

## **La maltraitance organisationnelle, volet nutrition et alimentation**

Mémoire déposé au Secrétariat aux aînés du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de la consultation sur l'élaboration du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027

Présenté par l'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec

Mars 2021

Mise à jour : Août 2021

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	2
<b>MISE EN CONTEXTE</b> .....	3
La malnutrition .....	3
Les bénéfices liés aux soins nutritionnels (nutrition clinique) .....	4
La gestion de l’offre alimentaire : un arrimage essentiel avec la nutrition clinique.....	6
<b>Vers le PAM 2022-2027</b> .....	7
L’âgisme.....	7
La maltraitance organisationnelle.....	8
La bientraitance.....	12
<b>CONCLUSION</b> .....	13
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	13

## INTRODUCTION

La nutrition est la base de la vie. Et pourtant.

L’Ordre accueille très favorablement l’initiative du gouvernement de mettre à jour son plan d’action pour contrer la maltraitance et de permettre aux organismes concernés d’émettre leurs commentaires. En vertu de notre mission de protection de public en matière de nutrition, nous nous sentons particulièrement interpellés par le plan d’action et nous vous présentons donc nos préoccupations et nos recommandations, car il est grand temps d’agir.

Dans [notre mémoire de 2016](#) en vue du Plan d’action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022, nous déplorons le peu d’attention portée à la maltraitance alimentaire ou nutritionnelle.

Nous décrivons la maltraitance alimentaire comme tout ce qui entrave une alimentation optimale, compromettant ainsi l’état nutritionnel, l’intégrité physique et cognitive de l’individu. Elle peut être due à un environnement défavorable (désert alimentaire) limitant l’approvisionnement alimentaire, à une absence d’aide aux repas, à une santé financière précaire limitant l’approvisionnement, à divers facteurs qui affectent l’appétit, tels la solitude et l’isolement social, la polypharmacie, l’imposition de régimes restrictifs inappropriés, etc. Les obstacles à l’alimentation sont donc multiples.

La maltraitance alimentaire peut donc prendre différentes formes. Elle se traduit trop souvent par la détérioration de l’état nutritionnel, appelée malnutrition, qui dans la pratique clinique, se caractérise par un apport insuffisant en énergie, en protéines et en d’autres nutriments. La malnutrition a des effets néfastes sur les tissus de l’organisme, sur les capacités fonctionnelles et sur la santé en général<sup>1</sup>.

Les diététistes-nutritionnistes interviennent dans l'ensemble du continuum de vie des personnes et exercent un rôle élargi auprès des personnes âgées. Facteur déterminant de la santé physique et du bien-être, la nutrition contribue au succès des traitements médicaux, chirurgicaux et oncologiques. Les aînés présentent fréquemment des maladies ou des problèmes de santé qui affectent l'état nutritionnel et requièrent des interventions spécifiques : le Parkinson, la démence, les troubles de la déglutition, les maladies chroniques, les plaies de pression, etc. Un piètre état nutritionnel peut exacerber des limitations fonctionnelles, la perte d'autonomie et le déclin de la santé globale des personnes âgées.

**Nous désirons à nouveau attirer votre attention sur le phénomène de malnutrition (ou dénutrition) et introduire le concept de l'inadéquation des ressources en nutrition clinique et des besoins des personnes âgées.**

**L'Ordre est d'avis qu'il est temps d'agir et de reconnaître la maltraitance organisationnelle liée à la nutrition et à l'alimentation.**

## MISE EN CONTEXTE

### La malnutrition<sup>i</sup>

Les conséquences de la malnutrition sont multiples. Mentionnons, entre autres, la souffrance engendrée par la faim, la souffrance engendrée par les plaies de pressions, les préjudices liés aux hospitalisations évitables (détérioration de l'état général, faiblesse, chutes) et les préjudices liés aux réadmissions non planifiées<sup>ii</sup>.

Elle a non seulement des effets dévastateurs sur la santé physique des personnes, mais aussi sur le volet cognitif et la capacité à prendre des décisions. La malnutrition en centre hospitalier de courte durée coûte 2 milliards de dollars annuellement au Canada (dollars de 2016)<sup>2</sup>. **Une étude canadienne, qui comprend le Québec, a démontré que 45 % des personnes âgées arrivent à l'hôpital avec une malnutrition modérée ou sévère<sup>3</sup>.**

De plus, la malnutrition peut en soi être un catalyseur de maltraitance<sup>4</sup>. En effet, la littérature fait état de plusieurs facteurs intrinsèques à la personne aînée maltraitée (ou qui risque de l'être), comme le fait de présenter des déficits cognitifs, de nécessiter de l'assistance, d'être affaiblie et de présenter des problèmes de santé<sup>5</sup>. La malnutrition et la déshydratation contribuent à l'ensemble de ces facteurs de risque. Une personne dénutrie ou déshydratée pourra avoir de la difficulté à s'affirmer et à dénoncer une situation, ce qui accentue la spirale de la maltraitance. Cela rejoint le concept voulant que la vulnérabilité puisse être une conséquence de la maltraitance<sup>6</sup>.

### La malnutrition, un signe de maltraitance

Cette maltraitance en est une par défaut d'action appropriée; il est donc question de négligence.

Il est notoire que la malnutrition et la déshydratation sont des motifs de plainte de maltraitance, ou à tout le moins un indicateur de maltraitance, autant à domicile qu'en établissement<sup>7,8,9,10,11,12,13</sup>.

L'Indice de suspicion de maltraitance envers les aînés est une évaluation en six points conçue pour dépister les adultes susceptibles d'être victimes de violence. La dernière question ordonne au médecin traitant

---

<sup>i</sup>Les termes malnutrition et dénutrition sont utilisés sans distinction dans ce document

<sup>ii</sup> La durée de séjour, le taux de mortalité, le taux de réadmission à 30 jours et les coûts sont significativement plus élevés chez les patients avec malnutrition sévère ou modérée

d'évaluer les divers comportements et caractéristiques des patients peu courants chez les personnes âgées et associés à la maltraitance des personnes âgées. Ces signaux comprennent une attitude de retrait, le mauvais contact visuel, **la malnutrition**, la non-observance thérapeutique aux médicaments, les coupures, les ecchymoses, la mauvaise hygiène et des vêtements inappropriés. Répondre « oui » à l'une de ces questions indique un abus potentiel<sup>14</sup>.

