



## COMITÉ DES USAGERS



## L'APPROCHE NUTRITIONNELLE DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT DU CSSS RICHELIEU-YAMASKA



MÉMOIRE PRÉSENTÉ AU DIRECTEUR GÉNÉRAL  
DU CSSS RICHELIEU-YAMASKA

FÉVRIER 2009

# Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>L'APPROCHE NUTRITIONNELLE.....</b>	<b>2</b>
L'ÉTAT NUTRITIONNEL DES PERSONNES HÉBERGÉES .....	2
LA DÉNUTRITION, UN PHÉNOMÈNE MULTIFACTORIEL.....	3
LA PRÉVENTION DE LA DÉNUTRITION CHEZ LES PERSONNES HÉBERGÉES .....	4
L'ÉVALUATION ET LE SUIVI DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL DES PERSONNES HÉBERGÉES.....	4
<b>LES ALIMENTS, ADAPTÉS AUX BESOINS DES RÉSIDENTS DYSPHAGIQUES.....</b>	<b>6</b>
LA DYSPHAGIE ET LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION .....	6
LES PERSONNES ÂGÉES OU DYSPHAGIQUES, TROP SOUVENT DÉSHYDRATÉES.....	6
<b>L'ALIMENTATION DANS NOS CENTRES D'HÉBERGEMENT .....</b>	<b>8</b>
LES ALIMENTS ADAPTÉS .....	8
COMMENTAIRES DES RÉSIDENTS .....	8
OBSERVATIONS DES RÉSIDENTS .....	9
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>11</b>
LE QUESTIONNEMENT .....	11
LES RECOMMANDATIONS.....	11
<i>L'évaluation et le suivi de l'état nutritionnel des personnes hébergées .....</i>	<i>11</i>
<i>Les personnes dysphagiques ou souffrant de troubles de déglutition .....</i>	<i>12</i>
<i>Adapter l'approche nutritionnelle aux besoins des résidents .....</i>	<i>12</i>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>13</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>14</b>

---

**Document réalisé par le comité des usagers  
Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska  
Février 2009**

Selon le contexte, le genre masculin ou le genre féminin est utilisé dans le présent document pour en faciliter la lecture et la compréhension. L'utilisation du genre masculin inclut le genre féminin et vice-versa, sauf si le contexte ne s'y prête pas.

# **L'APPROCHE NUTRITIONNELLE DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT DU CSSS RICHELIEU-YAMASKA**

**Mémoire présenté par le comité des usagers  
Février 2009**

## **Introduction**

Depuis plus d'un an, à la demande des représentants des comités de résidents, le comité des usagers se penche sur le dossier nutritionnel des cinq centres d'hébergement de l'établissement, en lien avec des situations vécues dans chacune de ces installations.

Régulièrement, les membres des comités de résidents nous font part de problèmes ou d'insatisfactions récurrentes concernant principalement : l'approche nutritionnelle, la composition des menus, les aliments adaptés, le contenu des collations, le temps alloué au personnel pour faire manger les personnes en perte d'autonomie, ainsi que le déroulement, la durée et les heures des repas. Jusqu'à maintenant, nous avons traité ces situations cas par cas, toujours avec la franche et pleine collaboration des autorités compétentes.

Dans ce contexte et à la lumière des situations observées dans ces différents milieux, nous croyons important de faire le point sur l'ensemble du dossier nutritionnel en apportant une attention particulière à la qualité de l'approche que les résidents aimeraient retrouver dans leurs centres d'hébergement.

Nous partons du principe qu'une saine alimentation est importante tout au long de la vie. Bien manger aide les gens à demeurer en santé et fournit l'énergie nécessaire aux activités quotidiennes, si minimes soient-elles. Pour les personnes plus âgées ou en perte d'autonomie, une saine alimentation peut faire la différence entre un mode de vie actif ou semi-actif et entre la perte plus ou moins grande d'autonomie et l'invalidité.

En conformité avec une fonction importante de notre comité, qui consiste à travailler à l'amélioration des conditions de vie des usagers, nous croyons important de partager notre réflexion, nos commentaires et nos recommandations sur le sujet avec les premiers responsables de cet important dossier : les autorités de CSSS Richelieu-Yamaska.

Tout d'abord, nous aborderons, à partir d'une revue non exhaustive de la littérature sur le sujet, différents aspects d'une approche nutritionnelle multidisciplinaire centrée sur les besoins des personnes hébergées. Nous traiterons, par la suite, de la situation et des besoins des personnes dysphagiques ou souffrant de troubles de déglutition. En troisième lieu, nous nous mettrons à l'écoute des résidents, en partageant les commentaires et les observations qu'ils nous ont transmis. Enfin, nous formulerons quelques recommandations relatives aux sujets traités, à savoir : l'évaluation et le suivi de l'état nutritionnel des personnes hébergées; la situation des personnes dysphagiques ou souffrant de troubles de déglutition et l'adaptation de l'approche nutritionnelle des centres d'hébergement aux besoins des résidents.

