

Montréal, le 24 novembre 2015

**Dr Gaétan Barrette**

Ministre de la Santé et des Services sociaux  
1075, chemin Sainte-Foy, 15<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1

**Objet : Projet de règlement sur la certification des résidences privées pour aînés – commentaires de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec**

Monsieur le Ministre,

En réponse à la parution du projet de règlement sur la certification des résidences pour aînés à la *Gazette officielle du Québec* du 14 octobre dernier, nous vous prions de trouver ci-après les commentaires de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (ci-après l'« Ordre »).

**Mise en contexte**

L'Ordre a pour mission 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 nutritionnels 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 le développement et la reconnaissance des compétences de ses 3 000 membres, lesquels exercent dans les secteurs de l'agroalimentaire, de la nutrition clinique, de la gestion des services d'alimentation et de la nutrition en santé publique.

L'Ordre accueille favorablement le projet de modifications au Règlement visant le contrôle de la qualité des résidences pour aînés, ayant été à même de constater certaines pratiques ou situations qui bénéficieraient d'un encadrement plus précis. L'introduction de quatre catégories plutôt que deux catégories de résidences témoigne des besoins multiples et évolutifs des aînés.

Le lien entre l'alimentation, l'état nutritionnel et la santé n'est aujourd'hui plus à démontrer. La nutrition est une composante centrale du traitement des maladies chroniques, des effets secondaires de la médication et de symptômes liés à la progression de maladies dégénératives (par exemple la dysphagie ou la constipation)<sup>i</sup>. De plus, un pauvre état nutritionnel peut contribuer à exacerber des limitations fonctionnelles, et les limitations fonctionnelles peuvent contribuer à accélérer la perte d'autonomie et le déclin de la santé globale des personnes<sup>ii</sup>. Avec l'âge, l'atteinte d'un état nutritionnel optimal se précarise et est compliquée par un ensemble de facteurs normaux et pathologiques.

L'approche nutritionnelle, tout au long de la vie, vise à maintenir ou rétablir l'état nutritionnel tout en optimisant la qualité de vie. Plus particulièrement chez les aînés en perte d'autonomie, l'évaluation par les diététistes/nutritionnistes de l'état nutritionnel permettra de déterminer le plan de traitement nutritionnel visant à diminuer 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. Pour ce faire, l'offre alimentaire doit pouvoir répondre aux besoins spécifiques de la personne âgée; elle doit donc être variée et doit pouvoir être individualisée.

Les membres de l'OPDQ occupent également une place importante au sein des services d'alimentation responsables de la production de l'offre alimentaire. À titre de gestionnaires, les diététistes/nutritionnistes optimisent la planification, la production et la distribution de l'offre alimentaire aux personnes hébergées, afin de répondre à leurs besoins nutritionnels particuliers et complexes.

Nos commentaires seront de deux ordres. Dans un premier temps, nous aborderons globalement les mesures proposées en fonction des rôles que nos membres sont appelés à jouer auprès des personnes âgées en résidence privée. Ensuite, nous traiterons de façon spécifique de certaines dispositions qui soulèvent, selon nous, quelques observations et questionnements et pour lesquelles des ajustements pourraient s'avérer positifs au regard de la qualité des soins offerts.

### Commentaires généraux

En septembre 2011, dans le cadre des travaux de l'Assemblée nationale, l'OPDQ présentait des commentaires sur le projet de loi n°16 : *Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux* afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences pour personnes âgées. À ce moment, l'Ordre avait souligné qu'une préoccupation était présente quant à l'interprétation qui serait faite des critères de la qualité de l'offre en ce qui a trait aux services de repas. Nous réitérons d'ailleurs ces propos dans cette lettre, particulièrement au niveau de l'article 53, tel que vous le verrez à la section « Commentaires spécifiques ».