Pour remédier à cette situation, en 2016 et de nouveau en 2021, l'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec est d'avis qu'il faut retenir les points importants suivants :

- La malnutrition est un problème de santé publique majeur qui doit être reconnu et sur lequel on peut et l'on doit agir;
- La malnutrition est une forme de maltraitance définie par une absence de services et de soins appropriés ou par la mise en place d'une offre de soins et de services inappropriée aux besoins de la personne;
- La malnutrition peut accentuer le phénomène des autres formes de maltraitance.

## Les bénéfices liés aux soins nutritionnels (nutrition clinique)

L'Ordre des diététistes-nutritionnistes est d'avis qu'il faut mettre en place les conditions nécessaires pour que tous puissent vieillir sans un fardeau indu de la maladie. Cela requiert que les soins nutritionnels soient disponibles dès que requis, peu importe l'âge. En effet, depuis plus de vingt ans, des preuves scientifiques s'accumulent et démontrent que les interventions nutritionnelles par des diététistes-nutritionnistes<sup>15</sup> sont efficaces pour traiter les maladies et prévenir leurs complications, ce qui entraîne des économies pour le système<sup>16,17</sup>.

Pourtant, le nombre de diététistes-nutritionnistes dans le réseau de la santé du Québec ne cesse de chuter. Cela est illogique et préjudiciable pour les personnes âgées étant donné que les répercussions négatives des pathologies invalidantes et très coûteuses (énumérées ci-après) pour le réseau de la santé et la RAMQ, et leur coût diminuent à la suite de leur traitement nutritionnel et des suivis effectués par une diététiste-nutritionniste, seule experte en nutrition reconnue par le *Code des professions*.

### Exemples d'affections et de pathologies invalidantes et coûteuses pour le système de la santé :

- **Dénutrition** : 45 % des patients sont atteints de malnutrition au moment de leur admission à l'hôpital, mais seulement 25 % de ceux-ci sont dépistés par l'équipe traitante. De plus, la majorité de ces patients malnutris ne reçoit pas de soins nutritionnels et leur santé se détériore lors de l'hospitalisation. Les coûts des patients modérément dénutris sont de 31 % à 34 % plus élevés que pour les patients bien nourris. La durée du séjour est significativement plus longue chez les patients souffrant d'une malnutrition même modérée (+ 23 % en médecine, + 32 % en chirurgie), ce qui allonge les listes d'attente et coûtera environ 2 milliards de dollars par an aux systèmes de soins<sup>18</sup>.

La dénutrition cause des réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital, ce qui diminue grandement la performance du réseau de la santé. C'est pourquoi la prise en charge par les nutritionnistes est primordiale et deviendra sous peu une norme et une pratique organisationnelle requise pour l'agrément des établissements par Agrément Canada.

Le counseling nutritionnel par les diététistes-nutritionnistes améliore la qualité de vie et les apports nutritionnels des patients dénutris et hospitalisés<sup>19,20</sup>. La prévalence des maladies décrites ci-après est élevée chez les personnes âgées :

- **Diabète** (880 000 personnes atteintes au Québec) : il est prouvé depuis deux décennies que les interventions des diététistes-nutritionnistes préviennent la progression du prédiabète et de l'obésité

en diabète de type 2. Plusieurs études cliniques ont aussi montré qu'un traitement nutritionnel par une diététiste-nutritionniste a entraîné une réduction de la prise de médicaments<sup>21,22,23</sup> et donc des économies plus qu'importantes pour la RAMQ.

- **Prédiabète et le diabète de type 2 récemment diagnostiqué** : la perte de poids est la stratégie thérapeutique la plus importante et la plus efficace. Plus d'une dizaine d'études ont rapporté que le traitement nutritionnel par les diététistes-nutritionnistes a entraîné une réduction dans la prise de médicaments.<sup>24,25.</sup>
- **Troubles du cholestérol** et des lipides : les méta-analyses démontrent que plusieurs séances de traitement nutritionnel avec une diététiste-nutritionniste sont cliniquement efficaces et rentables (la moitié des patients ont évité la prise de médicaments, des économies plus qu'importantes pour la RAMQ)<sup>26,27,28.</sup>
- **Obésité** (coûts se chiffrant entre 4,6 et 7 milliards \$ par an au Canada) : les traitements nutritionnels par des diététistes-nutritionnistes entraînent une amélioration de la composition corporelle et une perte de poids statistiquement et cliniquement significative chez les patients obèses en santé<sup>29.</sup>
- **Hypertension** artérielle : touchant 46 % des personnes de 65 ans et plus, elle augmente le risque d'infarctus, d'insuffisance cardiaque, de congestion cérébrale et de maladie rénale. Un suivi nutritionnel permet d'abaisser la tension artérielle<sup>30.</sup>
- **Maladies rénales** : elles sont une conséquence fréquente de l'hypertension artérielle et du diabète. L'insuffisance rénale chronique, très fréquente chez le patient âgé de plus de 60 ans, est associée à de nombreuses complications métaboliques : fragilité osseuse, anémie, atteintes cardiovasculaires, urémie, dénutrition, acidose, hyperkaliémie, etc. Le fléau associé à l'augmentation des maladies rénales a un impact fulgurant sur la qualité de vie et sur les soins de santé. La dialyse et la transplantation rénale deviennent des enjeux de plus en plus grands dans le budget ministériel. Avec une hausse de 60 % des cas d'insuffisance rénale au cours des dix dernières années, cette maladie chronique touche maintenant 1 personne canadienne sur 10. La nutrition est la base du traitement des maladies rénales<sup>31</sup>, quel qu'en soit le stade. Étant donné qu'il est possible de retarder, voire éviter la dialyse en instaurant un traitement nutritionnel au bon moment, il est essentiel de comprendre l'importance du travail des nutritionnistes dans la gestion de ces maladies. Présentement, l'accès aux nutritionnistes rénales (peu nombreuses) est réservé aux patients dont la maladie rénale est à stade avancé, et la première ligne n'est pas en mesure de prendre en charge cette clientèle grandissante, celle-ci ne faisant pas partie des priorités dans la plupart des milieux. Pourtant, les toutes dernières lignes directrices en matière de santé rénale recommandent qu'une diététiste-nutritionniste fournisse une thérapie nutritionnelle aux adultes atteints d'insuffisance rénale dès le premier stade de la maladie. Cette prise en charge pourrait pourtant faire économiser des sommes importantes en soins de santé au gouvernement en plus de contribuer significativement à l'amélioration de la qualité de vie.