## L'approche nutritionnelle

### L'état nutritionnel des personnes hébergées

L'état nutritionnel des personnes hébergées est un élément essentiel au maintien de leur potentiel d'autonomie. Plusieurs études montrent en effet que, même à un âge avancé, l'état de nutrition influence la résistance aux infections, la vitalité, le bien-être, les capacités fonctionnelles, le risque de fracture de la hanche et la réadaptation. Comme ces personnes sont plus vulnérables physiquement, psychologiquement, économiquement et socialement, elles présentent donc plus de risques nutritionnels que les individus d'autres catégories.<sup>1</sup>

Force est de constater que les personnes âgées, malades (maladies métaboliques, maladies chroniques ou neurodégénératives), seules ou déprimées, se désintéressent souvent de leur alimentation. Toutes ces situations créent, à plus ou moins long terme, des déficiences nutritionnelles qui affectent l'autonomie de la personne, son immunité et sa capacité de réadaptation. Une personne âgée qui mange peu durant trois jours est déjà à risque élevé de dénutrition. Des solutions existent : il faut s'assurer de les appliquer rapidement.

***Parmi la population, les personnes en perte d'autonomie représentent un groupe particulièrement à risque de malnutrition.***

- ❖ D'après les experts, elles présentent fréquemment des carences d'apports énergétiques et nutritionnels.
- ❖ Leur degré de dépendance dans les activités de la vie quotidienne est fortement lié à la qualité de leur alimentation et à l'apport nutritionnel.
- ❖ Il est documenté que la prévalence de la dénutrition est de 12 % à 37 % chez les aînés vivant à domicile et de 25 % à 85 % chez les aînés hospitalisés ou institutionnalisés.<sup>2</sup>

Ce phénomène a des conséquences importantes sur la santé et les coûts qui y sont associés.

***De plus, les conséquences de la dénutrition sont graves.***<sup>3</sup>

- ❖ Elle augmente la morbidité infectieuse de 2 à 6 fois et multiplie le risque de mortalité par 2 à 4.
- ❖ Elle multiplie aussi par 2 à 4 la durée d'hospitalisation pour la même affection.
- ❖ Elle peut être responsable de l'épuisement des réserves de l'organisme, de la perte d'autonomie et du décès.

Il n'est pas normal de retrouver des taux de dénutrition si élevés en centre d'hébergement, là où les services appropriés se doivent d'être dispensés. Pouvons-nous nous assurer que ce n'est pas le cas dans nos cinq centres d'hébergement, car il ressort clairement, selon les représentants des comités de résidents, que la dénutrition y reste insuffisamment identifiée et peu traitée.

<sup>1</sup> Groupe de recherche Université de Montréal / Université McGill, *Protocole interdisciplinaire de dépistage et d'intervention sur les troubles nutritionnels*, 2001.

<sup>2</sup> Bergeron, L. et Pouliot F., nutritionnistes, *Non, ce n'est pas normal de si mal se nourrir!*, La Presse, Décembre 2008.

<sup>3</sup> Ibidem

## La dénutrition, un phénomène multifactoriel

Une alimentation insuffisante est responsable d'un état de dénutrition difficilement réversible chez les sujets âgés ou en perte sévère d'autonomie. L'identification précoce des personnes à risques et leur prise en charge sur le plan alimentaire devraient donc être priorisées dès les premiers signes d'altération de leur état nutritionnel comme la baisse des apports alimentaires ou la perte de poids.

Ces pratiques préventives auront pour effet de maintenir, et peut-être même d'améliorer, le niveau d'autonomie de ces personnes, alors que la détérioration de celui-ci entraînera inévitablement leur degré de dépendance et, bien sûr, une augmentation considérable des soins requis, des ressources cliniques appropriées et des coûts de santé liés à la détérioration de leur état.<sup>4</sup>

***Outre le vieillissement physiologique qui joue un rôle considérable dans l'apparition d'une malnutrition, l'environnement de la personne hébergée ne doit pas être négligé :<sup>5</sup>***

- ❖ Des problèmes psychologiques comme la dépression et les troubles cognitifs influencent directement les comportements alimentaires.
- ❖ Des problèmes sociaux comme la pauvreté, la solitude, l'isolement, la déprime, la perte de convivialité pendant les repas, tout cela est susceptible de déclencher une réponse négative chez ces individus qui s'alimentent alors de moins en moins.
- ❖ Il arrive également que la malnutrition soit consécutive aux besoins accrus du métabolisme lors de traumatismes, septicémies, interventions chirurgicales majeures et autres stress métaboliques.

