

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

L'IMPACT DE LA PARTICIPATION DES RÉSIDENTS EN HÉBERGEMENT DE LONGUE
DURÉE SUR L'APPRÉCIATION DES REPAS

RAPPORT DE MAÎTRISE PRÉSENTÉ

À MONSIEUR CHRISTIAN GAGNÉ

COMME EXIGENCE DU COURS

PROJET EN ORGANISATION

PAR

CORINNE BEAUNOYER PINSONNEAULT

DÉCEMBRE 2022

Table des matières

Remerciements.....	4
Liste des tableaux et figures.....	5
Listes des abréviations	6
Résumé	7
Introduction	8
Description de l'organisation.....	9
L'organisation et le territoire lavallois	9
Portrait de la clientèle en hébergement de longue durée	10
Enjeux de main-d'œuvre.....	11
Le CHSLD Val-des-Brises	11
1. Présentation du mandat.....	12
a. Contexte du mandat	12
b. Problématique.....	14
c. Objectifs spécifiques du projet	15
2. Recension des écrits.....	15
a. La dénutrition des usagers en soins de longue durée	15
b. Facteurs influençant la satisfaction alimentaire	16
c. Stratégies actuelles pour prévenir la malnutrition	18
d. La définition des menus alimentaires	19
e. La participation des résidents	21
3. Méthodologie de recherche et d'intervention	23
a. Mise en contexte.....	23
b. Technique du groupe nominal.....	25
c. Consultation des experts	27
d. Traitement de l'information	27
4. Résultats	28
a. Déterminants de l'apport alimentaire et hydrique principaux	28
b. Participation du résident	32
5. Discussions	35
6. Recommandations	37
Conclusion.....	42

Annexe 1 : Composition des groupes	43
Annexe 2 : Questionnaire pour les groupes TGN	45
Annexe 3 : Résultats complets sur les déterminants de l’apport alimentaire en CHSLD	46

Remerciements

L'auteure remercie les personnes suivantes,

Pour leurs précieuses collaboration et participation aux rencontres liées à ce projet :

Pour leurs opinions en tant qu'expert :

- M. Michel Larivière, usager-partenaire, résident du CHSLD Fernand-Larocque
- Mme Nancy Presse, Ph.D. Dt.p., professeure adjointe-chercheuse FMSS à l'Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur le vieillissement, Sherbrooke
- Mme Sylvie Cayer, directrice de la Qualité des milieux de vie, ministère de la Santé et des services sociaux
- Mme Lydia Ingenito, chargée de projet – Maison des aînées et maison alternative, ministère de la Santé et des services sociaux
- M. Stéphane Bouffard, conseiller aux services d'hébergement et de soins de longue durée, ministère de la Santé et des services sociaux

Pour le soutien et les discussions ayant permis une réflexion profonde sur cette problématique :

- André Prévost, directeur général COPHAN, politologue, chargé d'enseignement à l'ENAP
 - Christian Gagné, chargé d'enseignement à l'ENAP
-

Liste des tableaux et figures

Tableau 1: Déterminants principaux de l'apport alimentaire et hydrique en CHSLD	28
Tableau 2: Autres déterminants de l'apport alimentaire identifiés par le groupe 1	30
Tableau 3: Insatisfactions principales communiqués par les résidents en CHSLD	30
Tableau 4: Moyens de communication des goûts-aversions pour les 3 groupes de référence	32
Tableau 5: Impacts positifs liés à un changement de culture centrée sur le résident	33
Tableau 6: Enjeux et barrières au changement.....	34
Tableau 7: Recommandations en lien avec les principes directeurs pour les maisons des aînés/alternatives	38
Figure 1: Influence des thèmes sur l'appréciation des repas en CHSLD en fonction des déterminants principaux identifiés par les groupes d'intérêts.....	29
Figure 2: Insatisfactions principales des résidents en CHSLD	31

Listes des abréviations

ACTD : assistante-chef technicienne en diététique

CH : centre hospitalier

CHSLD : centre d'hébergement de soins de longue durée

CISSS : centre intégré de soins et services sociaux

CLSC : centre local de services communautaires

CPEJ : centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

CM : commission de menus

CR : centre de réadaptation

DI : déficience intellectuelle

DP : déficience physique

FMSS : Faculté de médecine et sciences de la santé

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MOI : main d'œuvre indépendante

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

PAB : préposé aux bénéficiaires

RI : ressources intermédiaires

RPA : résidence personnes âgées

RTS : réseau territorial de services

TGN : technique du groupe nominal (méthode de cueillette de données)

TSA : trouble santé mentale

Résumé

L'acte de se nourrir est considéré comme l'un des aspects le plus important de la vie quotidienne pour les résidents en CHSLD. L'agrément vécu durant les repas et les apports nutritionnels adéquats contribuent à améliorer l'état de santé général et la qualité de vie des individus. La problématique de la malnutrition et le manque d'occasions pour le résident de faire l'expérience de sa propre compétence au niveau de son alimentation sont au cœur des préoccupations de ce document. Le projet prend place à Laval, au CHSLD Val-des-Brises, construit sous la philosophie du concept de maison des aînés, qui a ouvert ses portes en mai 2022. Pour ce projet, deux hypothèses sont posées:

Hypothèse 1 : La définition des priorités des groupes d'intérêt permettra d'établir des actions prioritaires réalistes et durables permettant une meilleure représentation des résidents dans les décisions liées à leur alimentation.

Hypothèse 2 : La collaboration entre les diverses directions et les résidents à ce même objectif permettra ultimement l'amélioration de la qualité des repas, des apports alimentaires, de la santé et du bien-être des résidents.

Trois groupes d'intérêts sont identifiés :

Gr 1 : Les résidents et leurs représentants

Gr 2 : Les professionnels et les intervenants

Gr 3 : La direction et les cadres intermédiaires

La consultation des groupes a permis de constater les différentes préoccupations des acteurs concernés par la qualité des repas en CHSLD et de formuler des recommandations en fonction des besoins réels exprimés par les résidents et leurs proches. La consultation d'expert, un usager-partenaire et une spécialiste en nutrition gériatrique a permis de valider les constats empiriques avec les recommandations théoriques afin d'optimiser les apports alimentaires et hydriques des résidents. En discutant les orientations à privilégier, les gestionnaires tant cliniques qu'administratifs pourront s'inspirer de ce projet pour la mise en place de plans d'action locaux qui optimiseront l'inclusion des usagers et leurs proches au processus décisionnel entourant l'activité-repas.

Introduction

L'acte de se nourrir est considéré comme l'un des aspects le plus important de la vie quotidienne pour les résidents en CHSLD. L'agrément vécu durant les repas et les apports nutritionnels adéquats contribuent à améliorer l'état de santé général et la qualité de vie des individus. Le manque d'occasions pour le résident de faire l'expérience de sa propre compétence au niveau de son alimentation est au cœur des préoccupations de ce document. Il est complexe de chercher à restructurer les établissements de soins institutionnalisés, être visionnaires au sein de la communauté pour pouvoir développer les capacités de nos aînés et contribuer à améliorer les apports alimentaires. La mise en commun des objectifs des différents acteurs impliqués pourrait être la clé pour enclencher une démarche permettant la priorisation d'actions durables. La co-construction de solutions sous-entend l'utilisation d'une intelligence collective, elle permet la collaboration et la compréhension de la réalité de chacun tout en créant un environnement propice à de grandes innovations. L'analyse du discours permet de montrer une appropriation et un renforcement du message officiel, contribuant ainsi à promouvoir l'engagement de nos aînés dans nos établissements dans le respect de leurs capacités. C'est dans cette optique que prend place ce projet visant à déterminer les actions ayant le plus d'impact pour l'amélioration de la satisfaction et la prise en compte de l'opinion des résidents dans les processus alimentaires. La collaboration avec un usager-partenaire vise ce qui fait vraiment une différence pour le résident au quotidien. La consultation d'experts vient confirmer l'efficacité théorique des propositions empiriques et assure l'alignement avec les orientations ministérielles dont découle l'administration de nos établissements.

Description de l'organisation

L'organisation et le territoire lavallois

Le CISSS de Laval a été créé le 1^{er} avril 2015 à la suite de la réforme de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales et relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population lavalloise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique (Gouvernement du Québec, 2022). L'île de Laval constitue à la fois un réseau territorial de services (RTS) correspondant au réseau local de services (RLS), une municipalité, une région administrative et une région socio sanitaire. Le territoire est constitué de quatre secteurs : Sainte-Rose, Duvernay, Pont-Viau et Chomedey et sa population s'élève à 443 192 lavallois (CISSS de Laval, 2020). En matière de croissance démographique, Laval se classe au 3^e rang, après la région des Laurentides et de Lanaudière, mais devrait être la région qui connaîtra la plus forte croissance d'ici 2040 (CISSS de Laval, 2020). La prestation de soins et de services, ainsi que le volet de santé publique, relèvent du CISSS. Sa mission englobe différents types d'établissements, les CH, les CLSC, les CHSLD, CPEJ et CR en fonction de sa population et de ses réalités territoriales (Gouvernement du Québec, 2022).

Les principales valeurs de l'établissement sont l'équité, l'humanisme, le professionnalisme, le respect et la bienveillance. Dans le cadre de son mandat, l'établissement doit s'assurer de répondre aux besoins de sa population, incluant les clientèles vulnérables, en suivant les directives ministérielles. Il doit faire une gestion optimale des ressources et assurer la reddition de comptes auprès du MSSS. Dans une perspective de cohérence organisationnelle, le CISSS de Laval a défini son Vrai Nord, qu'il traduit par l'engagement ***Digne de confiance, à chaque instant***. Son réseau comprend différents partenaires du RTS (médecins, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, pharmacie, etc.). Le CISSS de de Laval a également une vocation d'apprentissage pour la relève qu'il traduit par une double affiliation universitaire avec l'Université de Montréal et l'Université McGill et des collaborations avec des chaires de recherche (CISSS de Laval, Rapport annuel de gestion 2020-2021).

Par rapport au volet hébergement, le CISSS de Laval est composé de 16 centres, six CHSLD publics (Sainte-Dorothée, Idola St-Jean, Fernand-Larocque, La Pinière, Rose-de-Lima, Val-des-Brises), trois CHSLD privés, et sept CHSLD privés conventionnés totalisant 985 lits en soins de longue durée. L'établissement compte plus de 1400 places dans des ressources non-institutionnelles et plus de 350 places grâce à des ententes de services (CISSS de Laval, 2020). Afin de répondre aux besoins de la population, l'implantation d'une première Maison des aînés de 96 places pour la clientèle âgée en perte d'autonomie modérée à sévère est prévue dans le secteur Chomedey au printemps 2023, le concept étant d'offrir aux résidents un milieu de vie à dimension humaine en constituant des unités de 12 places chacune. La planification d'une seconde Maison des aînés de 72 places pour la clientèle âgée et la clientèle adulte au profil DI-TSA-DP dans le secteur Sainte-Rose est en cours (CISSS de Laval, 2020). Il existe également d'autres choix d'hébergement dans le réseau privé.