Tel que décrit dans le présent projet de règlement, les résidences privées appartiennent à quatre catégories, reflétant différents niveaux de services liés aux incapacités des personnes âgées et donc aussi d'un niveau de fragilité croissant. Les catégories 3 et 4, offrant des services aux personnes âgées semi-autonomes, doivent se conformer à l'offre d'au moins deux services, incluant les repas. Ainsi, une résidence privée n'est pas dans l'obligation d'inclure ce service, peu importe le niveau d'autonomie de la clientèle qu'elle dessert. Dans ce contexte, l'Ordre est préoccupé du risque nutritionnel que cela introduit pour cette population vulnérable. En effet, pour une personne âgée en perte d'autonomie avec des incapacités physiques, se nourrir adéquatement demande beaucoup d'efforts et de ressources, incluant les déplacements pour acheter ses aliments, et les capacités physiques et cognitives pour les préparer. **L'OPDQ recommande que le ministère de la santé et de services sociaux évalue la possibilité d'échelonner l'offre de service des repas selon la catégorie des résidences afin de mieux refléter les besoins évolutifs de la personne âgée selon son niveau d'autonomie.**

Les résidences privées pour aînés sont desservies par les programmes de soutien à domicile des CISSS et CIUSSS lorsque des services professionnels sont requis en nutrition clinique. L'accès à ces services est limité en raison d'un grand nombre de demandes en nutrition dans ces programmes et donc, non seulement l'attente est élevée, mais il n'est pas garanti que le service soit offert. Selon un sondage effectué auprès des membres de l'OPDQ en 2012, la dénutrition sévère et modérée est rapportée comme une des raisons principales d'interventions auprès de la clientèle des diététistes/nutritionnistes œuvrant dans les programmes de soutien à domicile<sup>iii</sup>. La dénutrition est un problème qui ne peut être ignoré chez les personnes vulnérables. Parmi les personnes âgées recevant des services à domicile en Europe et en Amérique du Nord dont le Québec, on rapporte, selon l'outil d'évaluation utilisé, une prévalence de la dénutrition de 5 à 15 % et un risque nutritionnel chez 10 à 60 % d'entre eux<sup>iv</sup>. Plus précisément, une étude de 2007, réalisée au Québec, soulignait un risque nutritionnel élevé chez 60 % de la population vivant à domicile<sup>v</sup>. **L'OPDQ recommande que soit instauré, lors de l'admission, puis périodiquement, un dépistage des problèmes nutritionnels permettant qu'une intervention précoce soit mise en place et limitant ainsi les complications et la perte d'autonomie. Ce dépistage pourrait être effectué par du personnel non spécialisé à l'aide d'un outil validé de deux questions<sup>vi</sup>.**

Outre les critères de certification visant à offrir des soins et services de qualité et sécuritaires, le règlement soulève également des enjeux liés à la santé publique, notamment afin d'agir en prévention et de miser davantage sur l'autonomie des personnes en résidences privées. Ainsi, l'Ordre estime que

diverses mesures populationnelles pourraient être considérées par les résidences. Par exemple, la possibilité d'offrir des activités en lien avec la cuisine, la manipulation d'aliments ou le jardinage. Ces activités améliorent non seulement la qualité de vie des personnes dans ces milieux mais peuvent contribuer au maintien de l'état nutritionnel et de l'autonomie des personnes âgées. Nous sommes aussi d'avis que des dispositions relatives à l'aménagement des salles à manger et du temps alloué aux repas devraient être prévues au règlement afin d'assurer un environnement alimentaire favorable au maintien de la qualité de vie, de l'état nutritionnel, et donc de la santé.

### Commentaires liés à des dispositions spécifiques

#### **Article 2, paragraphe 4°**

Le règlement introduit une nouvelle disposition : «le fait, pour un exploitant, de suspendre de façon occasionnelle ou répétée la fourniture ou la disponibilité de ce service n'a pas pour effet de lui enlever son caractère régulier».

Bien que nous comprenions que cela vise le processus de certification et de ses critères, cette disposition introduit un élément important d'incertitude et un risque de préjudice pour le résident qui pourrait ne pas être en mesure de s'alimenter adéquatement lors de ces interruptions. **L'Ordre recommande ainsi de préciser la disposition afin qu'elle mentionne que les résidences devraient prévoir des mesures lorsque l'interruption se prolonge ou est d'une durée qui introduit un risque de préjudice pour la personne âgée.**