L'intervention des diététistes/nutritionnistes, trop souvent absente, améliore la santé et la qualité de vie des patients et allège le fardeau associé aux maladies non transmissibles. La pratique en nutrition clinique fait partie intégrante de la pratique médicale et chaque dollar investi en intervention nutritionnelle en première ligne permettrait au système de santé d'économiser de 5,50 \$ à 99 \$<sup>32</sup>.

Pour remédier à cette situation, l'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec est d'avis qu'il y a lieu de retenir les points importants suivants :

- Les traitements nutritionnels des nutritionnistes sont des solutions concrètes au traitement ou à la gestion des maladies, dont les maladies chroniques.

- Les effectifs inadéquats en nutrition clinique mènent aux retards indus ou à l'absence de soins, ce qui constitue de la maltraitance.

## La gestion de l'offre alimentaire : un arrimage essentiel avec la nutrition clinique

La gestion des services d'alimentation, un des quatre secteurs de la profession, constitue une part importante des 3,5 années universitaires, dont 1400 heures de stage supervisé que doivent effectuer les futures diététistes-nutritionnistes<sup>33</sup>. La gestion des services d'alimentation dans le réseau de la santé et les responsabilités de ces derniers requièrent des compétences et une formation que seules les diététistes-nutritionnistes possèdent.

Malheureusement, depuis quelques années, lors d'affichage de postes en gestion, nous remarquons que l'appel de candidatures est parfois loin de la nutrition clinique et n'insiste pas assez sur l'importance des connaissances et des compétences en nutrition clinique. Cela mène souvent à l'embauche de techniciennes en diététique qui sont pourtant formées pour travailler sous la supervision des diététistes-nutritionnistes. Si les techniciennes en diététique connaissent et appliquent bien des techniques, cela ne suffit pas. En effet, pour obtenir une vision plus large et intégrative des besoins contemporains en nutrition qui ne cessent de se complexifier avec le vieillissement de la population, l'appartenance à l'Ordre est un incontournable et une formation aux cycles supérieurs constitue un atout important.

Au cours des dernières années marquées par les restructurations de postes dans l'objectif de faire des économies d'échelle, il y a eu perte des compétences et des connaissances en nutrition qui se reflètent par une perte de qualité à très large spectre. On fait face à des enjeux importants qui concernent l'application des politiques alimentaires et l'arrimage entre l'offre alimentaire et les besoins des personnes âgées en matière de nutrition.

Régulièrement, nos membres nous font part de leurs inquiétudes face à des problèmes importants liés à la qualité et à la sécurité de l'alimentation offerte aux usagers par le service d'alimentation de certains établissements.

À l'instar de la majorité des membres d'ordres professionnels du Québec, les nutritionnistes doivent constamment mettre à jour leurs compétences en effectuant un minimum de 60 heures de formation continue par période de trois ans. Cette exigence favorise le développement de l'excellence en matière de gestion des services d'alimentation. Lors d'une récente consultation auprès des membres de ce secteur, nous avons pu constater que les nutritionnistes s'instruisent sur divers sujets, comme l'innovation, la gestion du gaspillage alimentaire, le développement durable, la nutrition clinique, la gestion des équipes, etc. La gestion des coûts et l'efficacité demeurent au cœur des préoccupations des nutritionnistes pour que les personnes âgées puissent ultimement bénéficier d'une offre alimentaire répondant à leurs besoins.

### **Parmi les besoins relevés par nos membres du secteur de la gestion des services d'alimentation, on note :**

- Le besoin d'avoir une solide formation en nutrition clinique pour mieux adapter les menus des services alimentaires, améliorer la fluidité entre la gestion des services alimentaires et la nutrition clinique.
- Le besoin d'avoir une coordonnatrice qui est nutritionniste de formation en soutien à la direction logistique/direction technique.
- Le besoin de mieux arrimer les différents services et les rôles des différents intervenants (p. ex. entre la diététiste-nutritionniste, la technicienne en diététique, le cuisinier, le personnel en hygiène et salubrité).
- L'importance d'ajuster les budgets alloués à l'achat des aliments. Il s'agit de l'ordre de 7 à 8\$ par jour pour trois repas et collation.

- L'importance du plaidoyer auprès des supérieurs pour augmenter la qualité de ce qui est produit au service alimentaire et pour se conformer aux exigences du service de nutrition clinique.