Portrait de la clientèle en hébergement de longue durée

Au 31 mars 2020, le Québec comptait 38 886 personnes hébergées en CHSLD, dont 29 798 (78 %) dans une installation publique. La proportion de personnes hébergées en CHSLD de plus de 65 ans était de 92 %, soit la majorité, alors que celle des moins de 65 ans était de 8 %. Le groupe des 85 ans et plus représente, quant à lui, 48 % des personnes hébergées. Compte tenu de la demande importante d'accès aux places en CHSLD, le taux d'occupation des lits est de 98 % et le taux de roulement est de 53 %. Cette dernière donnée signifie que plus de la moitié des personnes qui sont en CHSLD quittent leur milieu ou décèdent au cours de la première année de l'hébergement. La durée moyenne de séjour en CHSLD est présentement de 25 mois, soit environ 2 ans¹ (Gouvernement du Québec, 2021).

Les CHSLD publics de Laval ciblent généralement les personnes âgées en grand perte d'autonomie qui présentent des incapacités significatives et persistantes en raison de problèmes de santé ou de maladies chroniques ayant ou non un caractère dégénératif. Certaines places sont également

¹ Source de données : Données du Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) de chacune des régions. Traitement : EICDH – Environnement informationnel des clientèles ayant fait l'objet d'une demande d'hébergement. Réalisé par le service Solutions d'affaires de la Direction des ressources informationnelles Lanaudière – Laurentides – Laval du CISSS de Lanaudière. Rapport généré le : 2020-06-12

prévues dans les centres pour répondre aux besoins d'hébergement permanent en santé mentale. Pour chacune des clientèles spécifiques accueillies, l'environnement est réfléchi et adaptée le plus possible pour assurer une stimulation adéquate, limiter les comportements perturbateurs et assurer la sécurité des personnes hébergées (Gouvernement du Québec, 2021).

Enjeux de main-d'œuvre

Avant même le début de la pandémie en 2019, l'évolution démographique au Québec était reconnue comme l'un des facteurs déterminants de la disponibilité de la main-d'œuvre. Dans plusieurs corps de métier, les difficultés de recrutement et de rétention du personnel sont multifactorielles. Le réseau de la santé fait face à une compétition à l'interne au niveau des ressources en plus d'une compétition avec le secteur privé qui offre parfois des conditions de travail plus flexibles et mieux rémunérés. Le taux d'absentéisme est reconnu comme l'une des causes du manque de ressources. Il peut être lié à la maladie, à l'épuisement professionnel ou à la détresse. La pandémie a mis une grande pression supplémentaire en ajoutant des besoins pour couvrir les activités de vaccination et la création de sites non-traditionnels afin de permettre la protection adéquate des usagers en plus de couvrir les activités régulières. Pour améliorer la capacité du réseau à répondre à la demande, le ministre de la santé et des services sociaux ont mis en place des mesures pour reconnaître le rôle essentiel joué par l'ensemble du personnel ainsi que des mesures financières notamment pour inciter le personnel à accepter des quarts de travail supplémentaire (Gouvernement du Québec, 2022). La main d'œuvre indépendante a également été utilisée pour faire face à cette demande. Le retour à une situation plus normale est toujours souhaité, en maintenant toutefois les efforts pour contenir la transmission de la COVID-19 et en suivant de près l'évolution et les directives de la Santé publique.

Le CHSLD Val-des-Brises

À l'été 2019, le MSSS a confirmé au CISSS de Laval un financement pour l'ajout permanent de 232 lits au permis en hébergement qui se sont soldés avec l'espace disponible au CHSLD Val-des-Brises par une capacité totale de 242 lits. Ces ajouts visaient à répondre aux besoins de la population du territoire et a amené la direction SAPA² de l'établissement a effectué un exercice de

² Soutien à l'autonomie des personnes âgées : La direction SAPA couvre la gériatrie, la gériopsychiatrie, l'hôpital de jour, l'hébergement, les services à domicile, le centre de jour, les RI-RTF (clinique)

réflexion afin de définir le modèle de centre d'hébergement qui répondraient aux besoins évolutifs de la clientèle. Le CHSLD Val-des-Brises a donc pris forme sous la philosophie de la maison des aînés, un milieu dans lequel l'aménagement des lieux et l'approche clinique favorisent le maintien de l'autonomie et une approche de partenariat avec les usagers. Les principes qui soutiennent cette philosophie sont la liberté d'action et l'autonomie décisionnelle, la participation des résidents doit correspondre à ses intérêts dans la mesure de ses capacités (CISSS de Laval, 2022). Le CHSLD se trouve dans le quartier Vimont-Auteuil à Laval, le bâtiment comprend 22 micro-milieus appelés maisonnées regroupant onze résidents et présentés dans un style résidentiel. Le modèle retenu fut un partenariat public-privé, la compagnie Montoni a été retenue lors de l'appel d'offre pour le promoteur immobilier. La construction du centre s'est achevée en mars 2022 et les premiers résidents ont été accueillis le 2 mai 2022. Le maintien des installations est assuré par la firme Montoni alors que la gestion opérationnelle relève du CISSS de Laval. Le centre vise une clientèle avec des troubles neurocognitifs majeurs (TNM), présentant des pertes d'autonomie modérées à sévères. L'organisation des soins et services est réfléchi de manière à soutenir une approche centrée sur la personne qui se veut globale, positive, personnalisée, adaptée, participative et interdisciplinaire (CISSS de Laval, 2022). Elle cherche à reconnaître le double rôle du résident en tant qu'usager et partenaire dans sa trajectoire de soins.

1. Présentation du mandat

a. Contexte du mandat

Au Canada, 45% des personnes âgées dans les centres de soins de longue durée souffrent de malnutrition (OPDQ, 2014). Au Québec, en 2016-2017, on parle d'environ 4,4 % de l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus qui sont hébergées dans un CHSLD du réseau public (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017). La malnutrition inclut la dénutrition sous toutes ses formes, elle se définit par des carences, excès ou déséquilibres dans l'apport énergétique d'une personne alors que la dénutrition est un état pathologique résultant d'apports nutritionnels insuffisants en regard aux dépenses énergétiques de l'organisme (Wikipedia, 2022) Les causes peuvent être diverses, la variation de l'appétit peut être liée aux changements physiologiques normaux du vieillissement ou se combiner à une condition médicale et/ou psychologique. Souvent, les personnes arrivent dénutries à l'hôpital et il n'y a que très peu d'autres choix que l'hébergement

à la suite du séjour hospitalier. En situation d'hébergement, la satisfaction au niveau des menus est un catalyseur de cette problématique. On rencontre des aînés qui, alors habitués à une alimentation domestique traditionnelle, doivent à présent s'adapter à la cuisine d'établissement. Certains résistent et peuvent se sous-alimenter. La dénutrition augmente les risques de morbidité et de mortalité, elle diminue la compétence immunitaire et est souvent associée à une diminution de la résistance aux infections, à un ralentissement du processus de cicatrisation ainsi qu'à une plus grande incidence de plaies de pression (Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, 2013). Les conséquences associées peuvent avoir l'effet de prolonger les épisodes de soins aigus ce qui entraînent une augmentation des coûts des soins de santé. En 2014, la réforme de M. Barrette visait l'implantation de repas chauds, nutritifs et appétissants dans les CHSLD pour améliorer la satisfaction des usagers. Il semble que les efforts déployés ne donnent pas les résultats escomptés et de nombreux défis freinent l'implantation de solutions qui permettraient d'améliorer la satisfaction des résidents.

En février 2022, le gouvernement du Québec annonce un financement de 100 millions sur cinq ans afin de soutenir les initiatives des établissements pour l'amélioration de la qualité des repas en CHSLD. Ce plan d'amélioration de l'offre alimentaire dans les CHSLD, incluant les maisons des aînés et maisons alternatives, s'inscrit en continuité des suivis faits aux recommandations de la Commission de la santé et des services sociaux (CSSS) (Gouvernement du Québec, 2022). Un minimum de 50% de l'enveloppe accordée est destiné à l'ajout de ressources humaines pour évaluer et intervenir envers les besoins nutritionnels des résidents, pour le développement de recettes, d'offre de mets et de menus aux textures adaptées. Les autres dépenses admissibles seront dédiées à l'achat de denrées ou d'équipements permettant l'amélioration de l'activité repas dans les CHSLD (Gouvernement du Québec, 2022). Un mandat d'audit et de recommandations sur l'offre alimentaire dans les CHSLD est confié à l'ITHQ. Les analystes culinaires de l'ITHQ vont effectuer des observations à travers dix établissements identifiés de la province sur la production, la distribution, la main d'œuvre, les processus de contrôle, l'hygiène et la salubrité, l'approvisionnement et l'entreposage. Il est prévu que le rapport soit déposé au Ministre de la Santé et des Services sociaux en décembre 2022. Les recommandations qu'il contiendra impliqueront, entre autres, le développement de formations sur mesure (ITHQ, 2022). L'ITHQ devient responsable du suivi effectué avec chacun des CISSS et des CIUSSS durant les prochaines années (Gouvernement du Québec, 2022).

b. Problématique

La qualité des repas en CHSLD entre dans la catégorie des problèmes structurés, c'est-à-dire des problèmes récurrents sur lesquels les connaissances acquises reposent sur l'hypothèse d'un univers stable alors que la situation actuelle se définit davantage comme un contexte de turbulence. La pénurie de main d'œuvre, les difficultés d'approvisionnements, l'intégration complexe des usagers au processus décisionnel touchant leur quotidien, les scandales médiatiques de plus en plus fréquents depuis la pandémie, autant de facteurs qui demandent à revoir notre méthode d'évaluation de la qualité des repas afin de pouvoir faire des choix éclairés permettant l'amélioration continue en alimentation dans les établissements publics. Les situations problématiques touchant la nutrition des personnes âgées semblent issues en partie de l'accélération du changement. Elles mettent en scène de multiples acteurs aux intérêts variés et portent sur des enjeux stratégiques comme le déploiement d'approches adaptées et intégrées aux besoins de la population.