***D'autres causes de malnutrition :***

- ❖ Le manque d'intérêt et le fatalisme face à la nutrition du malade âgé;
- ❖ La malnutrition à des degrés divers non diagnostiquée;
- ❖ L'absence ou l'initiation tardive de l'évaluation et du traitement nutritionnel;
- ❖ L'omission fréquente de peser et de mesurer les patients à l'admission et l'absence de suivi du poids par la suite;
- ❖ L'omission d'évaluer les handicaps physiques pouvant influencer la prise alimentaire (troubles de déglutition, tremblements, vision diminuée, etc.);
- ❖ L'insuffisance de temps alloué ou l'insuffisance d'aide au moment des repas et pour la prise de suppléments nutritifs entre les repas;
- ❖ La chirurgie sans intervention nutritionnelle préalable chez un malade dont l'état nutritionnel est sévèrement carencé;
- ❖ L'effet des médicaments sur l'appétit, l'absorption et l'utilisation des nutriments.

Malgré l'avancée en âge et la perte d'autonomie des personnes hébergées, l'alimentation reste un acte essentiel de la vie quotidienne et nous croyons qu'elle doit demeurer une source de plaisir et de convivialité.

<sup>4</sup> Bianchetti et al., 1990.

<sup>5</sup> Lacroix Ginette L., Dt.p., Tremblay Francine, Dt.p. et Kallai-Sanfaçon, Mary-Ann Ph.D., CSPQ, FCACB, *Le dépistage et le suivi de traitement de la malnutrition chez des personnes hospitalisées de 65 ans et plus*, Service de nutrition clinique et Service de biochimie, Hôpital Jean-Talon, Montréal, 2003.

## La prévention de la dénutrition chez les personnes hébergées

Il est bien connu que la situation sanitaire des personnes âgées est en partie conditionnée par leur état nutritionnel. Il nous apparaît alors de première importance de réaliser une évaluation de la situation nutritionnelle des individus lors de leur admission en centre d'hébergement. Cette opération permet d'identifier les personnes à risques de carences énergétiques et nutritionnelles et d'élaborer, dès leur admission, une stratégie pour prévenir et lutter contre les problèmes nutritionnels éventuellement rencontrés<sup>6</sup>.

***Stratégie de prise en charge nutritionnelle de la personne admise en centre d'hébergement :***

- ❖ Dépister la dénutrition chez toutes les personnes admises en centre d'hébergement;
- ❖ Confirmer le diagnostic de la dénutrition, s'il y a lieu, et estimer son degré de sévérité;
- ❖ Mettre en œuvre une démarche thérapeutique précoce et adaptée;
- ❖ Évaluer régulièrement l'observance, la tolérance et l'efficacité de la prise en charge de la dénutrition et réadapter, si besoin, la démarche thérapeutique à l'état clinique de chaque personne;
- ❖ Activer et coordonner la collaboration de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de la personne dénutrie.

Les mesures concernant le suivi des cas de dénutrition pourraient relever de l'équipe multidisciplinaire, être intégrées au plan d'intervention individuel et supervisées par le médecin traitant. L'évaluation de l'état nutritionnel devrait alors figurer dans le dossier du résident et son évolution, suivie régulièrement pendant toute la durée de l'hébergement.

## L'évaluation et le suivi de l'état nutritionnel des personnes hébergées

Depuis vingt ans, la documentation confirme l'existence de taux importants de malnutrition au sein de la population hébergée. La malnutrition rencontrée chez la personne hébergée s'installe souvent après une longue période de carence. Elle est le résultat d'un déséquilibre entre les apports en énergie et en nutriments d'une part, et les besoins d'autre part.<sup>7</sup>

Comme nous l'avons constaté plus haut, il ne semble pas y avoir d'évaluation systématique et de suivi régulier de l'état nutritionnel effectués auprès des résidents de nos cinq centres d'hébergement. Cela nous apparaît anormal, étant donné l'état de santé de plus en plus précaire des personnes hébergées.

Il est important de préciser que le dépistage nutritionnel est une approche proactive pour améliorer le bien-être nutritionnel des personnes en perte d'autonomie. Dans le cas qui nous concerne, elle consiste à identifier les problèmes potentiels de nutrition des personnes hébergées avant que l'invalidité ou la maladie ne s'aggravent.

---

<sup>6</sup> Bryna Shatenstein Ph.D. P.Dt., Dépistage nutritionnel des aînés en perte d'autonomie à Montréal, Québec, Université de Montréal, 2002.

<sup>7</sup> Ibidem.

Pour assurer le succès de ce programme de dépistage et de suivi nutritionnel, un nombre suffisant de ressources professionnelles en nutrition doivent être disponibles afin de répondre adéquatement aux besoins de toutes les personnes hébergées.

***Un service de nutrition adapté aux besoins de nos centres d'hébergement***

Le service de nutrition en hébergement pourrait être constitué d'au moins une diététiste et de techniciennes en diététique spécialement affectées à cette fin.