#### **Article 11, paragraphe 7° et article 37, paragraphe 2°**

Selon nous, le règlement devrait mettre tout en œuvre pour que les résidences pour aînés fassent mention des limites de leurs offres et services en alimentation. En effet, les résidences peuvent accueillir une clientèle diversifiée selon les différentes catégories. Ces personnes âgées peuvent présenter plusieurs problèmes ou conditions médicales qui requièrent un traitement nutritionnel spécifique (diabète, parkinson, trouble de la déglutition, dyslipidémies, etc.), qui outrepassent largement le contexte du Guide alimentaire canadien mentionné à l'article 53. Tel que rédigé, nous comprenons que le règlement permet à une résidence de refuser une personne âgée qui aurait des besoins particuliers, ou une « incapacité », telle qu'une allergie alimentaire ou un trouble de déglutition qui nécessite une adaptation des textures et consistances des aliments. Ces besoins peuvent par ailleurs survenir une fois que la personne habite dans la résidence privée. **L'Ordre est ainsi d'avis qu'il est d'autant plus important, afin d'assurer un choix éclairé et des soins de santé appropriés et sécuritaires, que les résidences fournissent de l'information claire et complète à cet effet.** Une offre alimentaire mal adaptée qui ne répond pas aux besoins de la personne âgée contribuera à accélérer sa perte d'autonomie et engendrera des coûts au système de santé en augmentant la fréquence et la durée d'hospitalisation de courte durée, par exemple.

#### **Article 25**

Les diététistes/nutritionnistes peuvent être appelés à administrer des médicaments dans le cadre de l'évaluation nutritionnelle, afin de déterminer le plan de traitement et d'en effectuer la surveillance. À titre d'exemple, l'évaluation de la déglutition au chevet, pour déterminer le plan de traitement nutritionnel, peut inclure la déglutition des médicaments, cette dernière étant fréquemment problématique. L'administration des médicaments permet aux diététistes/nutritionnistes de recommander, le cas échéant, la modification de la forme des médicaments, que le médecin, l'infirmière ou le pharmacien verra à ajuster selon la condition du patient. Dans le contexte de certaines pathologies et situations, notamment le diabète et le soutien nutritionnel, l'administration de médicaments permettrait également aux diététistes/nutritionniste de supporter la personne âgée en complétant les enseignements nécessaires qui ont un lien avec le plan de traitement nutritionnel, en répondant aux questions et ainsi renforcer le travail de l'équipe interdisciplinaire.

**L'Ordre est d'avis qu'il y aurait lieu, dans une optique d'approche collaborative, d'élargir la définition de « professionnels » de l'article 3.3 du Règlement sur l'exercice des activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 du Code des professions.**

**Article 29, paragraphe 2°b)**

Les préposés aux bénéficiaires sont, pour la plupart du temps, les intervenants qui assisteront les aînés aux repas lorsque ces derniers requièrent une aide pour s'alimenter. La connaissance des besoins particuliers qui entourent la prise alimentaire sécuritaire des aînés est essentielle pour les bénéficiaires. À titre d'exemple, le temps alloué aux repas est un facteur qui a été associé à l'état nutritionnel des personnes âgées en centre d'hébergement. Les préposés aux bénéficiaires, s'ils possèdent la formation appropriée, pourraient également contribuer, en collaboration avec les infirmières, au dépistage des problèmes nutritionnels et ainsi éviter des complications liées à un état nutritionnel sous-optimal. **L'Ordre estime que l'alimentation et l'aide aux repas devraient faire partie de l'énumération.**

**Article 50**

L'Ordre souhaite porter à l'attention du Ministre que la déclaration d'incidents et d'accidents devrait inclure ceux liés à l'alimentation, particulièrement lors de situations où les modifications de l'alimentation pour des problématiques spécifiques ne sont pas effectuées, par exemple en présence d'une allergie alimentaire ou de trouble de la déglutition ou à la suite d'une toxi-infection alimentaire.

**Article 53**

Le libellé du règlement requiert des « ... menus variés conformes au Guide alimentaire canadien publié par Santé Canada et adaptés aux besoins nutritionnels particuliers des personnes âgées... L'exploitant doit conserver l'historique des repas servis pour des fins de vérification. »

**L'Ordre accueille favorablement la volonté de pouvoir procéder à une vérification des repas servis. Cependant, il est d'avis que cet article est trop général. Nous réitérons, conformément à notre mémoire de septembre 2011, que des critères précis et adaptés devraient être définis pour l'élaboration et la validation de menus.** Cela permettrait notamment que soit effectuée la validation souhaitée par le règlement. En l'absence de tels critères clairs et mesurables, l'Ordre questionne le processus de validation éventuel. Toutes les personnes âgées d'une même résidence ne peuvent avoir les mêmes besoins, ces derniers étant dépendants d'un ensemble de facteurs internes et externes, dont les conditions médicales, la médication, l'âge, le niveau d'activité, les déficits cognitifs, etc. Par ailleurs, pour certaines personnes, des plans de traitements nutritionnels individuels seront déterminés par le médecin ou le diététiste/nutritionniste. Quel sera alors le mécanisme de vérification permettant de s'assurer que les résidences se conforment à ces plans de traitements et répondent conséquemment aux besoins nutritionnels?