En ce sens, les CHSLD doivent amorcer un virage et adopter un modèle axé sur les choix et les préférences des résidents et de leurs proches (Gouvernement du Québec, Plan stratégique 2019-2023). La participation des personnes âgées dans leur processus de soins contribue au maintien de leur autonomie, influence positivement les apports alimentaires tout en s'inscrivant dans un processus de respect et de dignité de leurs choix. Pour adapter la gouvernance aux nouvelles réalités et se montrer proactif dans l'évaluation de notre offre alimentaire, les décisions doivent être légitimées par un processus rigoureux permettant à l'ensemble des résidents d'être inclus dans l'évaluation de la satisfaction alimentaire.

L'octroi des places en CHSLD se fait selon le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISOSMAF) permettant de classer les personnes sur une échelle de 1 (faible perte d'autonomie) à 14 (grande dépendance). Le profil SMAF des aînés admis en CHSLD est généralement de 10 à 14, c'est-à-dire que chez eux, l'atteinte à l'autonomie est la plus sévère (Da Silva, 2020). En plus des fonctions physiques et cognitives qui limitent la capacité de participation des individus, d'autres facteurs liés aux inégalités sociales (niveau d'éducation, langage, culture) sont une source d'exclusion d'un nombre important de résidents dans l'évaluation de la satisfaction des repas. Comment pourrions-nous favoriser la participation des résidents en CHSLD aux processus d'amélioration continue concernant leur alimentation?

c. Objectifs spécifiques du projet

Ce projet d'intervention vise à déterminer les différentes préoccupations des acteurs concernés par la qualité des repas en CHSLD, établir des consensus permettant de prioriser les actions subséquentes. Il devrait permettre de proposer aux gestionnaires tant cliniques qu'administratifs des pistes de solution qui optimiseront l'inclusion des usagers et leurs proches au processus décisionnel des choix de menus pour ultimement améliorer la satisfaction quant à la qualité des repas chez les résidents.

Les recommandations seront destinées à soutenir les gestionnaires de service alimentaire dans l'implantation de processus efficaces d'évaluation continue de la satisfaction des repas en CHSLD permettant de légitimer les décisions concernant les menus offerts à la clientèle. Les constats relevés lors des rencontres pourront supporter l'ITHQ dans l'alignement de leurs suivis au cours des prochaines années en offrant une fenêtre sur les enjeux internes autour des différents groupes d'intérêts et sur les besoins organisationnels. Ces informations pourraient être utilisées pour amener une approche globale entre les différentes directions et ainsi contribuer à la performance de la trajectoire de soins. Le but ultime est l'amélioration de la satisfaction, de la prise alimentaire, de la santé globale et du sentiment de bien-être des résidents dans les centres d'hébergements de longue durée.

2. Recension des écrits

a. La dénutrition des usagers en soins de longue durée

Les auteurs consultés confirment tous que les résidents en CHSLD sont nutritionnellement vulnérables. La difficulté à s'alimenter chez la personne âgée résulte par une diminution des portions consommées. La dénutrition affecte les capacités fonctionnelles et cognitives, l'efficacité du système immunitaire et le processus de guérison, ce qui engendre un fardeau économique important sur le système de santé et détériore la qualité de vie des individus atteints. (Ouellette 1999, McColl et Nejat, 2013, Keller et al., 2017, Roger et al., 2021). L'âge moyen des résidents à l'entrée dans le milieu de vie ainsi que leurs besoins en termes de soins, en regard de leur perte d'autonomie croissante, sont en constante augmentation (Guérin, 2016). Si la prévalence de la malnutrition est souvent sous-estimée dans les rapports statistiques officiels, elle est rarement

dépistée de façon systématique. Lorsqu'elle apparaît au diagnostic, c'est souvent par la description de l'un des nombreux symptômes (Ouellette, 1999, Dunne et Dahl, 2007). La malnutrition survient lorsque les besoins protéiques et énergétiques ne sont pas comblés. Les personnes souffrant de dysphagie sont à risque élevé de malnutrition en raison des changements alimentaires nécessaires à leur condition (Dunne et Dalh, 2007, McColl et Nejat, 2013). Également, une détérioration de l'état nutritionnel est documentée chez les personnes âgées lors d'épisodes d'hospitalisation (Ouellette, 1999). Il est généralement possible de prévenir et traiter la malnutrition par la sensibilisation, la vigilance et la rapidité d'intervention, soutenu par la disponibilité de menus adaptés appréciés par la clientèle. Les interventions réalisables et durables ciblant les déterminants clés³ et permettant l'amélioration des résultats centrés sur la personne semblent demeurer indéterminées. Cette réalité a un impact certain sur les besoins en termes de supervision et d'accompagnement au moment des repas. Lorsque les résidents n'ont plus la capacité de communiquer clairement leur point de vue, les intervenants deviennent le lien qui permet d'agir au niveau de l'alimentation. Les repas en CHSLD ont la double mission de nourrir les résidents et de créer un moment de convivialité qui rappelle la vie au domicile (Bouima et al., 2019). En hébergement, les résidents tentent de conserver leur individualité, leur indépendance et leur sensation de contrôle sur leur vie (Lengyel et al., 2004). La mise en place d'un environnement favorable au maintien, à la stimulation et à la compensation des capacités dans les actes de la vie quotidienne permet l'atteinte du double objectif. Dans tous les textes consultés, la durabilité et le succès des initiatives mises en place sont déterminées par la communication entre les membres du personnel (Roger et al., 2021). Les efforts de planification devraient donc inclure des suivis en ce sens pour promouvoir le changement et l'intégrer à la culture de l'établissement.

b. Facteurs influençant la satisfaction alimentaire

La nourriture et l'alimentation sont des éléments essentiels dans les établissements de soins de longue durée car ils influencent la satisfaction du résident et sa perception globale de l'expérience de soins. Il semble consensuel parmi les auteurs que lorsqu'il est question de satisfaction alimentaire, de nombreux facteurs coexistent et exercent une influence mutuelle (Lengyel et al., 2004, Keller et al., 2015, Keller et al., 2017).

³ Déterminants clés : Isolement, capacité à exprimer ses préférences/aversions, environnement physique, qualité du service, présentation des assiettes, etc.

Parmi ces facteurs, on retrouve la monotonie de la nourriture institutionnalisée, l'incapacité du personnel à reconnaître les préférences alimentaires culturelles et géographiques et la présentation des assiettes (Chambers, 1996; Morley, 1997 cités dans Lengyel et al., 2004, Bouima et al., 2019). Les apports alimentaires peuvent également être affectés par le nombre d'effectifs et la formation du personnel (Lengyel et al., 2004). Les auteurs rapportent que l'interaction sociale joue un rôle important pour favoriser la consommation du repas. Schell et Keysey-Jones (1999) cité dans McColl et Nejat (2013) ont constaté que les salutations personnelles, les invitations à s'asseoir, le langage non-verbal et les commentaires sur l'apparence de la nourriture étaient efficaces pour impliquer les résidents dans l'activité alimentaire. Dans son étude portant sur l'identification des déterminants influençant les apports nutritionnels et hydriques en hébergement, Keller et al. (2015), mentionne que le temps accordé au repas est un élément à considérer puisqu'il est essentiel à certain dans le maintien de leur autonomie et le respect de leur routine quotidienne. D'autres facteurs plus indirects exercent également une influence : la santé physique et mentale, la dépendance, l'implication des résidents dans les décisions de placements en hébergement, l'origine ethnique du résident et les expériences personnelles (Lengyel et al., 2004). D'un point de vue administratif, Keller al. (2017) mentionnent l'impact de la réglementation et des normes gouvernementales régionales, les politiques et les caractéristiques des CHSLD, les niveaux de dotation, les connaissances et les pratiques du milieu. En somme, les différents facteurs exerçant une influence sur la satisfaction alimentaire se regroupent sous trois catégories, la qualité de la nourriture, l'accessibilité et l'expérience des repas (Keller et al. 2017). L'accessibilité comprend à la fois la disponibilité des aliments et les conséquences d'ordre physique pouvant être à la source de la diminution des apports par exemple la santé bucco-dentaire, le vieillissement ou la maladie. À noter que certains troubles cognitifs peuvent changer les relations alimentaires pour plusieurs raisons, telles une perte de concentration pendant les repas, des difficultés à exprimer des sentiments ou des besoins (aphasie), des difficultés à identifier les aliments (agnosie) ou une incapacité à utiliser correctement les couverts (apraxie) (Aselage & Amella, 2010 cités dans Pouyet et al., 2014). En raison de ces difficultés, il en résulte une perte d'autonomie et d'habileté à se nourrir qui peut être responsable de la détérioration du statut nutritionnel.

c. Stratégies actuelles pour prévenir la malnutrition

Bien que l'alimentation soit identifiée comme une priorité par les chercheurs, les décideurs, les résidents et les familles pour favoriser la santé et la qualité de vie des personnes âgées, la collecte de données sur les apports alimentaires à travers des échantillons diversifiés et larges pour vraiment comprendre la prévalence de la dénutrition en CHSLD est limitée (Keller et al., 2017). Sur le terrain, les effectifs restreints tant au service alimentaire qu'au niveau des soins infirmiers et la réalité des opérations nécessitant un certain rythme pour assurer le repas suivant ne permet pas facilement de procéder à des études de restes lors du retour des repas. Certaines recherches vont utiliser un seul jour de rappel pour calculer les apports alimentaires et représenter les habitudes de consommation entraînant des conclusions potentiellement erronées (Keller et al., 2017). La taille de l'échantillon est souvent limitée et les variables liées aux individus sont difficiles à isoler pour permettre d'extrapoler des recommandations qui seraient bénéfiques pour un groupe plus large. L'identification des causes de la malnutrition en milieu d'hébergement est pertinente pour comprendre quels sont les carences de nutriments présentes et développer des stratégies pour soutenir une supplémentation efficace des aliments qui sont réellement consommés dans les assiettes. Le besoin d'intervention peut aussi se situer au niveau de l'aide à l'alimentation afin d'augmenter les apports alimentaires (Keller et al., 2017).

Dans la littérature, il est question de plusieurs stratégies pour adresser la diminution d'apports. La méthode qui semble la plus répandue en raison des besoins des résidents et du désir des établissements d'assurer la sécurité alimentaire est l'adaptation de la consistance et texture des aliments (Pouyet et al., 2014, Rusu et al., 2019). Parmi les objectifs du projet de révision de l'offre alimentaire de la dernière réforme au Québec, des directives ont été données afin de standardiser les recettes des établissements en intégrant les balises nutritionnelles et les normes relatives aux textures des aliments afin qu'ils soient denses en énergie et en protéines (Lapalme, 2018). Il ne semble pas y avoir de recommandations claires pour évaluer quels sont les aliments à privilégier pour l'enrichissement en fonction de la consommation, ni de rapports standardisés permettant de savoir si les aliments enrichis sont réellement consommés par la clientèle. Les auteurs mentionnent simplement que la supplémentation des repas par l'enrichissement de certains aliments, ou l'addition d'un supplément commercial pendant ou entre les repas est une pratique courante en hébergement (Dunne et Dalh, 2007, Pouyet et al., 2014). Selon les études consultées, ces techniques

seraient plus efficaces pour augmenter les apports alimentaires que le fait d'offrir de petits repas plus fréquemment. L'utilisation de suppléments oraux seraient toutefois déconseillés à long terme car ils pourraient conduire la personne à diminuer leur apport alimentaire habituel ce qui aurait un impact sur leur satisfaction et leur qualité de vie.