*Rôle et responsabilités de la diététiste :*

- ❖ Faire une évaluation nutritionnelle des résidents nouvellement admis et de ceux jugés à risques lors des rencontres des équipes interdisciplinaires (L'évaluation nutritionnelle requiert les compétences d'une diététiste professionnelle).
- ❖ Établir un plan de soins nutritionnels adapté aux besoins et à la condition médicale du résident tout en respectant ses habitudes alimentaires. En faire le suivi.
- ❖ Rencontrer et informer les résidents et leur famille des changements apportés à leur plan alimentaire individuel. Les encourager et leur donner du support pour maintenir de bonnes habitudes alimentaires.
- ❖ Informer le personnel sur tous les aspects susceptibles d'améliorer l'état nutritionnel des résidents.

*Rôle et responsabilités des techniciennes en diététique :*

- ❖ Travailler en étroite collaboration avec le résident, ses proches et l'équipe clinique.
- ❖ Recueillir des informations et faire des observations en lien avec ce qui entoure l'activité du repas.
- ❖ Rencontrer les résidents, les proches et les intervenants : c'est vers elle que convergent les spécifications concernant les préférences alimentaires et les diètes prescrites.
- ❖ Proposer des alternatives ou des correctifs, lorsque nécessaire, dans un souci constant de répondre aux besoins des résidents et d'améliorer leur qualité de vie.

Une fois ce programme bien implanté dans les centres d'hébergement il y aurait tout intérêt, pour l'établissement, à rendre ce service disponible dans chacun de ses CLSC, afin de prévenir la détérioration de l'état de santé de certaines personnes âgées encore autonomes, mais identifiées comme personnes à risques sur le plan de la nutrition.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Heather Keller, Dt.P., Ph.D. et Diététistes du Canada, *Mise en œuvre du dépistage nutritionnel chez les personnes âgées au Canada*, Université de Guelph, 2003.

## Les aliments, adaptés aux besoins des résidents dysphagiques

Plusieurs études nous enseignent que les troubles de la déglutition sont fréquents dans la population âgée et chez les personnes atteintes de maladies dégénératives. Ils peuvent rapidement représenter une menace vitale : fausses routes, pneumopathie d'inhalation, dénutrition, déshydratation, etc.<sup>9</sup>

### La dysphagie et les troubles de la déglutition

Les études<sup>10</sup> nous apprennent que les troubles de la déglutition peuvent être responsables de complications nutritionnelles avec un risque de dénutrition (qui peut elle-même aggraver les troubles de déglutition), de déshydratation et de complications respiratoires. Ainsi, ils sont un facteur important de mortalité.

Par ailleurs, les troubles de la déglutition altèrent sérieusement la qualité de vie des personnes concernées (peur des fausses routes, allongement de la durée du repas, isolement par peur du regard des autres, etc.). De plus, un état de dénutrition est aussi souvent associé, de façon significative, à une dysphagie et à une lenteur d'administration des repas.

**La prévalence des troubles de déglutition augmente avec l'âge :<sup>11</sup>**

- ❖ 10 % pour les sujets âgés de 65 à 74 ans vivants à domicile;
- ❖ 30 % à 40 % après 85 ans;
- ❖ Jusqu'à 60 % dans les centres d'hébergement de soins de longues durées.

Cette pathologie semble peu diagnostiquée et insuffisamment prise en charge. Pourtant, la dysphagie est une pathologie prévalente dans tous les centres de soins aigus.

La prise en charge de la dysphagie et des troubles de la déglutition, comme pour l'évaluation nutritionnelle, nécessite une approche interdisciplinaire qui permettra de les reconnaître, de faire une évaluation complète et d'établir un plan d'intervention adapté au résident et à son milieu. Cette démarche professionnelle permet d'assurer, aux individus concernés, un niveau d'apport nutritionnel suffisant, une hydratation correcte et une qualité de vie acceptable.

### Les personnes âgées ou dysphagiques, trop souvent déshydratées

La déshydratation apparaît à la suite d'une réduction des apports liquidiens et à l'augmentation des pertes de liquides. Les problèmes de déglutition, la peur de l'incontinence, la réduction de la mobilité ou encore la diminution de l'état de conscience sont les principales raisons pour lesquelles les personnes âgées ou dysphagiques réduisent leurs apports liquidiens.

<sup>9</sup> S. Allepaerts, S. Delcourt, J. Petermans, *Les troubles de la déglutition : un problème trop souvent sous-estimé*, Revue médicale, Liège, 2008.

<sup>10</sup> Blouin, Nathalie, MD, *La dysphagie : L'évaluation et la prise en charge*, La médecine hospitalière, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, juin 2006.

<sup>11</sup> Ibidem (La Dre Blouin est omnipraticienne à l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) et chargée d'enseignement clinique à l'Université de Montréal. Elle est le médecin responsable de la Clinique externe de dysphagie de l'IUGM).