### **Quelques exemples concrets de problèmes préjudiciables lorsqu'il n'y a pas de diététiste-nutritionniste responsable des services d'alimentation dans le réseau de la santé.**

- Il existe une incompréhension de ce qu'est une diète enrichie au service d'alimentation, qui sert aux patients un volume plus grand d'aliments plutôt que des aliments à valeur nutritionnelle plus dense.
- Les bases de données ne sont pas fiables pour le calcul de la valeur nutritionnelle. Elles doivent être rebâties par les nutritionnistes.
- L'impossibilité de mettre en application le décompte des glucides malgré un effort de collaboration (lorsqu'un patient diabétique insulino-traité s'administre une quantité d'insuline selon la quantité de glucides qu'il consomme, il doit faire le décompte des glucides).
- Le menu est très répétitif pour les patients qui ont besoin d'un régime particulier; la monotonie du menu entraîne une perte d'intérêt des patients, ce qui n'encourage pas les apports nutritionnels et favorise plutôt la malnutrition.
- Incohérences entre les prescriptions nutritionnelles des médecins et des diététistes-nutritionnistes et les aliments servis aux patients.

## **Vers le PAM 2022-2027**

### **L'âgisme**

Jusqu'à un certain point, la maltraitance organisationnelle tombe aussi sous l'âgisme, qui se manifeste ainsi : « Dans le milieu des services de santé et des services sociaux, les professionnels y feraient moins de prévention envers les personnes âgées et traiteraient moins leurs douleurs, puisqu'ils les associeraient au processus normal du vieillissement. »

Or, les maladies chroniques et la malnutrition, plus fréquentes chez les personnes âgées, ne sont pas des phénomènes normaux et irréversibles du vieillissement. Dans une étude longitudinale canadienne auprès de personnes vivant à domicile, le risque de malnutrition, déterminé par l'outil de dépistage SCREEN II-AB était de 28 %<sup>34</sup>. La représentation des personnes âgées comme des êtres frêles, faibles et dépendants perpétue la problématique.

En centre hospitalier, bien que 45 % des patients souffrent de dénutrition dès leur admission et que leur état nutritionnel se détériore durant leur hospitalisation, seuls quelques patients (11 %) reçoivent des soins nutritionnels après leur congé, malgré la prévalence élevée connue de malnutrition à l'admission et au congé. L'obtention de soins nutritionnels à l'hôpital était le meilleur prédicteur de l'obtention de soins nutritionnels post-hospitaliers<sup>35,36</sup>.

Les diététistes ne sont pas consultées en centre hospitalier pour 75 % des patients ayant une dénutrition faible à modérée et pour 60 % des patients avec une dénutrition sévère<sup>37</sup>. Il s'agit d'une situation inacceptable, d'autant plus que des actions peuvent être prises pour améliorer le bien-être et la sécurité des patients âgés.

La dénutrition des personnes âgées peut se présenter sous deux formes : sans lien avec l'âge ou de nature propre à la personne âgée<sup>38</sup>.

Plusieurs affections ou maladies non liées à l'âge peuvent favoriser la dénutrition :

- Les cancers;
- Les défaillances d'organes chroniques et sévères (cardiaque, rénale, respiratoire ou hépatique);
- Les pathologies digestives à l'origine de malabsorption ou de maldigestion (ou les deux);
- Les pathologies infectieuses ou inflammatoires chroniques;
- Toute situation susceptible d'entraîner une diminution des apports alimentaires, une augmentation des besoins nutritionnels, une malabsorption seule ou combinée.

Les situations qui augmentent le risque de dénutrition des personnes âgées plus particulièrement peuvent être catégorisées comme suit :

- Situation psycho-environnementales;
- Troubles bucco-dentaires;
- Troubles de la déglutition;
- Troubles psychiatriques;
- Syndromes démentiels;
- Autres troubles neurologiques;
- Traitement médicamenteux;
- Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique;
- Assistance requise pour les activités de la vie quotidienne.

– Selon votre expérience, qu'est-ce que le gouvernement du Québec devrait faire pour lutter contre l'âgisme?

Pour contrer la maltraitance due à l'âgisme dans le domaine de la nutrition, il importe de lutter efficacement contre la dénutrition, peu importe l'âge de la personne. La mise en œuvre de programmes universels de dépistage et de traitement de la dénutrition est primordiale.

La malnutrition est un problème de santé qui se manifeste de différentes façons. Elle peut être difficile à détecter à l'œil nu, surtout pour une personne qui n'est pas familière avec ses manifestations physiques. Il existe cependant des outils très simples de dépistage de la malnutrition, tel [celui validé par le Groupe de travail canadien sur la malnutrition](#) en contexte hospitalier<sup>39</sup>. Ce dépistage de la malnutrition est d'autant plus important qu'elle comporte d'importantes répercussions. C'est un phénomène qu'on ne peut pas ignorer.

Le dépistage et le traitement de la dénutrition devraient être disponibles dans tous les milieux (communauté, centre hospitalier de courte durée et centre d'hébergement, notamment).

– À votre connaissance, existe-t-il des projets prometteurs qui visent à lutter contre l'âgisme?

Voir la section sur la maltraitance organisationnelle.

## La maltraitance organisationnelle

Comme décrit dans le document de consultation, la maltraitance organisationnelle fait référence à toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures des organisations (privées, publiques ou communautaires) qui sont responsables d'offrir des soins ou des services de tout type. La maltraitance organisationnelle compromet l'exercice des droits et des libertés des personnes.

Comme présenté dans le PAM 2017-2022, la maltraitance organisationnelle peut se manifester notamment par « **une offre de service inadaptée aux besoins des personnes, des directives absentes ou mal comprises de la part du personnel, une capacité organisationnelle réduite, une procédure administrative complexe, une formation inadéquate du personnel, un personnel non mobilisé** », etc.

Or, le mot « nutrition » n'apparaît pas dans les documents du gouvernement, et le mot aliment n'apparaît que dans le contexte de maltraitance physique par violence (alimentation forcée) et de négligence (non-assistance à l'alimentation)<sup>40,41</sup>

**La nutrition est la base de la vie. Elle est intimement liée à la qualité de vie. Et pourtant.**

L'évaluation et le suivi nutritionnel offerts par des diététistes-nutritionnistes, que ce soit auprès d'aînés dénutris, dysphagiques, ou aux prises avec des maladies chroniques, font partie de ces soins qui pourraient et devraient être plus accessibles. Ces soins nutritionnels permettent de prévenir et de réduire de façon très importante les répercussions néfastes des pathologies et les souffrances pour les personnes et d'abaisser les coûts pour le réseau de la santé et la société en général.