Une autre solution consiste à proposer des aliments sous une forme qui se mange facilement avec les doigts, ce qui évite d'avoir à utiliser des ustensiles et est utile pour la clientèle souffrant de troubles de la praxie. De nombreux auteurs ont examiné les avantages des amuse-gueules pour améliorer l'autonomie des personnes atteintes de démence (Barratt, 2004; Benattar & Lemoine, 2009 ; Finley, 1997; LeClerc & Wells, 1998 cités dans Pouyet et al., 2014). Le concept de « finger food » est très large, il inclut des aliments tels que les sandwichs, certaines coupes de légumes et de fruits dont la texture doit être validée et sécuritaire pour les résidents auxquels ils sont offerts. Cette pratique semble rarissime peut-être en partie en raison des limites de faisabilité associée au plus grand nombre et au désir d'offrir de la variété dans les menus ayant un cycle de quelques semaines seulement. Mouler les aliments en purée dans une forme qui reconstitue celle des aliments d'origine pourrait être un moyen d'améliorer l'attractivité des aliments dont la texture est adaptée (Pouyet et al., 2014), mais l'efficacité de ce système pour augmenter les apports alimentaires n'a pas encore été démontré.

d. La définition des menus alimentaires

Au Québec, la Loi sur les services de santé et les services sociaux définit les droits des usagers, elle précise que l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant (Gouvernement du Québec, 2022). Le modèle d'administration publique a évolué en ce sens et l'approche est désormais centrée sur l'utilisateur en tant que bénéficiaire, destinataire et partenaires du service de soins (Sebaï, 2018). Suivant les recommandations ministérielles à cet égard, les établissements de soins de longue durée ont progressé dans les dernières années pour adapter l'environnement. Le service plat par plat, l'aménagement d'horaire de repas flexible, la disponibilité de chambre privée sont des exemples qui ont permis de créer un milieu de vie substitut et s'adapter au rythme du résident (Mitchell et Kemp cité dans Lengyel et al., 2004, Shura et al., 2011). La participation et le point de vue de l'utilisateur sont devenus des aspects centraux pour l'amélioration des services et l'implantation d'une certaine légitimité au processus de décision publique (Sebaï, 2018).

Les menus offerts en hébergement sont souvent élaborés par des nutritionnistes, ils comportent un nombre de choix limité et procurent peu d'opportunités aux résidents de participer (Crogan et al., 2015). La possibilité de pouvoir choisir selon les préférences des mets avec lesquels les résidents sont familiers tend à améliorer l'apport alimentaire. Shera et Wells, cités dans Charpentier et Soulières (2007) définissent l'application du concept d'*empowerment* en gérontologie comme l'idée du pouvoir qui permet aux aînés vivant en milieu d'hébergement de poser ou non des actions afin d'assurer leur bien-être ou d'améliorer leur situation, et ce, sans craintes de conséquences. Les auteurs expliquent que malgré leur vulnérabilité, les personnes âgées ont développé à travers leur histoire de vie des stratégies qu'elles mobilisent pour s'approprier leur milieu de vie, avec plus ou moins de facilité (Charpentier et Soulières, 2007). L'arrivée en milieu d'hébergement est vécue comme une rupture et le lien à la nourriture semble permettre de conserver un certain contrôle sur leur vie pour certains individus. L'augmentation du pouvoir d'agir permet non seulement la satisfaction des besoins nutritionnels, mais également le maintien de la convivialité et du mieux-être (Roger et al., 2021, Boulay et Lenoir 2020). L'isolement physique et affectif des personnes âgées a été l'un des sujets de préoccupation durant la crise sanitaire. Le manque de lien social a accéléré la dégradation de l'état de santé pour ceux qui ont eu du mal à vouloir s'alimenter (Boulay et Lenoir, 2020).

Pour défendre les droits des usagers et promouvoir l'amélioration des conditions de vie des résidents, la LSSSS prévoit la mise en place d'un comité des résidents composé par des usagers et des proches dans chaque établissement d'hébergement. Les comités de résidents sont souvent riches en commentaires concernant le service alimentaire. Ils collaborent généralement au comité des menus lorsqu'un tel comité est en place dans les établissements. Massoulard et al. (2009) discute de la mise en place en France de commission de menus (CM), dont la composition inclut plusieurs résidents ainsi que les acteurs concernés. Les CM sont des structures transversales multidisciplinaires présentes dans les centres d'hébergement chargées de permettre la communication autour de l'alimentation et de la nutrition et de valider les menus de l'établissement, une description correspondant au comité de menus en place au Québec. La participation du comité des résidents à la gouvernance se révèle être un mécanisme de rétroaction au service, elle informe la direction sur les besoins de la clientèle facilitant la planification technocratique et l'ajustement des réponses aux besoins (Gagnon et al., 2014). Bien qu'obligatoire, le rôle et l'influence réelle de l'instance ne semblent pas clairs et fait l'objet de nombreuses nuances

quant à leur autonomie et à l'interprétation de leur mandat. La représentativité des participants et la compétence des membres à débattre des problématiques sont des enjeux soulevés dans la littérature.

La compréhension des préférences des personnes âgées est généralement faite au travers de sondage de satisfaction ou entrevue avec les techniciennes en alimentation. Ces techniques présentent des limites quant aux capacités cognitives des personnes âgées à répondre, elles présentent parfois des résultats positifs biaisés par le fait que les personnes âgées sont moins enclines à se plaindre, qu'elles n'ont pas de comparatif avec un niveau approprié de service ou qu'elles craignent les représailles (Kane cité dans Lengyel et al., 2004). Au moment de remplir le questionnaire, le résident a parfois des ennuis de santé ou encore un désintérêt, son point de vue n'est alors pas tenu en compte. D'autres facteurs liés aux inégalités sociales peuvent justifier l'exclusion de la participation d'un résident au sondage tel la langue d'origine, le niveau d'éducation, la culture. Malgré ces limites, l'utilisation d'un outil standardisé permet tout de même de faire la mesure de la variation dans le temps de l'appréciation des menus offerts, qui peut évoluer selon les usagers sondés. La qualité des aliments offerts en termes de goût et l'évaluation de la qualité du service peut varier d'un établissement à un autre. En 2016, au terme d'un forum tenu par le MSSS portant sur les meilleures pratiques pour les usagers en hébergement de longue durée, un mandat de révision et d'harmonisation de l'offre alimentaire a été donné aux CHSLD. Les sondages auprès des résidents et leurs proches ont été le moyen retenu pour évaluer l'offre alimentaire avant et après la mise en place du menu harmonisé (Lapalme, 2018).

En raison de la complexité de la problématique de la malnutrition en hébergement, des interventions multimodales peuvent être justifiées afin d'adresser les déterminants qui influencent les apports alimentaires et hydriques de la clientèle (Keller et al., 2015).

e. La participation des résidents

Les causes provoquant la mise en place d'activités en lien avec l'alimentation en collaboration avec les résidents varient selon l'initiateurs de l'action, il peut s'agir du désir de se sentir utile pour l'usager, de l'observation d'un problème par le personnel ou encore de l'écoute et le service au résident par les professionnels (Roger et al., 2021). L'adaptabilité des activités semble incontournable pour permettre la participation d'un plus grand nombre d'usagers. L'exclusion de

participants en raison de leurs difficultés peut avoir un effet contraire aux objectifs recherchés, soit une diminution du sentiment d'autonomie et une atteinte à l'estime personnelle (Roger et al., 2021).

Des recherches innovatrices tentent de concevoir des robots d'assistance sociale capables d'apporter le soutien nécessaire aux personnes âgées en perte d'autonomie dans les activités quotidiennes telle l'alimentation. En 2013, McColl et Nejat déclarait dans leur étude que la recherche sur le développement d'appareils d'assistance cognitive spécifique à la tâche de manger est limitée. Bien que la situation ait certainement évolué, cette technologie demeure dispendieuse, son efficacité et son acceptabilité doit faire l'objet d'études à plus long terme.

Dans le contexte où les résidents ne choisissent pas tous de prendre leur repas en commun, il devient complexe pour le personnel d'aider les personnes âgées ayant besoin d'assistance. Le repas en commun est une réponse de l'organisation du travail face à une multiplication des tâches alimentaires, à laquelle s'ajoute un effectif réduit du personnel, ainsi qu'un *turnover* et absentéisme élevés (Martin, 2014 cité dans Guérin, 2016). La lutte contre la dénutrition a augmenté le rôle du personnel qui doit savoir comment déjouer les refus de manger, faire accepter les restrictions alimentaires perçues comme injustifiées (Guérin, 2006, McColl et Nejat, 2013). L'environnement des CHSLD limite souvent la participation du résident à l'auto-alimentation, les soignants prennent en charge la tâche de faire manger les résidents plutôt que de les encourager à utiliser leurs capacités restantes pour faire ce qu'ils peuvent par eux-mêmes. La conséquence de cette pratique est souvent la perte de motivation résultant des raisons environnementales plutôt qu'en raison de troubles cognitifs (McColl et Nejat, 2013). Les programmes visant à améliorer la participation sont souvent ciblés sur un groupe limité et les effets de la formation à long terme ne sont pas clairs (Keller et al., 2015, Shura et al. 2011, McColl et Nejat, 2013). Les initiatives impliquant la génération d'idées novatrices de la part des résidents semblent avoir comme principaux défis la participation du personnel et la durabilité (Shura et al., 2011). Un changement de culture semble nécessaire pour transformer des pratiques souvent routinières et mobiliser les compétences des résidents dans l'acte alimentaire. La définition du milieu de vie substitut en tant que cadre social semble offrir des possibilités minimales pour les individus de s'écarter des routines administrées au niveau central ce qui affecte l'expérience des aînés au sein des établissements (Shura et al., 2011) La participation des résidents en tant qu'experts peut faire avancer le processus de changement de culture, en s'appuyant sur l'écoute, en honorant leurs expériences et leurs points de vue. Dans l'étude de

Shura et al. (2011), l'amélioration de la participation des résidents lors des repas a permis d'identifier plusieurs actions facilement réalisables. Les résidents ont proposé des nappes en tissu plutôt que des napperons de papier, ils ont demandé à revoir l'éclairage et à participer à la préparation de la table pour le repas (Shura et al., 2011). En permettant aux résidents de mettre à profit leurs compétences durant la période des repas, on favorise le maintien de l'autonomie, les liens sociaux entre les résidents et le personnel et on crée un milieu de vie qui rappelle les tâches qui étaient effectuées à la maison.

