauté? Question. Comment favoriser la continuité des relations des résidents et leurs proches? Comment briser l'isolement?

L'OPDQ est en faveur d'une approche qui vise à ce que chacun des partenaires se connaisse mieux et puisse ainsi mieux interagir ensemble et répondre aux besoins des personnes âgées. Les ressources communautaires offrent souvent des services repas (popote roulant) et en ce sens, ils sont des contributeurs importants à la prévention et le traitement de la malnutrition. De plus, ces personnes qui entrent en contact avec les personnes âgées à domiciles sont un contact humain privilégié qui influence non seulement la qualité de vie de celles-ci, mais peuvent être des sources d'informations essentielles à l'équipe interdisciplinaire. Les diététistes/nutritionnistes qui travaillent au SAD mentionnent qu'il est important que l'ensemble des partenaires connaisse aussi à l'inverse le rôle des professionnels de l'équipe interdisciplinaire afin de contribuer au dépistage et à l'identification des besoins, notamment pour les facteurs de risques nutritionnels.

On dénote que trop souvent, les initiatives et ressources locales ne sont pas connues. La formation et une communication fluide entre les différents partenaires sont donc la clé d'une collaboration efficace afin d'assurer une prise en charge rapide, en temps opportun et par le bon professionnel. La mise en commun de ces ressources et l'accès à l'information sont aussi importants pour optimiser la continuité des relations entre les partenaires et la personne âgée.

ⁱ Vérificateur général du Québec. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2011-2012 : Vérification de l'optimisation des ressources, Chapitre 3 : Services se rapportant à l'alimentation dans le réseau de la santé et des services sociaux. Disponible au :

http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2011-2012-VOR/fr_Rapport2011-2012-VOR-Ch03.pdf

ii <http://nutritioncareincanada.ca/files/CMTF-Brochure-Fre.pdf>

Roberts KC. Predictors of nutritional risk in community-dwelling seniors. *Can J Public Health*. 2007 Jul-Aug;98(4):331-6.

ⁱⁱⁱ Curtis JL, Bernier P, Jeejeebhoy et al. The cost of malnutrition. *Clinical Nutrition* : Accepted for publication 10.1016/j.clnu.2016.09.009