Malheureusement, c'est l'inverse qui s'est produit au cours des dernières années : alors que les besoins ont nettement augmenté pour les aînés, les ressources n'ont pas suivi. Résultat? Une situation qui se dégrade quant à la prise en charge des besoins nutritionnels, et une baisse de qualité de vie des personnes âgées.

Quelques exemples :

- Un temps d'hospitalisation plus long et des réhospitalisations plus fréquentes pour les patients non évalués en nutrition;
- Des ratios insoutenables : une diététiste-nutritionniste pour 800 à 1400 patients, en moyenne, en CHSLD et dans les résidences privées pour aînés, par exemple : 1/5 nutritionniste pour 450 résidents sur 5 sites ou encore 2 nutritionnistes qui chaque semaine ont la responsabilité des soins des résidents de 11 CHSLD <sup>42</sup>
- Des dilemmes éthiques intenable pour les nutritionnistes : évaluer sans pouvoir faire le suivi (et laisser l'état nutritionnel de la personne âgée se détériorer); évaluer moins de patients, mais assurer le suivi (accepter alors de négliger des personnes âgées);
- Augmentation de la prise de médicaments;
- Perte nette de services pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou d'autres pathologies;
- Augmentation de la morbidité;

Pour contrer la dénutrition qui touche près d'un patient sur deux à son admission à l'hôpital, la prise en charge par les nutritionnistes est primordiale. Ce type d'intervention **deviendra sous peu une norme de sécurité pour l'agrément des établissements par Agrément Canada**. Les ressources suffisantes seront donc non seulement requises, mais obligatoires.

Finalement, les conséquences du délestage des professionnels de la santé (notamment les diététistes-nutritionnistes) durant pandémie de la COVID-19 et les rattrapages de services qui seront requis nécessiteront que le système de la santé devienne performant. Le dépistage et le traitement de la malnutrition s'avèrent essentiels.

La maltraitance organisationnelle peut se caractériser par une attente induite avant que la personne reçoive un service. Compte tenu des effectifs de diététistes-nutritionnistes dans le réseau de la santé alors que les besoins de la population vieillissante augmentent, nous observons une attente induite. Les personnes âgées

avec une maladie chronique ont besoin de traitements nutritionnels qui sont à peu près inexistantes en cliniques externes de nos jours. En fait, dans bien des cas, les cliniques externes ont cédé le pas aux cliniques de GMF<sup>iii</sup> sans pour autant assurer la disponibilité des consultations nutritionnelles. Les personnes âgées se retrouvent devant un dilemme : choisir de payer pour ces services en clinique privée ou ne pas avoir le traitement nutritionnel dont elles ont besoin. L'état nutritionnel de la personne âgée devra bien souvent se détériorer et entraîner des complications nécessitant une hospitalisation avant qu'il ne soit évalué et pris en charge. C'est un non-sens (voir la section sur la nutrition clinique ci-dessus).

Par ailleurs, nous notons que certaines politiques contre la maltraitance élaborées par les établissements de santé ne définissent que partiellement la maltraitance organisationnelle, car elles omettent de parler d'une offre de service inadaptée aux besoins des personnes et du concept de capacité organisationnelle réduite.

**Dans notre perspective de 2021, la maltraitance organisationnelle en lien avec la nutrition se décline en trois grandes problématiques :**

- **L'absence de dépistage et de traitement de la malnutrition dans les différents milieux (communauté, centres hospitaliers, centres d'hébergement);**
- **L'inadéquation entre les effectifs en diététistes-nutritionnistes et les besoins en services de nutrition clinique;**
- **Une offre alimentaire non adaptée aux besoins des patients et une perte de l'expertise nutritionnelle au sein des services d'alimentation en raison de l'embauche de techniciennes en diététique plutôt que de diététistes-nutritionnistes.**

L'Ordre reconnaît que de nombreuses mesures ont été mises en place depuis le premier PAM. Cependant, les mesures mises en place depuis 2017, notamment l'adoption de la *Loi et les politiques des établissements*, font plutôt appel au savoir-être sans aborder la question des savoir-faire et des compétences.

– Au-delà des actions complétées et en cours de réalisation, quelles sont les démarches prioritaires à mettre de l'avant pour lutter contre la maltraitance organisationnelle?

#### **RECONNAITRE LA MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE LIÉE À LA NUTRITION ET À L'ALIMENTATION**

Il est impératif que le gouvernement et les établissements agissent pour régler la maltraitance organisationnelle. La description partielle qui en est faite par les établissements est inquiétante. Ils doivent reconnaître que celle-ci inclut notamment **une offre de service inadaptée aux besoins des personnes, et en ce qui nous concerne, une offre inadaptée en services nutritionnels cliniques ainsi qu'une gestion de l'offre alimentaire inadéquate.**

#### **AVOIR LE BON PROFESSIONNEL AU BON ENDROIT ET EN NOMBRE SUFFISANT**

- Des diététistes-nutritionnistes en nutrition clinique pour évaluer à temps les patients/personnes, peu importe leur milieu, pour déterminer les plans de traitement nutritionnels, effectuer les suivis de l'état nutritionnel et assurer la collaboration interprofessionnelle.

---

<sup>iii</sup> Groupe de médecine familiale

- Des diététistes-nutritionnistes gestionnaires responsables des services d'alimentation et des diététistes-nutritionnistes agents.es de planification, de programmation et de recherche (APPR) pour réussir le complexe arrimage entre la nutrition clinique et le service d'alimentation en établissement de santé.

## ADOPTER ET FAIRE ÉVOLUER LES DOCUMENTS NORMATIFS

Nous attirons ici votre attention sur le fait que le document normatif concernant les CHSLD, élaboré en 2017 par le MSSS avec la participation de l'Ordre, n'est toujours pas adopté. Les trois orientations traitées sont une bonne piste pour contrer la maltraitance dont il est question ici tout en favorisant la bienveillance.