En outre, le vieillissement normal s'accompagne de plusieurs changements physiques et métaboliques. Ces changements, à eux seuls, peuvent affecter négativement l'état nutritionnel de la personne âgée. La perte de masse musculaire affectant le métabolisme basal, la diminution de la perception des saveurs et une difficulté à la mastication liée à des changements bucco-dentaires sont tous des exemples qui affecteront l'alimentation de la personne âgée<sup>vii</sup>. Ces raisons viennent à nouveau appuyer le besoin de définir des critères précis et adaptés dans le développement de l'offre alimentaire aux personnes âgées qui vivent en résidence privée.

L'Ordre reconnaît que le Guide alimentaire canadien (GAC) vise à répondre aux besoins en vitamines, minéraux et éléments nutritifs et peut donc constituer un outil de départ et une référence pertinente pour les résidences privées qui développent leur offre alimentaire. Par contre, le GAC vise davantage à prévenir les maladies chroniques et maintenir la santé plutôt que de traiter ces problèmes. De plus, le GAC contient peu de recommandations spécifiques aux personnes âgées et ne tient pas compte des changements physiques et métaboliques mentionnés précédemment. **L'Ordre est donc d'avis que des critères plus ciblés, incluant des aspects nutritionnels, organoleptiques, socio-culturels et portant sur l'environnement et l'innocuité des aliments** répondraient beaucoup mieux aux besoins des

personnes âgées et encadreraient davantage les résidences privées dans leur offre alimentaire. De tels critères sont d'ailleurs présents dans d'autres modèles hors-Québec, notamment en Ontario et en Europe<sup>viii</sup>.

## Conclusion

L'Ordre est conscient que les commentaires et recommandations soumis précédemment sont susceptibles de requérir des changements significatifs au sein du règlement. Néanmoins, ces modifications sont réalistes et nécessaires si l'on veut favoriser la sécurité et la santé des aînés qui sont accueillis dans les résidences privées. Nous croyons par ailleurs que les diététistes/nutritionnistes œuvrant en gestion et en nutrition clinique sont des collaborateurs et des ressources essentielles pour y parvenir. Leur expertise en matière d'alimentation et de nutrition humaine en font des partenaires de choix, favorisant la mise en place stratégique de telles mesures.

Nous demeurons disponibles pour tout échange et pour toute question complémentaire relative aux présents commentaires.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments distingués.

La présidente,

Paule Bernier, Dt.P., M.Sc.

L'Ordre tient à remercier les comités aviseurs sectoriels pour leur contribution aux commentaires formulés dans la présente.

---

<sup>i</sup> Collectif d'auteurs. Manuel de nutrition clinique en ligne. Ordre professionnel des diététistes du Québec, Montréal. 2000-2015

<sup>ii</sup> Ferland G. Alimentation et vieillissement, 3e éd. Canada : Paramètres, 2012.

<sup>iii</sup> Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec sur les ratios d'effectifs en nutrition pour la population nécessitant des soins à domicile, septembre 2013.

<sup>iv</sup> E. Topinková, Aging, disability and frailty, *Ann Nutr Metab* 2008; 52 Suppl 1:6-11.

Watterson C. Evidence based guidelines for nutritional management of malnutrition in adult patients across the continuum of care. *Nutr Diet*. 2009;66(Suppl 3):S1-34

<sup>v</sup> 13 Roberts KC. Predictors of nutritional risk in community-dwelling seniors. *Can J Public Health*. 2007 Jul-Aug;98(4):331-6.

<sup>vi</sup> <http://nutritioncareincanada.ca/fr/ressources/>

<sup>vii</sup> Ferland G. Alimentation et vieillissement, 3e éd. Canada : Paramètres, 2012.

<sup>viii</sup> Manual for awardees/operators in the preparation for occupancy  
[http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ltc\\_redev/dev\\_tools/awardee\\_prep/pdf/dietary\\_review\\_tool.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ltc_redev/dev_tools/awardee_prep/pdf/dietary_review_tool.pdf)

Résolution ResAP(2003)3 sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux.

<https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=85733&Site=CM>