Cette revue de littérature confirme la complexité de la participation des résidents en CHSLD aux processus alimentaires qui les concernent. En plus des limites souvent associées à leurs capacités fonctionnelles, des facteurs organisationnels et environnementaux semblent exercer une influence non-négligeable sur l'inclusion des résidents dans les mécanismes d'évaluation de la qualité des repas en hébergement. Suivant la politique d'hébergement et de soins et services de longue durée, cette démarche s'inscrit dans le désir de créer des milieux de vie inclusifs correspondant aux besoins, aux préférences, aux habitudes de vie, aux valeurs et à la culture des personnes qui y vivent. Ainsi, dans le cadre de ce projet, notre hypothèse de travail est que la définition des priorités de chaque groupe d'intérêt nous permettra d'établir des actions prioritaires réalistes et durables permettant une meilleure représentation des résidents dans les décisions liées à leur alimentation. La collaboration entre les diverses directions et les résidents à ce même objectif devrait permettre ultimement l'amélioration de la qualité des repas, des apports alimentaires, de la santé et du bien-être des résidents. Les processus mis en place permettront aux gestionnaires et à la direction générale de légitimer leurs décisions, d'assurer une transparence et une communication constante avec leur clientèle et leurs proches.

3. Méthodologie de recherche et d'intervention

a. Mise en contexte

Le CISSS de Laval fait parti des établissements qui ont été identifiés pour collaborer avec l'ITHQ dans le cadre de leur mandat. L'ouverture en mai 2022 du CHSLD Val-des-Brises, est un terrain propice pour discuter des meilleurs pratiques et explorer comment nous pouvons innover au niveau de l'inclusion des personnes âgées dans les décisions concernant leur alimentation. L'intégration des résidents au centre était en cours à l'automne 2022, il n'y avait donc pas de cristallisation des

méthodes de travail à travers les équipes ce qui peut faciliter l'émergence d'idées et l'implantation de projets. Comme plusieurs autres établissements au Québec, afin d'harmoniser l'offre alimentaire et permettre la modernisation des installations, le CHSLD Val-des-Brises a été muni d'une cuisine centrale desservant des sites satellites, dans le cas échéant le CHSLD Fernand-Larocque et le CHSLD de La Pinière, tous deux ayant une capacité respective de 98 et 96 lits⁴. La production alimentaire au CHSLD Val-des-Brises s'effectue suivant le principe de liaison froide, c'est-à-dire que les aliments sont préparés, immédiatement refroidis avec des équipements conçus à cet effet afin de maximiser la conservation des qualités organoleptiques des aliments. Les mets sont ensuite portionnés à froid et assemblés dans des cabarets avant d'être insérés dans un chariot de transport. Une partie des chariots sera branchée sur place près des centres de service, ceux destinés aux sites satellites seront distribués via un transporteur. Lorsque les repas complètent le cycle de rethermalisation, les PAB procèdent à la distribution des repas aux heures habituelles suivant les recommandations ministérielles à cet égard.

Deux hypothèses sont posées pour ce projet.

Hypothèse 1 : La définition des priorités des groupes d'intérêt permettra d'établir des actions prioritaires réalistes et durables permettant une meilleure représentation des résidents dans les décisions liées à leur alimentation.

Hypothèse 2 : La collaboration entre les diverses directions et les résidents à ce même objectif permettra ultimement l'amélioration de la qualité des repas, des apports alimentaires, de la santé et du bien-être des résidents.

Pour confirmer la première hypothèse, deux méthodes de collecte de données ont été utilisées, soit la technique du groupe nominal et la consultation d'experts. La première méthode permet de rassembler l'opinion des différents acteurs concernés pour établir des consensus dans la priorisation des actions et reconnaître les enjeux vécus sur le terrain. La consultation d'experts permettra de voir comment opérationnaliser les objectifs empiriques en tenant compte des concepts théoriques entourant la participation des personnes âgées et l'amélioration des apports alimentaires.

⁴Gouvernement du Québec (2004),
<https://m02.pub.msss.rtss.qc.ca/M02Installation.asp?CdIntervSocSan=6544&PagePrec=M02Etablissement>

La validation de la seconde hypothèse résulte dans l'analyse de plusieurs indicateurs influencés par des causes multifactorielles. Puisque nous cherchons à intégrer les résidents dont les capacités à s'exprimer sont souvent limitées, l'amélioration des résultats d'un sondage de satisfaction des services alimentaires traditionnel semble insuffisant pour démontrer la pertinence de cette démarche. Nous reviendrons aux moyens d'évaluations dans la discussion des résultats.

b. Technique du groupe nominal

À la suite de la revue de littérature effectuée, nous avons été en mesure d'identifier trois groupes qui semblaient avoir un impact direct, chacun à sa façon, sur la participation des résidents aux décisions concernant leur alimentation et à la qualité des repas.

Gr 1 : Les résidents et leurs représentants

Gr 2 : Les professionnels et les intervenants

Gr 3 : La direction et les cadres intermédiaires

Les résidents et leurs représentants sont les principaux intéressés, ils sont au centre des interventions et toutes actions doit être orientées en fonction de leur volonté. Les professionnels et les intervenants sont tout le personnel en contact avec le résident au quotidien, ils sont les fournisseurs de soins directs. Finalement, la direction et les cadres intermédiaires représentent les instances de prise de décision et l'orientation clinique de l'établissement. Les trois groupes ont été regroupés ainsi afin d'encourager les participants à s'exprimer en toute honnêteté, sans l'influence des deux autres groupes. La composition détaillée de chaque groupe se trouve en annexe 1. Un maximum de dix participants par groupe a été fixé afin de pouvoir faire une gestion efficace du temps de la réunion fixé à deux heures au maximum en raison des horaires chargés des participants. Les comptes rendus des rencontres ont été envoyés par la suite afin de valider les informations retenues. Le même questionnaire a été utilisé pour chacune des rencontres, ce questionnaire se trouve à l'annexe 2. Les entrevues se sont déroulées au CHSLD Val-des-Brises, permettant ainsi de faciliter le recueil d'informations, l'accessibilité et la disponibilité des acteurs. Les participants ont bénéficié directement de l'échange qui leur a permis de réfléchir à l'optimisation de l'autonomie des résidents et de se mettre en action.

Paramètres des rencontres

Les rencontres ont suivi le déroulement en cinq étapes proposées par Harvey et Holmes (2012), soit une introduction brève du sujet, des explications sur les objectifs et le déroulement de la rencontre, l'autorisation à procéder à l'enregistrement de la séance et la présentation des participants. Le questionnaire a ensuite débuté. Les premières questions ont été répondu de manière individuelle, dans un carnet prévu à cet effet, avant de revenir en groupe plus large pour partager les idées à tour de rôle. Pour chaque question du premier bloc, les réponses ont été regroupées selon les thèmes inspirés du cadre de référence M3 discuté dans l'étude de Keller et al. (2015), la figure ci-dessous permet de visualiser les thèmes principaux utilisés par les auteurs.

Figure 1 : Le diagramme M3

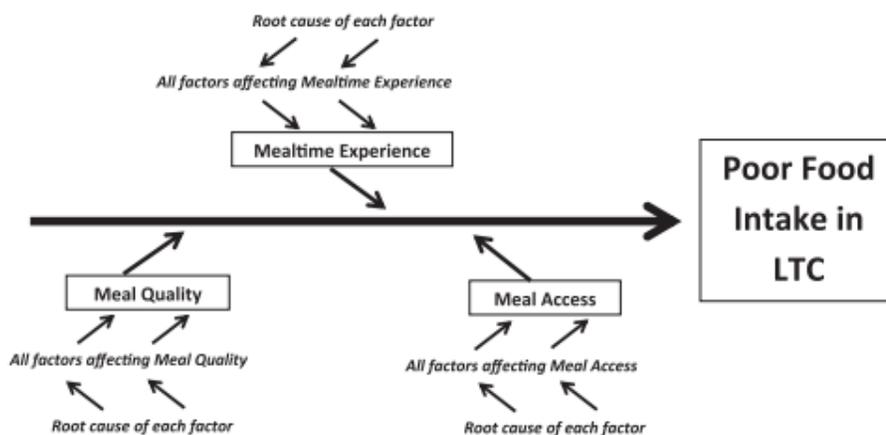


Fig. 1. The M3 fishbone diagram.

Tiré de Keller et al. (2015)

Notre démarche se distingue par l'observation des distinctions dans la perception des différents groupes consultés. Nos recommandations sont concentrées sur les initiatives permettant l'inclusion d'une majorité de résidents dans le processus décisionnel concernant l'offre alimentaire en CHSLD.

c. Consultation des experts

La consultation des experts se fera via des entrevues semi-dirigées en utilisant comme point de départ le même questionnaire que pour les groupes TGN permettant à la fois de confirmer la pertinence des consensus établis et les orientations théoriques en lien avec le domaine d'expertise de chacun. Le résident-partenaire a été identifié en début de projet par le service responsable des usagers-partenaires dans la direction des services multidisciplinaires du CISSS de Laval pour collaborer aux différentes étapes de la recherche à titre de consultant en plus de participer au projet à titre d'expert. Il s'agit d'un résident du CHSLD Fernand-Larocque desservi par le service alimentaire du CHSLD Val-des-Brises. Ce résident est un homme dans la soixantaine, suffisamment autonome pour faire des sorties non-accompagnées à l'extérieur, qui profite du service à la salle à manger de la cafétéria. Son profil ne représente pas typiquement la majorité des résidents, mais il était en mesure de comprendre le projet et donner son opinion sur les facteurs importants à ses yeux en ce qui concerne les repas. Nous avons également consulté Mme Nancy Presse, Ph.D. Dt.p., professeure associée-chercheuse FMSS à l'Université de Sherbrooke, afin de s'assurer de maximiser l'impact des initiatives sur la prise alimentaire. Finalement, la consultation de l'équipe de la sous-ministre adjointe de la Direction des aînés et des proches aidants, Mme Rosebush, a permis de mieux comprendre les orientations ministérielles actuelles et aligner les objectifs du projet en ce sens.

d. Traitement de l'information

Les résultats obtenus ont été rassemblés sous forme de tableaux, permettant de visualiser rapidement les similitudes et les distinctions entre les idées de chaque groupe d'intérêt. Une quatrième rencontre d'environ deux heures permettra de discuter les consensus dégagés lors des trois rencontres précédentes et valider les recommandations. Les recommandations porteront sur les déterminants et les actions qui ont été nommés par les résidents ou orientés envers l'un des besoins qu'ils ont évoqués durant leur rencontre. Un regard critique sera porté sur les distinctions propres à chaque groupe et comment cela peut avoir un impact sur le maintien à long terme des initiatives terrain en termes de participation des résidents aux processus alimentaires.