De plus, les pertes de liquides peuvent être augmentées par une température ambiante élevée, certains médicaments (ex. : les diurétiques et les laxatifs), des désordres gastro-intestinaux (diarrhée et vomissements) et de la fièvre. Bien que la déshydratation demeure un problème nutritionnel marquant pour les gens de ces catégories, elle est fréquemment sous-diagnostiquée.<sup>12</sup>

**Quelques données :**

- ❖ On estime que 18 % des résidents en centre d'hébergement peuvent se déshydrater au cours d'une année.
- ❖ Chez les personnes âgées dont l'état de santé est précaire, la déshydratation accentue les risques de mortalité et de maladies associées.
- ❖ Si elle n'est pas traitée, la déshydratation peut augmenter la mortalité de 50 %.
- ❖ La déshydratation peut également être à l'origine de la constipation et de la démence.
- ❖ La déshydratation serait d'ailleurs une des causes les plus fréquentes de l'état de confusion aigu des personnes âgées.

---

<sup>12</sup> S. Allepaerts, S. Delcourt, J. Petermans, *Les troubles de la déglutition : un problème trop souvent sous-estimé*, Revue médicale, Liège, 2008.

## L'alimentation dans nos centres d'hébergement

### Les aliments adaptés

Le dossier de l'alimentation adaptée pour répondre besoins spécifiques des résidents dysphagiques ou des personnes avec divers problèmes de mastication ou de déglutition est à l'étude depuis quelque temps déjà tant au niveau du comité des usagers que de quelques comités de résidents.

La situation actuelle nous montre qu'un nombre sans cesse croissant de résidents sont alimentés par de la nourriture adaptée (réduite en purée). La qualité, la préparation, la présentation et le service de ce type de nourriture préoccupent donc certaines personnes concernées qui, par l'entremise de leur comité de résidents, nous ont fait part d'observations et de commentaires pertinents.

*Leur but* : Contribuer aux efforts de l'établissement pour améliorer cette nourriture qui leur est servie trois fois par jour. Voici donc des commentaires et des observations formulés par des résidents de nos centres d'hébergement ou leurs représentants.

### Commentaires des résidents

Certaines personnes qui ont des limitations (ex. : dentition déficiente, troubles de déglutition) nécessitent que la nourriture leur soit servie sous forme de purée. Ce type de nourriture soulève un certain nombre de questions et des préoccupations concernant les aliments eux-mêmes et la façon de les servir. Voici quelques commentaires de résidents :

- La tendance est claire : la qualité des aliments réduits en purée doit être améliorée.
- Il est important de considérer toutes les étapes de la préparation des aliments et la façon de les servir : c'est loin d'être appétissant.
- Les personnes qui planifient, préparent, servent et mangent ces repas sont les plus qualifiées pour fournir des idées pour les améliorer. Sont-elles prêtes à s'impliquer?
- Lorsque les ressources financières sont limitées, il est important de faire preuve d'ingéniosité pour faire mieux avec ce que nous avons. Ça demande un petit effort.
- Nous ne pouvons pas nous limiter à attendre des réponses de l'extérieur : nous pouvons et devons faire appel à l'esprit créatif des ressources internes pour améliorer la qualité de cette catégorie d'aliments (aliments adaptés).
- Il serait intéressant de former une équipe de personnes qui se sentent interpellées par l'importance de l'alimentation pour profiter de leur expérience et de leurs idées.
- Petite pensée : Au moment de nourrir nos tout petits, combien de fois avons-nous posé le geste de porter la cuillère à notre bouche pour vérifier la température et la saveur des aliments avant de leur donner? Pouvons-nous (osons-nous) faire de même avec les aliments adaptés que nous servons à nos résidents?
- Les résidents des centres de soins de longue durée sont des personnes qui ont donné beaucoup à la société. Elles méritent d'être traitées avec considération et empathie. Reçoivent-elles la qualité de soins et la qualité de nourriture qu'elles sont en droit de recevoir? Certains résidents observent que ce n'est pas suffisamment le cas dans certains centres d'hébergement.

## Observations des résidents

Se nourrir est un besoin fondamental chez l'humain. Dans un milieu spécialisé comme un centre d'hébergement et de soins de longue durée, l'heure des repas prend une importance capitale.

Il est important de ne pas oublier que l'opinion de toutes les personnes concernées par les problèmes de nutrition n'est pas toujours disponible. Leur condition de santé ne leur permet pas de s'exprimer : *ils subissent... en silence.*

Temps, argent et efforts ont été investis dans la formation « Gineste-Marescotti ». Cette formation cible l'approche auprès des personnes avec des pertes cognitives. Certains principes de ce programme pourraient être adaptés aux méthodes d'aide à l'alimentation des personnes dysphagiques.

- Est-il possible d'insister auprès des préposées pour qu'elles respectent et appliquent les éléments de cette approche?