- Orientation 1\_services alimentaires en CHSLD
- Orientation 2\_nutrition clinique
- Orientation 3\_activité repas en CHSLD

– Quelles pratiques en place considérez-vous comme étant de la maltraitance organisationnelle et comment peut-on la prévenir concrètement?

LA MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE	COMMENT LA PRÉVENIR CONCRÈTEMENT
Ne pas combler les besoins des personnes âgées en services de diététistes-nutritionnistes à la suite des pertes de postes de diététistes-nutritionnistes en nutrition clinique dans le réseau ** Il existe très peu de maladies ou de conditions qui n'ont pas pour cause ou pour conséquence une composante nutritionnelle.	En établissements de santé, programmes réguliers : assurer les effectifs adéquats en diététistes-nutritionnistes
Mettre en danger la vie des personnes en établissement qui souffrent de dysphagie par manque de diététistes-nutritionnistes pour la prise en charge de ce problème de santé <sup>iv</sup>	Assurer un nombre suffisant de diététistes-nutritionniste
La perte de savoir-faire et de compétences due au peu de diététistes-nutritionnistes gestionnaires des services d'alimentation	Exiger que les établissements embauchent des diététistes-nutritionnistes comme chef des services d'alimentation pour réussir le complexe arrimage entre la nutrition clinique et la gestion de l'offre alimentaire
Ignorer la malnutrition en n'en faisant pas le dépistage ni le traitement	<b>Canada</b> : Groupe de travail canadien sur la malnutrition <ul style="list-style-type: none"> <li>• Démarche INPAC (Démarche intégrée de soins nutritionnels en contexte de soins aigus) <a href="http://nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/INPAC-Toolkit_FR_March2018.pdf">http://nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/INPAC-Toolkit_FR_March2018.pdf</a></li> <li>• Trajectoires de Soins Nutritionnels et guides pour le maintien et le retour dans la communauté</li> </ul>

<sup>iv</sup> La dysphagie se caractérise par un trouble de déglutition, soit de la difficulté à avaler les solides ou les liquides, un trouble très répandu chez les personnes âgées.

LA MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE	COMMENT LA PRÉVENIR CONCRÈTEMENT
	<p data-bbox="878 226 1406 331"><a href="https://nutritioncareincanada.ca/resources-and-tools/primary-community-care/nutrition-care-pathways/?lang=fr">https://nutritioncareincanada.ca/resources-and-tools/primary-community-care/nutrition-care-pathways/?lang=fr</a></p> <p data-bbox="781 373 1427 478"><b>France</b> : le Programme national nutrition santé 2019-2023 vise à réduire le pourcentage de personnes âgées dénutries de 30 %</p> <p data-bbox="781 499 1427 697"><b>Pays-Bas</b> : le dépistage de la malnutrition et son traitement font partie des indicateurs de qualité du ministère de la Santé. Les résultats quant à la diminution de la prévalence de la malnutrition sont significatifs. <a href="https://www.fightmalnutrition.eu/">https://www.fightmalnutrition.eu/</a> <a href="https://www.fightmalnutrition.eu/thedutchapproach">https://www.fightmalnutrition.eu/thedutchapproach</a></p>

## La bientraitance

Selon le PAM 2017, « la bientraitance vise le bien-être, le respect de la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité de la personne. Elle s'exprime par des attentions, des attitudes, des actions et des pratiques respectueuses des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés de la personne âgée [...] Offrir un soutien concerté afin de poser les gestes les plus appropriés pour chaque dimension de la vie de la personne âgée (ex. : habitation, santé, alimentation, vie amoureuse et familiale, etc.), toujours en respectant les choix de cette dernière. »

Nous remarquons qu'aucune des trois mesures inscrites dans le plan pour amorcer la première phase visant à promouvoir la bientraitance envers les personnes âgées n'est liée à la nutrition ou à l'alimentation qui sont pourtant fondamentales à la vie.

– La définition proposée dans le PAM 2017-2022 ainsi que les conditions qui la favorisent vous semblent-elles adéquates?

La bientraitance va au-delà de la non-maltraitance. Elle s'exprime par des actions concrètes. Pour les personnes hébergées, cela peut se concrétiser par une offre alimentaire variée, adaptée aux besoins nutritionnels et aux préférences de la personne.

– La bientraitance est une approche inspirante qui vise à prévenir la maltraitance. Cela ne signifie cependant pas qu'à elle seule elle puisse mettre fin à la maltraitance. Dans ce contexte, comment développer une culture de la bientraitance qui n'occultera pas l'importance de la lutte contre la maltraitance?

Les études confirment que les barrières à la prise alimentaire sont fréquentes dans les hôpitaux de soins de courte durée. Lorsqu'une faible consommation alimentaire autodéclarée à l'hôpital est associée à plusieurs obstacles, il est pertinent d'évaluer les obstacles à l'apport alimentaire pendant le séjour à l'hôpital, d'intervenir pour les lever et de faire le suivi<sup>43</sup>.

– Quels sont les situations particulières ou les milieux de vie où il faut donner priorité au développement de pratiques bienveillantes? Comment?

Le concept de bienveillance doit inclure diverses mesures liées à l'alimentation puisque cette dernière est au centre de la vie des personnes âgées et qu'elle peut grandement améliorer leur qualité de vie et leur santé. Voir les réponses au Thème Maltraitance organisationnelle.