4. Résultats

a. Déterminants de l'apport alimentaire et hydrique principaux

Dans le but d'alléger la présentation des résultats, les déterminants qui ont été identifiés par au moins trois des quatre groupes ayant fait l'exercice du questionnaire vous sont présentés dans le tableau suivant. Étant donné le fait que la majorité des participants les aient identifiés, il est possible de croire qu'ils sont ceux ayant une plus grande importance. Les résultats complets se trouvent en annexe 3.

Tableau 1: Déterminants principaux de l'apport alimentaire et hydrique en CHSLD

Déterminants	Thème	GP	Gr 1	Gr 2	Gr 3
Approche du personnel auprès des résidents	Expérience-repas	x	x	x	x
Techniques de stimulation durant le repas	Expérience-repas	x	x	x	x
Contexte socio-affectif	Expérience-repas	x	x	x	x
Variété aliments offerts	Disponibilité	x	x	x	x
Température des aliments	Qualité des aliments	x	x	x	x
Présentation des aliments	Qualité des aliments	x	x	x	x
Respect des goûts et aversions	Qualité des aliments	x	x	x	x
Type de service (plat par plat)	Expérience-repas	x	x	x	x
Culture (habitudes alimentaires)	Disponibilité	x	x	x	x
Environnement physique	Expérience-repas	x	x	x	x
Positionnement/confort	Expérience-repas	x	x	x	x
Ambiance (bruits, distractions, comportements perturbateurs des autres résidents)	Expérience-repas	x	x	x	
Textures et consistances adaptées	Qualité des aliments	x	x	x	
Saveur des aliments	Qualité des aliments	x	x		x
Possibilité de choisir	Disponibilité	x		x	x
État de santé	Expérience-repas	x	x		x
Initiatives du personnel (personnalisation)	Expérience-repas	x	x		x
Temps alloué aux repas	Expérience-repas	x	x		x

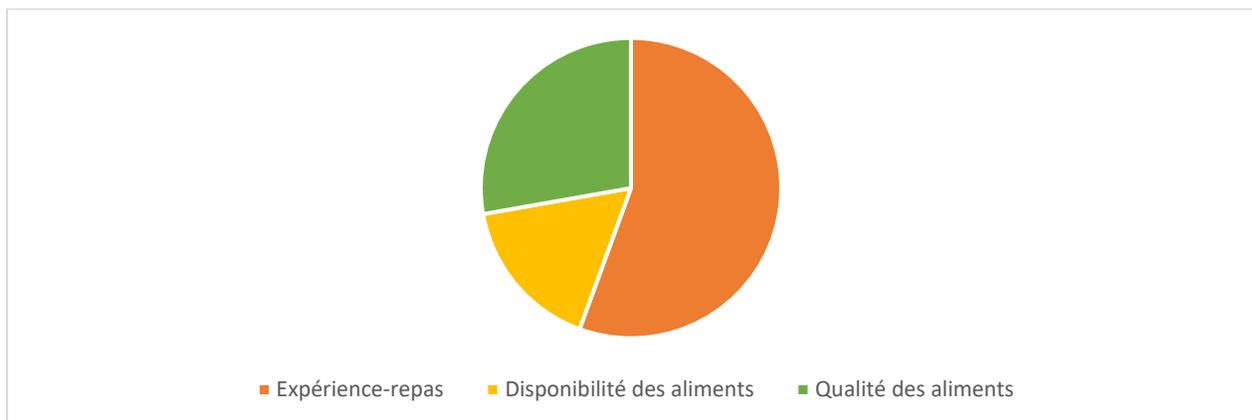
**Légende : GP : groupe pilote, Gr 1 : Les résidents et leurs représentants, Gr 2 : Les professionnels et les intervenants, Gr 3 : La direction et les cadres intermédiaires*

La présence du groupe-pilote, qui était composé de représentants des trois groupes d'intérêt, permet de confirmer que nous obtenons généralement des résultats plus complets quand les différents acteurs sont présents dans une rencontre de planification des services.

Les résultats obtenus concordent avec les résultats de l'étude de Keller et coll. (2015). Dans cette étude, les participants étaient amenés à donner un score aux déterminants pour les prioriser. Les principaux ont été les interactions sociales des résidents, la capacité à s'alimenter, l'environnement physique, la formation du personnel, etc. Les experts consultés ont également mentionné la socialisation comme point tournant de la motivation des personnes âgées à s'alimenter. Mme Presse rappelait que traditionnellement, pour cette génération, le moment du repas est une occasion de s'ouvrir aux autres, ce serait un point d'insatisfaction qui est sous-estimé. M. Larivière, l'utilisateur-partenaire, disait apprécier la compagnie des autres résidents et avoir développer des liens d'amitié grâce au regroupement à la salle à manger.

Il est intéressant de s'attarder à la proportion des thèmes reliés aux déterminants principaux (voir figure 1). De manière générale, dans tous les groupes confondus, cette proportion relative était observable, c'est-à-dire que bien que la qualité et l'offre alimentaire soit incontournable pour satisfaire les résidents et leur donner envie de consommer leur repas, les éléments composant l'expérience-repas sont nombreux et permettent une meilleure adhérence à la cuisine d'établissement et une amélioration de la satisfaction générale. Cette affirmation a été discuté avec les participants des différents groupes ainsi qu'avec les experts et elle faisait consensus. À partir d'une certaine qualité, l'expérience-repas devient plus significative que si des changements sont appliqués uniquement sur les deux autres aspects de l'alimentation.

Figure 1: Influence des thèmes sur l'appréciation des repas en CHSLD en fonction des déterminants principaux identifiés par les groupes d'intérêts



Puisque l'exercice vise à permettre la participation des résidents à ses choix alimentaires au quotidien, il est intéressant de voir les éléments qui ont été identifiés par le groupe 1, mais qui n'ont pas ou peu été relevé par les autres groupes.

Tableau 2: Autres déterminants de l'apport alimentaire identifiés par le groupe 1

Déterminants	Thème	GP	Gr 1	Gr 2	Gr 3
Événements spéciaux (thèmes saisonniers)	Expérience-repas	x	x		
Odeurs	Expérience-repas		x	x	
Ressources humaines/disponibilité du personnel pour assistance	Expérience-repas		x		x
Gestion du risque	Expérience-repas		x		
Connaissances des procédures (possibilité de changements de choix, aliments disponibles, moyens de communication, rôle des intervenants)	Expérience-repas		x		
Désir de ne pas déranger	Expérience-repas		x		

**Légende : GP : groupe pilote, Gr 1 : Les résidents et leurs représentants, Gr 2 : Les professionnels et les intervenants, Gr 3 : La direction et les cadres intermédiaires*

Les déterminants nommés semblent concerner la possibilité de personnaliser l'expérience-repas, la notion de plaisir, l'implication de plusieurs sens.

La seconde question du bloc 1 du questionnaire traitait des insatisfactions principales des résidents. Tout comme pour la première question, nous avons regroupé en haut de la liste les éléments partagés par au moins trois des quatre groupes consultés. Voici les résultats obtenus.

Tableau 3: Insatisfactions principales communiqués par les résidents en CHSLD

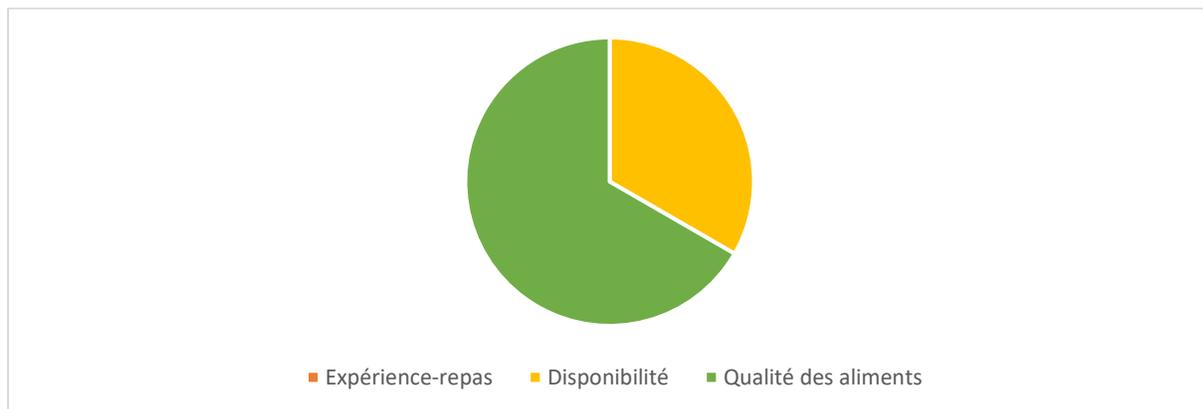
Insatisfactions des résidents	Thème	GP	Gr 1	Gr 2	Gr 3
Variété aliments offerts	Disponibilité	x	x	x	x
Température des aliments	Qualité des aliments	x		x	x
Saveur des aliments	Qualité des aliments	x	x		x
Respect des goûts et aversions	Qualité des aliments	x	x	x	
Textures et consistances non désirées	Qualité des aliments		x	x	x
Offre de fruits et légumes frais	Disponibilité		x	x	x
Présentation des aliments	Qualité des aliments	x			x
Adaptation à la cuisine d'établissement	Qualité des aliments	x		x	
Ambiance (bruits, distractions)	Expérience-repas			x	x
Quantité	Qualité des aliments			x	x
Restrictions alimentaires (s/sel, s/sucre)	Qualité des aliments			x	x
Erreur dans les cabarets	Qualité des aliments	x			

État de santé	Expérience-repas	x			
Respect du rythme du résident	Expérience-repas	x			
Assaisonnements	Qualité des aliments			x	
Temps alloué aux repas	Expérience-repas			x	
Clarté de l'affichage du menu de 3 semaines	Expérience-repas		x		
Possibilité de pouvoir manger avec la famille/personnel	Expérience-repas				x
Perte de la responsabilité des femmes dans la planification des repas	Expérience-repas				x
Service plat par plat non fait	Expérience-repas				x
Horaire des repas	Expérience-repas				x

*Légende : GP : groupe pilote, Gr 1 : Les résidents et leurs représentants, Gr 2 : Les professionnels et les intervenants, Gr 3 : La direction et les cadres intermédiaires

Comme le montre la figure 2, on observe une dominance des plaintes sur la qualité des aliments bien que la question portant sur les déterminants des apports alimentaires démontrent l'influence d'une grande quantité de facteurs liés à l'expérience-repas.