Chez les personnes qui ne peuvent pas s'exprimer : est-on bien certain qu'elles arrêtent de manger parce qu'elles n'ont réellement plus faim ou si c'est pour d'autres raisons : difficultés de déglutition, nourriture froide ou donnée de façon trop expéditive, pressions exercées sur les préposées pour qu'elles accélèrent le rythme des repas...

Les résidents ont souvent la bouche sèche (dû à la prise de médicaments ou autres raisons). Ceci rend la déglutition difficile.

- Un verre d'eau devrait TOUJOURS être offert avec chaque repas et chaque collation.
- Quelques petites gorgées d'eau peuvent faire une grande différence.
- Le verre d'eau devrait être une *procédure standard* : nos résidents ne sont pas suffisamment hydratés.

Comment fonctionne le protocole d'utilisation de la fiche alimentaire?

- La fiche alimentaire de chaque résident est-elle facilement accessible pour le personnel occasionnel (personnel d'agence, stagiaires ou nouveau personnel)?
- Est-il clairement indiqué que la personne est dysphagique ou a des difficultés de déglutition?
- Il est plus facile pour le personnel régulier de connaître les goûts et les besoins spécifiques des résidents, mais l'information est-elle facile à consulter pour quelqu'un qui vient de l'extérieur?

Un élément clé de la période consacrée aux repas est « LE TEMPS ». La pression sur le personnel pour respecter les horaires prime trop souvent sur la priorité des besoins des résidents :

- On est tenté de mélanger ensemble tous les aliments en purée pour que le service se fasse plus vite.
- La personne qui sert les aliments doit souvent alimenter plus d'une personne à la fois. La nourriture n'est souvent plus à une température convenable.

On perd de vue le fait que la personne dysphagique mange TRÈS LENTEMENT, non pas par choix, mais à cause de sa condition physique.

Les aliments réduits en purée proviennent du menu de la veille :

- La saveur est-elle aussi bonne que si l'on réduisait en purée les aliments qui sont cuisinés le jour même, comme pour tous les autres repas?
- Ce n'est pas parce qu'une personne n'est pas pleinement consciente qu'elle ne peut pas apprécier la bonne nourriture... Par contre, elle ne peut pas se plaindre...

La cuisine et l'horaire des employés conditionnent trop souvent la durée et le déroulement des repas : les chariots doivent être retournés à la cuisine pour une heure précise, ce qui précipite souvent le service des repas.

Un nombre grandissant de personnes mangent dans l'unité plutôt qu'à la salle à manger parce qu'elles ont besoin d'assistance :

- Le personnel assigné à cette tâche et le temps alloué au service des repas ont-ils été ajustés en fonction de ce changement?

Plusieurs résidents sont dérangés par des habitudes de travail très bruyantes aux heures de repas. Ils aimeraient que la période des repas se déroule dans le calme et le respect des personnes qui mangent :

- Portes claquées;
- Vaisselle et ustensiles entrechoqués;
- Manipulation bruyante des chariots;
- Instructions verbales criées de bord en bord de la salle à manger, etc.

Existe-t-il des plats isolés pour conserver la nourriture à une température convenable et plus appétissante pour la durée du repas?

Les résidents semblent apprécier

- Manger dans l'aire commune de leur unité. – Ça leur rappelle l'atmosphère de la cuisine familiale;
- Les saveurs individuelles vs les saveurs mélangées;
- Les gâteaux qui sont mélangés à du lait, de la crème, du yogourt ou de la crème glacée (texture moelleuse);
- Les soupes (surprenant, mais vrai, avec un peu de purée de pommes de terre dedans – probablement pour la texture);
- Les bouillies de légumes.

Les collations :

- Pourrait-on considérer servir des laits frappés? Ils offrent l'occasion d'une collation nourrissante (ajout d'un fruit frais ou d'un œuf).
- Serait-il possible de servir un chocolat chaud par température froide?
- Les poudings et jellos finissent par avoir un goût plutôt « chimique » à force d'en manger souvent... Pourrait-on favoriser le choix de purées de fruits frais, de crèmes glacées et de yogourts?
- La collation du soir est trop expéditive :
  - Y a-t-il suffisamment de personnel et accorde-t-on suffisamment de temps pour assister le résident dysphasique au moment de la collation du soir?
  - Si ce résident ne reçoit pas ou peu de collation, c'est très long de 16 h 30 jusqu'au déjeuner du lendemain matin...

Il semble y avoir une pression importante pour le retour des chariots à la cuisine après les repas et la collation du soir. Ça ne respecte pas le rythme des personnes dysphagiques. Pourrait-on envisager un dernier chariot à retourner à la cuisine plus tard?

***La volonté d'agir, à tous les niveaux, est essentielle pour permettre des ajustements d'horaires et d'effectifs qui s'imposent. Sans cette implication, la situation risque de stagner et ce n'est dans l'intérêt de personne.***

## Recommandations

Les personnes en institution ont des besoins nutritionnels équivalents, voire supérieurs, à ceux d'un adulte normal.