## CONCLUSION

Notre argumentaire pour le PAM 2022-2027 est axé sur la maltraitance organisationnelle. Les problèmes sont connus depuis de nombreuses années, aussi il est grand temps d'agir. Les travaux du Groupe de travail canadien sur la malnutrition quant à la qualité des soins nutritionnels ont dégagé cinq thèmes qu'il y a lieu de citer en guise de conclusion :

- (i) développer une culture nutritionnelle, où la pratique nutritionnelle est considérée comme importante pour le rétablissement des patients, où les équipes travaillent ensemble pour atteindre les objectifs nutritionnels;
- (ii) Utiliser des outils efficaces, tels que le dépistage, les protocoles fondés sur des données probantes, l'information sur les patients de qualité, exacte et d'accès rapide, une alimentation appropriée et de qualité;
- (iii) créer des systèmes pour soutenir la prestation des soins, tels que les communications, la production et la distribution alimentaire;
- (iv) répondre aux besoins de soins par l'entremise de systèmes alimentaires flexibles, de menus et de suppléments de repas appropriés, de soins cliniques professionnels et la participation du patient et de la famille dans le processus de soins;
- (v) associer la bonne personne à la bonne tâche, en délimitant les rôles, en formant le personnel, en accordant suffisamment de temps pour entreprendre les tâches importantes et en tenant le personnel responsable de ces soins<sup>44</sup>.

## RÉFÉRENCES

<sup>1</sup> <http://nutritioncareincanada.ca/fr/malnutrition/quest-ce-que-la-malnutrition/>

<sup>2</sup> Curtis, L. J., Bernier, P., Jeejeebhoy, K., Allard, J., Duerksen, D., Gramlich, L., ... & Keller, H. H. (2017). Costs of hospital malnutrition. *Clinical Nutrition*, 36(5), 1391-1396.

<sup>3</sup> Allard, J. P., Keller, H., Jeejeebhoy, K. N., Laporte, M., Duerksen, D. R., Gramlich, L., ... & Lou, W. (2016). Malnutrition at hospital admission—contributors and effect on length of stay: a prospective cohort study from the Canadian Malnutrition Task Force. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(4), 487-497.

<sup>4</sup> Kaiser M, Bandinelli S, Lunenfeld B. Frailty and the role of nutrition in older people. A review of the current literature. *Acta Biomed*. 2010;81 Suppl 1:37-45.

<sup>5</sup> Document de consultation sur le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les aînés 2017-2020, à la page 26.

<sup>6</sup> Commission de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bienveillance — Vidéo d'expert Marie Beaulieu. Ministère des Solidarités et de la Santé. France, 2020. Récupéré le 1<sup>er</sup> mars 2021 de <https://www.dailymotion.com/video/x7vvq6j?playlist=x6v73x>

<sup>7</sup> National Center on Elder Abuse. (1998). National elder abuse incidence study. Récupéré le 3 mars 2021 de [https://acl.gov/sites/default/files/programs/2016-09/ABuseReport\\_Full.pdf](https://acl.gov/sites/default/files/programs/2016-09/ABuseReport_Full.pdf)

- 
- <sup>8</sup> Thomas, H., Scodellaro, C., & Dupré-Lévêque, D. (2005). Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative.
- <sup>9</sup> Burnett, Jason, W. Andrew Achenbaum, and Kathleen Pace Murphy. "Prevention and early identification of elder abuse." *Clinics in geriatric medicine* 30.4 (2014): 743-759.
- <sup>10</sup> Amyot, Jean-Jacques. Guide de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées : concepts et dispositifs, approche clinique, management et cadre réglementaire. Dunod, 2010.
- <sup>11</sup> André, J. M., Beis, J. M., Brugerolle, B., Thisse, M. O., & Paysant, J. (1999, December). Violences perpétrées à rencontre des adultes handicapés maintenus à domicile. Aspects sémiologiques et particularités. In *Annales de réadaptation et de médecine physique* (vol. 42, n° 9, p. 563-569). Elsevier Masson.
- <sup>12</sup> Malnutrition: Signs of Physical Abuse AND Signs of Neglect \_Signs of Abuse, Neglect, and Exploitation: The Checklist CHAPTER SUMMARY • January 2019 David Godfrey, American Bar Association Commission on Law and Aging. <https://ncler.acl.gov/getattachment/ElderJustice-Toolkit/Screening-Intake/Signs-of-Abuse-Chapter-Summary.pdf.aspx?lang=en-US>
- <sup>13</sup> World Health Organization. "European report on preventing elder maltreatment." (2011).
- <sup>14</sup> Burnett, Jason, W. Andrew Achenbaum, and Kathleen Pace Murphy. "Prevention and early identification of elder abuse." *Clinics in geriatric medicine* 30.4 (2014): 743-759.
- <sup>15</sup> Au Québec, ces deux termes veulent dire exactement la même chose, et désignent ainsi la même profession.
- <sup>16</sup> Franz MJ, Monk A, Barry B et al Effectiveness of Medical Nutrition Therapy Provided by Dietitians in the Management of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *J Am Diet Assoc.* 1995; 95:1009-1017.
- <sup>17</sup> Position of The American Dietetic Association: Cost-effectiveness of medical nutrition therapy Carey, Mary; Gillespie, Sandra. American Dietetic Association. *Journal of the American Dietetic Association*; Chicago vol. 95, n° 1, (Jan 1995): 88.
- <sup>18</sup> Curtis, L. J., Bernier, P., Jeejeebhoy, K., Allard, J., Duerksen, D., Gramlich, L., & Keller, H. H. (2017). Costs of hospital malnutrition. *Clinical Nutrition*, 36(5), 1391-1396.
- <sup>19</sup> Babineau J, Villalon L, Laporte M, Payette H. Outcomes of Screening And Nutritional Intervention Among Older Adults in Healthcare Facilities .*CanJ Diet Prac Res* 2008;69:89-94.
- <sup>20</sup> Rüfenacht, Ursula, et al. "Nutritional counseling improves quality of life and nutrient intake in hospitalized undernourished patients." *Nutrition* 26.1 (2010): 53-60.
- <sup>21</sup> Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med.* 2002;346(6):393-403.
- <sup>22</sup> Franz MJ, Monk A, Barry B et al Effectiveness of Medical Nutrition Therapy Provided by Dietitians in the Management of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *J Am Diet Assoc.* 1995; 95:1009-1017.
- <sup>23</sup> Briggs Early K, Stanley K. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: The Role of Medical Nutrition Therapy and Registered Dietitian Nutritionists in the Prevention and Treatment of Prediabetes and Type 2 Diabetes *J Acad Nutr Diet.* 2018 Feb;118(2):343-353. doi: 10.1016/j.jand.2017.11.021.
- <sup>24</sup> Academy of Nutrition and Dietetics. 2015 diabetes type 1 and type 2 evidence-based nutrition practice guideline. Evidence Analysis Library website. <https://www.andeal.org/topic.cfm?menu=5305&cat=5596> (consulté 2018-10-15).
- <sup>25</sup> Franz MJ, Evert A, Brown C, et al. Academy of Nutrition and Dietetics Nutrition. Practice Guideline for Type 1 and Type 2 Diabetes in Adults: Systematic review of evidence for medical nutrition therapy effectiveness and recommendations for integration into the nutrition care process. *J Acad Nutr Diet.* 2017;117(10): 1659-1679.
- <sup>26</sup> Sikand G, Cole RE, Handu D, deWaal D, et al. Clinical and cost benefits of medical nutrition therapy by registered dietitian nutritionists for management of dyslipidemia: A systematic review and meta-analysis *Journal of Clinical Lipidology* Volume 12, Issue 5, September–October 2018, 1113-1122. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30055973>
- <sup>27</sup> Medical nutritional therapy: Disorders of lipid metabolism <https://www.andeal.org/topic.cfm?menu=5284&cat=5231> (consulté le 15 octobre 2018).