Figure 2: Insatisfactions principales des résidents en CHSLD



L'une des explications possibles est l'absence de référence pour le résident en ce qui concerne la norme d'une expérience-repas optimale. Dans cette phase de la vie où les attentes sont bien différentes qu'à une autre époque, il peut y avoir une forme de résilience qui s'installe doublée comme l'indiquait l'un des participants du premier groupe d'un désir de ne pas déranger. Plutôt que de demander des assaisonnements, de mentionner une préférence pour un autre menu, de mentionner au personnel un inconfort en lien avec le positionnement ou l'environnement, le résident peut choisir de délaissé son repas. Il considère alors l'offre alimentaire moins intéressante alors qu'une écoute active de ses besoins aurait pu changer le scénario et permettre la prise d'un bon repas.

L'utilisateur-partenaire considérait que ses compères et lui-même étaient généralement satisfaits des repas et n'avaient pas de commentaires particuliers à partager. En discutant avec lui de ce qui lui manquait par rapport à son domicile avant l'hébergement, il a mentionné l'accessibilité des boissons gazeuses car il devait à présent contrôler son diabète et la sauce à spaghetti qu'il se préparait chez lui. Il aimait aussi la journée chaque semaine où il se permettait de commander de la pizza, qu'il partageait parfois avec ses amis ou avec le personnel.

Ce témoignage appuie les propos tenus par Mme Presse sur l'importance de la socialisation. Il démontre aussi une satisfaction à l'auto-détermination, le fait de pouvoir faire des choix et le fait de pouvoir s'ouvrir aux autres.

b. Participation du résident

Par rapport aux moyens dont disposent le résident pour exprimer ses insatisfactions, voici les réponses obtenus pour l'ensemble des groupes.

Tableau 4: Moyens de communication des goûts-aversions pour les 3 groupes de référence

Moyens de communications des goûts-aversions pour les 3 groupes de référence
<ul style="list-style-type: none">• Écrire les commentaires sur le coupon-menu qui se trouve dans le cabaret• Communiquer verbalement avec les intervenants (famille/proche/personnel)• Observations et présence des TD/nutritionnistes/PAB/SI/famille/proche• Refus et de manger• Démontrer des comportements perturbateurs• Expressivité faciale• Comité des résidents• Les sondages de satisfaction• Commissaire aux plaintes• Questionnaire d'admission• Audit des repas• Feuille de suivis des apports alimentaires quotidien

Tous les groupes ont eu la réflexion que plusieurs résidents se trouvent désavantagés par les moyens mis en place. Il peut y avoir une barrière de langue qui limite la communication verbale et écrite. Si la personne est sous la curatelle publique et qu'elle a des troubles cognitifs importants, elle dépend entièrement des soins du personnel pour être comprise et communiquer ses goûts et préférences au service alimentaire. Au cœur des discussions étaient toujours la compréhension du personnel de l'importance de l'alimentation dans le bien-être du résident, un besoin qui va au-delà

de la satisfaction, mais qui a également un impact sur la santé de l'individu. Pour améliorer l'appréciation du repas, les résidents et leurs proches doivent disposer et connaître les moyens de communiquer leurs préférences dans les établissements. Les besoins alimentaires et hydriques peuvent varier en fonction de l'évolution de l'état de santé, l'information sur les procédures alimentaires doit donc être disponible et accessible en tout temps. Le personnel doit tenter de créer des occasions pour discuter quotidiennement des goûts et aversions et documenter les changements nécessaires pour personnaliser le service. Mme Presse mentionnait le rôle essentiel des membres du comité des résidents dans les différents comités dans l'organisation ainsi que l'implication des usager-partenaire.

Plusieurs impacts positifs liés à l'amélioration de l'inclusion des personnes âgées dans le déroulement de l'activité repas ont été identifiés par les groupes. Cette réflexion visait à permettre une prise de conscience sur l'impact du changement de culture centrée sur le résident, qui va même au-delà des bénéfices pour la santé et le bien-être de l'individu. Les impacts positifs touchent de climat de travail, la relation entre le résident et le personnel, la rétention du personnel, la diminution des coûts pour les soins.

Tableau 5: Impacts positifs liés à un changement de culture centrée sur le résident

Liste des impacts pour les 3 groupes de référence

- Amélioration du climat de travail
- Contribue à la philosophie "milieu de vie"
- Changement de culture en faveur de l'amélioration de l'autonomie décisionnelle
- Priorisation des actions qui sont importantes pour les usagers
- Diminution des plaies de pression
- Diminution de l'utilisation des suppléments alimentaires
- Diminution du gaspillage alimentaire
- Amélioration de la qualité de vie du résident et de sa satisfaction
- Amélioration de l'état de santé
- Sentiment de dignité, estime de soi pour le résident
- Diminution des coûts liés à l'amélioration de l'état de santé
- Diminution de la lourdeur de la tâche

En ce qui a trait aux enjeux et barrières qui limiteraient le changement permettant de donner plus d'autonomie et de choix aux résidents, les résultats détaillés sont présentés ci-dessous.

Tableau 6: Enjeux et barrières au changement

Enjeux/Barrières aux changements	GP	Gr 1	Gr 2	Gr 3
Ressources financières	x	x	x	x
Manque d'effectif RH	x		x	x
Manque de connaissances du personnel sur les meilleures pratiques en alimentation			x	x
Aménagement de l'établissement			x	x
Salubrité/PCI	x	x		x
État de santé (troubles cognitifs)	x			
Langue d'origine	x			
Manque de collaboration/communication inefficace			x	
Absence de travail d'équipe (jour/soir approche différente, MOI pas informée des procédures)			x	
Diètes trop restrictives		x		
Limitation de l'équipement utilisé		x		
Volonté du personnel (travail d'équipe, éliminer le travail en silo) et de l'administration		x		
Limitation de l'implication des familles (procédures à respecter, restrictions légales)		x		
Manque d'harmonisation des pratiques entre les établissements				x
Conventions collectives à respecter/collaboration syndicale				x
Gestion du changement de culture pour l'inclusion des résidents				x
Mise à jour des plan de travail/manque d'informations				x

Les ressources financières ressortent comme le principal obstacle, suivi par la pénurie de personnel que nous vivons actuellement. La situation précaire au niveau des ressources humaines s'accompagne d'une rotation élevée de personnel qui n'aide pas à la formation et l'expertise du personnel en place. Les connaissances quant aux meilleures pratiques d'alimentation ont beaucoup évoluées dans les dernières années, une mise à jour des connaissances auprès du personnel régulier semble pertinente. Les limites liées aux normes du bâtiment et à l'aménagement des établissements ont également été nommé. En attente parfois de rénovations majeures, les gestionnaires essaient d'être créatifs pour animer les milieux de vie et les rendre agréables pour la clientèle. Avec la pandémie, la gestion du risque est devenue autant un moyen incontournable de protection de la clientèle en hébergement, mais constitue aussi une barrière à la mise en place d'initiatives permettant de briser l'isolement et multiplier les occasions de socialisation au quotidien.

Mme Presse mentionnait la présence d'une forme d'âgisme inconscient qui se manifeste parfois par de l'infantilisation auprès de la clientèle. Le personnel associe parfois à tort les troubles cognitifs avec une inaptitude à prendre des décisions soi-même. De manière bienveillante, le personnel va agir proactivement pour aider le résident dans ses AVQ plutôt que de lui laisser l'opportunité d'accomplir certaines activités lui-même et d'en tirer une satisfaction et une confiance en lui.

5. Discussions

La réalisation de ce projet a permis de confirmer la différence de perception entre les différents groupes d'intérêts. Involontairement, les groupes ont tendance parfois à mettre de l'avant leurs valeurs et leurs propres préférences. Les solutions proposées par chaque groupe sont présentées à l'annexe 4. Les biais relatifs aux groupes d'appartenance sont évidents. Durant la discussion sur les barrières au changement, la direction et les cadres réfléchissaient aux négociations avec les syndicats, la mise à jour des outils de travail, la gestion du changement alors que le personnel s'inquiétait de la collaboration dans les équipes et de la communication entre les différents quarts de travail. Les préoccupations des résidents étaient souvent simples, ils aimaient apprécier la vue de leur chambre, prendre soin de leur plant de tomates, manger avec leurs proches. Les familles s'inquiétaient de voir le personnel qui ne donne pas leur pleine attention à leur parent. Elles trouvaient difficile l'adaptation entre les habitudes de leurs parents à domicile et l'évolution des préférences rapportées par le personnel sur le terrain tant au niveau des soins qu'en ce qui concerne l'alimentation. Elles déploraient le fait de ne pouvoir s'impliquer auprès des autres résidents vulnérables en raison des normes de sécurité en place. La collaboration entre les différents acteurs est donc essentielle pour la mise en place des solutions durables.

Il faut actualiser la philosophie autour de l'alimentation. Il ne s'agit pas seulement d'un travail multidisciplinaire à l'interne, mais de l'inclusion des proches et des partenaires externes afin de favoriser la mise en place d'un milieu de vie à l'intérieur de nos établissements. Bien que toutes les interventions partent d'un désir d'amélioration du service, les actions devraient être établies en fonction des priorités des résidents et de leurs proches. Puisque la gestion des administrations publiques est orientée vers les résultats, la présence d'indicateurs de performance transversaux

serait un bon moyen pour encourager les directions à travailler ensemble. Les échanges et les discussions sont une source d'inspiration permettant de s'ouvrir aux autres réalités et ainsi éviter d'adopter des comportements protectionnistes envers les routines de travail. La discussion avec Mme Presse allait dans ce sens, elle proposait des indicateurs tels que le nombre de pesée effectuée par le personnel par maisonnée par mois, le nombre d'observations de repas effectué par les techniciennes en diététique par mois, le pourcentage de résidents ayant perdu plus de 10% de masse corporel sur une période de six mois, le nombre d'activité culinaire exécuté dans une maisonnée par mois, etc. L'influence des apports alimentaires est toujours difficile à isoler, mais ce type de suivi permet de placer la nutrition au cœur des priorités en plus de démontrer que tous les intervenants ont une responsabilité pour optimiser les bienfaits de l'activité-repas.