*Considérant que, malgré l'avancée de l'âge et la perte d'autonomie, l'alimentation reste un acte essentiel de la vie quotidienne, une source de plaisir et de convivialité;*

*Considérant l'ensemble des données présentées dans les pages précédentes;*

*Considérant les nombreuses interventions des représentants des comités des résidents auprès du comité des usagers au sujet de problèmes liés à la nutrition;*

*Considérant les commentaires et les suggestions émis par des résidents ou leurs représentants;*

*Considérant que les membres du comité des usagers se penchent sur le dossier de la nutrition, des aliments adaptés et du traitement nutritionnel de la dysphagie depuis plus d'un an;*

Le comité des usagers se pose un certain nombre de questions et recommande aux autorités du Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska, ce qui suit.

## Le questionnement

- Le Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska est-il en mesure d'identifier le taux de dénutrition de l'ensemble des résidents de ses centres d'hébergement?
- Une évaluation systématique de la situation nutritionnelle de chaque individu est-elle effectuée lors de l'admission en centre d'hébergement?
- Comment se fait l'identification précoce des résidents à risques, de même que leur prise en charge sur le plan alimentaire?
- La dénutrition est-elle suffisamment identifiée et traitée dans chacun de nos centres d'hébergement?
- Quelles sont les ressources professionnelles, en nutrition, disponibles pour répondre aux besoins des personnes hébergées?
- La préparation, le service et la présentation des aliments adaptés, pour les résidents dysphagiques ou souffrant de problèmes de déglutition, bénéficient-ils de toute l'attention requise pour un service de qualité?

## Les recommandations

### ***L'évaluation et le suivi de l'état nutritionnel des personnes hébergées***

- Développer une stratégie d'évaluation et de prise en charge nutritionnelle de toute personne admise en centre d'hébergement.
- Mettre en place un service professionnel d'évaluation et de suivi nutritionnel des personnes hébergées.
- Mettre l'accent sur la prévention de la dénutrition pour l'ensemble des résidents.

### ***Les personnes dysphagiques ou souffrant de troubles de déglutition***

- Prendre les mesures nécessaires pour s'assurer que les personnes dysphagiques ou souffrant de troubles de déglutition bénéficient des ressources et du temps nécessaire pour combler tous leurs besoins alimentaires.
- Apporter une attention particulière à la qualité et à la présentation de la nourriture adaptée pour les personnes dysphagiques ou souffrant de troubles de déglutition.
- Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée, en fractionnant les repas, en s'assurant que la personne consomme trois repas quotidiens et en proposant des collations entre les repas.
- Autoriser l'implantation d'un projet pilote pour le traitement nutritionnel de la dysphagie, en lien avec les aliments adaptés (ÉPIKURA).

### ***Adapter l'approche nutritionnelle aux besoins des résidents***

- Permettre un horaire de repas variable et adapté aux besoins des résidents.
- Accorder un laps de temps suffisant pour manger : le raccourcissement des temps de repas constitue une catastrophe pour la consommation alimentaire des personnes âgées et des personnes présentant des troubles de la nutrition. Ces personnes devraient rester à table tout le temps requis pour combler leurs besoins alimentaires, compte tenu de leur lenteur à se nourrir.
- Adapter les menus aux goûts de la personne et adapter la texture des aliments à ses capacités de mastication et de déglutition.
- Assurer une aide appropriée aux repas, en fonction du handicap de la personne et non en fonction d'un horaire des préposées ou des exigences de la cuisine.
- Servir une alimentation équilibrée et diversifiée, pour éviter la monotonie et redonner le goût de manger aux personnes qui ne l'ont plus.
- Servir des plats relevés en goût et en odeur bref, des plats appétissants, qui tiennent compte de la mémoire du goût des personnes âgées = du plaisir (le dernier)...
- Servir des plats agréablement présentés, enrichis et facilement consommables, en termes de texture.
- S'assurer que les repas sont pris dans un cadre accueillant et convivial.
- Éviter une période de jeûne nocturne trop longue, en retardant l'horaire du souper, en avançant l'horaire du déjeuner et en proposant une bonne collation en soirée.

### ***En terminant, il conviendrait d'insister sur deux points :***

- Ce sont les centres d'hébergement qui doivent s'adapter aux besoins alimentaires de leurs résidents et non l'inverse.
- Si l'on veut que tous nos résidents mangent suffisamment, il faut parvenir, au sein d'un système collectif, à proposer une prestation individualisée, correspondant au cas de chaque personne.

## Conclusion

En guise de conclusion, nous tenons à préciser que le comité des usagers ne se pose pas, ici, en tant qu'expert de l'approche nutritionnelle auprès des personnes placées en centre d'hébergement, mais, comme organisme s'étant documenté sur le sujet et ayant le mandat de travailler activement à l'amélioration des conditions de vie des personnes les plus vulnérables de notre société.