- 
- <sup>28</sup> HEBERT JR, EBELING CB, OCKENE IS et al. A Dietitian-Delivered Group Nutrition Program Leads to Reductions in Dietary Fat, Serum Cholesterol, and Body Weight: The Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH) *J Am Diet Assoc.* 1999;99:544–552.
- <sup>29</sup> Effectiveness of MNT for obesity (2009). AND Evidence base library. <https://www.andeal.org/topic.cfm?menu=5284&cat=4171> (consulté le 15 octobre 2018).
- <sup>30</sup> Effectiveness of MNT for hypertension (2009). AND Evidence base library. <https://www.andeal.org/topic.cfm?menu=5284&cat=4070> (consulté le 15 octobre 2018).
- <sup>31</sup> Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, et al; KDOQI Nutrition in CKD Guideline Work Group. KDOQI clinical practice guideline for nutrition in CKD: 2020 update. *Am J Kidney Dis.* 2020;76(3)(suppl 1):S1-S107.
- <sup>32</sup> Howatson, A., Wall, C. R. et Turner-Benny, P. (2015, 1er décembre). The contribution of dietitians to the primary health care workforce. *J Prim Health Care*, 7(4), 324-332. *J Prim Health Care*, 7(4), 324-332.
- <sup>33</sup> Normes de compétences professionnelles, OPDQ 2018 <https://opdq.org/wp-content/uploads/2014/02/Normes-des-competences-professionnelles.pdf>
- <sup>34</sup> Tessier, A. J., Wing, S. S., Rahme, E., Morais, J. A., & Chevalier, S. (2019). Physical function-derived cut-points for the diagnosis of sarcopenia and dynapenia from the Canadian longitudinal study on aging. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 10(5), 985-999.
- <sup>35</sup> Allard, J. P., Keller, H., Jeejeebhoy, K. N., Laporte, M., Duerksen, D. R., Gramlich, L., ... & Lou, W. (2016). Malnutrition at hospital admission—contributors and effect on length of stay: a prospective cohort study from the Canadian Malnutrition Task Force. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(4), 487-497.
- <sup>36</sup> Keller H., Payette H., Laporte M., Bernier P., Allard J., Duerksen D., Gramlich L., Jeejeebhoy K. (2018) Patient-reported dietetic care post hospital for free-living patients: a Canadian Malnutrition Task Force Study. *J Hum Nutr Diet.* 31, 33–40 <https://doi.org/10.1111/jhn.12484>
- <sup>37</sup> Keller, H., Allard, J. P., Laporte, M., Davidson, B., Payette, H., Bernier, P., ... & Gramlich, L. (2015). Predictors of dietitian consult on medical and surgical wards. *Clinical Nutrition*, 34(6), 1141-1145.
- <sup>38</sup> Raynaud, A., Revel-Delhom, C., Haslé, M. A., Lecocq, J. M., Lefèvre, M. M. P., Lurcel, J., ... & Perette, M. M. A. (2007). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée Management strategies in cases of protein-energy malnutrition in the elderly. *Nutrition clinique et métabolisme*, 21, 120-133.
- <sup>39</sup> Laporte, M., et al. “Validity and reliability of the new Canadian Nutrition Screening Tool in the ‘real-world’ hospital setting.” *European journal of clinical nutrition* 69.5 (2015): 558-564.
- <sup>40</sup> Plan d’action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2017.
- <sup>41</sup> Politique-cadre de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2020.
- <sup>42</sup> Enquête sur la situation en nutrition clinique dans les CHSLD. ODNQ, mars 2021
- <sup>43</sup> Keller H., Allard J., Vesnaver E., Laporte M., Gramlich L., Bernier P., Davidson B., Duerksen D., Jeejeebhoy K., Payette H. (2015) Barriers to food intake in acute care hospitals: a report of the Canadian Malnutrition Task Force. *J Hum Nutr Diet.* 28, 546–557 doi:10.1111/jhn.12314
- <sup>44</sup> Keller H.H., Vesnaver E., Davidson B., Allard J., Laporte M., Bernier P., Payette H., Jeejeebhoy K., Duerksen D. & Gramlich L. (2014) Providing quality nutrition care in acute care hospitals: perspectives of nutrition care personnel. *J Hum Nutr Diet.* 27, 192–202 doi:10.1111/jhn.12170