Nous savons que le Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska se préoccupe du bien-être et du respect des usagers et des résidents de ses cinq centres d'hébergement. C'est pourquoi, dans le plus grand respect des intervenants et dans le sens de l'amélioration continue des services, nous déposons ce mémoire accompagné d'un certain nombre de recommandations qui, à notre point de vue, s'imposent.



## Bibliographie

Allepaerts S., Delcourt S., Petermans J., *Les troubles de la déglutition : un problème trop souvent sous-estimé*, Revue médicale, Liège, 2008.

Alix E., Vetel J.M., *Épidémiologie de la dénutrition chez les personnes âgées*, Gerontol 1992.

Becquart P., *L'aide à la personne, auxiliaire d'une médecine humaniste*, Contact Santé, 2005.

Bergeron L., Pouliot F., nutritionnistes, *Non, ce n'est pas normal de si mal se nourrir!*, La Presse, Décembre 2008.

Blouin Nathalie, MD, *La dysphagie : L'évaluation et la prise en charge*, La médecine hospitalière, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, juin 2006.

Brocker P. *L'état nutritionnel des personnes âgées - Alimentation des personnes âgées*, CIV. 2003.

Crespin H., Mathey M.F., Denizart C., Dimicoli C., Lesourd B., *Le dépistage de la malnutrition su sujet âgé en médecine générale*, Cahier Nutrition et Diététique, 2004.

Constans T., *Épidémiologie de la malnutrition chez les personnes âgées hospitalisées ou vivant en institution*, Rev Geriatr 1994.

Denizart C., Mathey M.F., Crespin H., Lesourd B. *Dépistage de la malnutrition du sujet âgé à l'entrée en institution*, Cahier Nutrition et Diététique, 2004.

Ferry M., Alix E. et al. *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*, Masson, 2002. Ghisolfi-Marque A., Ousset P.J., Vellas B., Albaredo J.L., *Stratégie de dépistage d'une dénutrition à un stade précoce. Conduite à tenir devant une dégradation de l'état nutritionnel*, Rev Geriatrique. 1992.

Groupe de recherche Université de Montréal / Université McGill, *Protocole interdisciplinaire de dépistage et d'intervention sur les troubles nutritionnels*, 2001.

Heather Keller, Dt.P., Ph.D. et Diététistes du Canada, *Mise en œuvre du dépistage nutritionnel chez les personnes âgées au Canada*, Université de Guelph, 2003.

Insee, *Enquêtes HID 98 et 99, projections de population modèle*, OMPHALE 2000.

Inserm, *Carences nutritionnelles: étiologies et dépistage*, coll. Expertise Collective; Paris.

Lacroix Ginette L. Dt.p., Tremblay Francine, Dt.p., Kallai-Sanfaço Mary-Ann, Ph.D., CSPQ, FCACB, *Le dépistage et le suivi de traitement de la malnutrition chez des personnes hospitalisées de 65 ans et plus*, Service de nutrition clinique et Service de biochimie, Hôpital Jean-Talon, Montréal, 2003..

Lambert J., *Rappel sur les besoins en eau du sujet âgé*. CERIN. Cahier de Nutrition et de Diététique, 2003.

Lebel P., Bergman H., Ducharme F., Grad R., Monette J., Lussier M.-T., Champoux N., Richard C., *Protocole sur l'évaluation de la qualité des soins et des services*, Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), Document de travail, mai 1999.



Maugourd M.F., *Gérontologie fondamentale clinique sociale*, Ed Bernard Duportet, 1992.

Melchior J.C., *Dénutrition et malnutritions*, In: "Traité de nutrition clinique de l'adulte", Paris, 2001.

Rush David, *Nutrition Screening in Old People: It's Place in a Coherent Practice of Preventative Health Care*, Annu. Rev. Nutr. 1997.

Shatenstein Bryna, Ph.D. P.Dt., *Dépistage nutritionnel des aînés en perte d'autonomie à Montréal, Québec*, Groupe interdisciplinaire de cliniciens et de chercheurs affiliés à l'Université McGill et à l'Université de Montréal, (1998-2001).

Schumacher Stefan, Müller Marlise, *La dysphagie, un problème multidisciplinaire*, Forum Med., Suisse, 2007.







---

## Comité des usagers

Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska  
1800, rue Dessaulles, Local A-1020  
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2T2

**Téléphone :** 450.771.3333 ou 514.287.7593, poste 8209

**Courriel :** [comité.usagersCSSSRY@rrsss16.gouv.qc.ca](mailto:comité.usagersCSSSRY@rrsss16.gouv.qc.ca)

[www.santemonteregie.qc.ca/ry](http://www.santemonteregie.qc.ca/ry)