La gestion du risque doit devenir une responsabilité partagée avec le résident et les proches afin de respecter la dignité de la personne. Avec la pandémie, les mesures de prévention et contrôle des infections sont devenues des contraintes importantes dans la mise en place d'un milieu de vie intéressant aux yeux de la clientèle. Les scandales médiatiques ont eu un impact sur le personnel et il devient important d'encadrer les attentes pour permettre aux usagers d'exercer leurs droits. L'exercice de l'auto-détermination doit être bien comprise afin de corriger la tendance du personnel à se centrer sur les tâches à accomplir plutôt que d'offrir au résident l'opportunité d'exercer son autonomie tout au long de la journée au travers de ses activités quotidiennes.

L'un des éléments qui a ressorti dans les trois groupes est le manque de connaissances des procédures du service alimentaire. Tant pour les employés que les familles, les options disponibles, la localisation des outils de travail, les numéros de téléphone et le rôle des intervenants n'étaient pas clairs. La communication est un combat sans fin, l'abondance de la documentations remises lors de l'admission d'un résident peut être difficile à assimiler dans ce moment souvent riche en émotions. La technologie peut aider en ce sens. La disponibilité de plusieurs informations peut être possible via le site internet ou par envoi courriel. Il faut toutefois considérer que cette option ne convient pas à tous. La disponibilité de feuillets d'informations ou de vidéos explicatifs accessibles sur place sont des solutions beaucoup plus inclusives. Ce type de format permet aux résidents et leurs proches de prendre connaissance de l'information au moment opportun, ensemble. Pour être en mesure d'agir à titre de partenaires, les familles et les proches doivent détenir certaines informations sur le fonctionnement de l'organisation et spécifiquement de l'unité/maisonnée de

son parent. Ils doivent être reconnus par le personnel comme des acteurs dans le projet de vie dans lequel nous souhaitons accompagner le résident.

L'offre alimentaire doit elle aussi être adaptée pour la clientèle en perte d'autonomie. Le type d'aliments qui compose le menu doit être réfléchi afin de faciliter la préhension, de la vaisselle ergonomique doit être disponible et le type de service doit rappeler les habitudes au domicile. La connaissance de l'histoire de vie est incontournable pour pouvoir personnaliser le service. En discutant les goûts et préférences de l'individu avec la technicienne en diététique, il sera possible de trouver des alternatives pour optimiser la satisfaction au niveau du menu.

La capacité de participation des résidents demeure une barrière à leur intégration dans les décisions quotidiennes concernant ses repas. Bien que les résidents ayant participé au groupe 1 et l'usager-partenaire ont été identifiés comme de bons candidats pour cette activité, il est évident que l'opinion de l'ensemble des résidents est toujours sous-représentée, la taille de notre échantillon est restreinte. Les résidents qui ont été rencontrés pouvaient nous parler de leurs anciennes habitudes alimentaires. Ils étaient en mesure de nous communiquer leur appréciation actuelle du menu en hébergement. Toutefois, la capacité à prendre parole au nom de leurs pairs demeurent limitées. La totalité des participants recevait des repas de texture régulière, la capacité cognitive des personnes âgées recevant une texture et consistance adaptée permet rarement leur participation à ce type de projet. Ils constituent un pourcentage important de la clientèle et nous croyons que des études supplémentaires devraient s'y consacrer pour permettre une évaluation juste de leur satisfaction. Sur le terrain, il faut oser expérimenter avec cette clientèle par l'observation directe et adapter l'offre alimentaire en conséquence.

6. Recommandations

Les orientations ministérielles au Québec concernant l'alimentation découlent de la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée (PHSSLD) et s'appliquent à tous les types d'hébergement de longue durée (centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ressources intermédiaires (RI), ressources de type familial (RTF), maisons des aînés et maisons alternatives) ainsi qu'à toutes les clientèles susceptibles d'y résider (Gouvernement du Québec, 2021). Elle met de l'avant des principes fondamentaux, le respect de la dignité, le soutien de l'auto-

détermination, l'approche en partenariat, la personnalisation des soins. Elle vise la bienveillance et le mieux-être de la personne hébergée.

Partant du fait que les objectifs et les désirs des résidents devraient être au centre de nos interventions, les insatisfactions et les solutions proposées par le groupe 1 ont été priorisées. Les solutions des deux autres groupes qui permettaient de répondre aux objectifs énoncés par le premier groupe ont également été intégrées en tant qu'actions prioritaires pour répondre aux besoins du résident.

Tableau 7: Recommandations en lien avec les principes directeurs pour les maisons des aînés/alternatives

Principes directeurs	Spécifications	Recommandations
1. Respecter la dignité de la personne	Autodétermination, la bienveillance et la justice	Clarifier la position de l'administration sur la gestion du risque
		Améliorer la formation du personnel sur la notion d'un consentement libre et éclairé ou d'un consentement substitué pour un majeur inapte
		Mettre en place des méthodes d'évaluation de la satisfaction qui permet l'inclusion d'une majorité de résidents
2. Autodétermination : « action de décider par soi-même et pour soi-même »	Textures et consistances non désirées	Offrir la possibilité de modifier son consentement en cours d'hébergement, écoute, projet de vie évolutif
		Respecter le fait que les choix ne correspondent pas nécessairement aux recommandations nutritionnelles, faire preuve de flexibilité pour maximiser les apports et la satisfaction de l'individu.
		Améliorer l'adaptation du menu aux goûts du résident en augmentant l'observation durant les repas et la fréquence de visites pour valider les goûts/aversions
		Améliorer les canaux de communication des goûts/aversions
		Clarifier et simplifier les affichages (horaire des menus, grosseur caractères, etc.)
	Exercer le contrôle sur son quotidien	Permettre la participation à la préparation des repas, à préparer les couverts et au rangement de l'espace dans le respect des capacités
		Présenter les choix possibles d'aliments/brevages/assaisonnements/etc. à chaque occasion
		Accompagner le choix de menu par des photos, des dégustations de manière à permettre l'autonomie décisionnelle d'un maximum de résidents.
		Respecter le rythme et l'horaire d'alimentation qui convient au résident.
	3. Actualiser l'approche de partenariat entre les usagers, les proches et les acteurs du système	Expérience vécue par l'usager et ses proches respecte ses attentes, ses besoins et son projet de vie
Communiquer aux familles/proches et les autres acteurs les procédures concernant l'activité du repas		

de santé et de services sociaux		
4. Viser le mieux-être de la personne hébergée	Socialisation	Permettre aux familles et les proches-aidants et au personnel de manger avec les résidents aux heures de repas.
		Favoriser les partenariats avec d'autres milieux afin de multiplier les occasions de socialisation (garderies, écoles, centres jeunesse, etc.)
	Encourager l'autonomie	Orienter l'alimentation vers la capacité des résidents (ex. : développer le manger mains, offrir des aides ergonomiques comme des aides à la préhension).
	Stimulation de l'appétit	Porter une attention particulière à la présentation visuelle des plats afin de stimuler l'appétit (ex. : moules en forme d'aliments, couleurs des aliments, texture des aliments, vaisselle de type résidentiel).
Favoriser le service plat par plat.		
5. Personnaliser les soins, les services et le milieu de vie de la personne	Innovations	Encourager et soutenir les initiatives du personnel permettant de créer des moments d'échanges et de partage avec les résidents
	Communications	Clarifier le rôle et les responsabilités de tous les titres d'emploi afin d'optimiser le service au résident (préposé-accompagnateur, technicienne en diététique, nutritionniste, etc.)
	Offre alimentaire	S'assurer, en dehors des heures régulières, de la disponibilité de repas variés (préparés par la famille et/ou les services alimentaires, disponibilité de repas à réchauffer et collations de qualité dans le réfrigérateur de chacune des maisonnées
		Augmenter la quantité d'assaisonnements/condiments/accompagnements disponibles dans les maisonnées/unités afin de personnaliser au goût des résidents
Promouvoir la possibilité lorsque les capacités du résident le permettent, d'utiliser le service de cafétéria.		
		Offrir des fruits/légumes frais en vrac dans les maisonnées/unités
6. Promouvoir et actualiser la bientraitance	Formations au personnel	Formation/supervision/accompagnement du personnel durant les heures de repas pour l'application des meilleures pratiques en alimentation
		Sensibiliser les équipes à l'importance de démontrer de l'intérêt pour la personne lors des interactions, une écoute active pour mieux comprendre les désirs du résident.

Les moyens pour donner suite aux recommandations devraient selon notre expérience faire l'objet de rencontres inter directions avec des représentants de tous les groupes pour s'assurer de la faisabilité et de l'adhérence au plan d'action local tout en gardant le cap sur les priorités des résidents.

Lorsque nous parlons de gestion du risque et de clarification de la notion de consentement libre et éclairé, la responsabilité de cette documentation repose en partie sur l'intervention des nutritionnistes, qui sont les spécialistes en ce qui a trait l'évaluation de la déglutition. Une collaboration avec l'ordre professionnel des diététistes serait intéressante pour clarifier l'application de la notion de refus de traitement et la documentation d'un choix libre et éclairé. Plusieurs témoignages ont été fait par des professionnels qui dans le doute, maintiennent une alimentation sécuritaire alors que plusieurs signes démontrent que le résident aurait une volonté autre. Les recommandations nutritionnelles peuvent être perçues comme obligatoire par le résident et les proches et devraient plutôt être présentées comme une solution à un problème. Les risques encourus si le résident n'adhère pas aux recommandations devrait être présentés de même que les inconvénients liés au traitement (apparence des aliments parfois moins appétissante, diminution de la variété) afin de permettre aux résidents et aux familles de faire le choix qui leur convient. La possibilité de modifier ce choix en fonction de l'évolution de l'état de santé et du projet de vie devrait être nommé pour dissiper la culpabilité et faciliter la communication. L'autodétermination passe également par la participation à l'activité-repas. Elle peut prendre forme en impliquant le résident dans la mise en place des couverts, dans le fait de sortir les condiments afin qu'ils soient offerts aux résidents par le personnel. Il peut s'agir d'amener les confitures devant le résident pour qu'il fasse un choix, de le laisser ajouter lui-même le lait dans son café. Lorsque les capacités le permettent, il est possible de discuter avec les résidents les plats saisonniers qui seraient souhaités, les idées peuvent ensuite être communiquées au service alimentaire et/ou au service des loisirs pour voir comment il serait possible de réaliser les recettes qui sont associées à l'histoire de vie du résident. La collaboration des familles à ce type de projet est intéressante, elle permet de respecter les particularités culturelles du met cuisiné tant au niveau de la confection du repas que du service. Une supervision est nécessaire pour assurer le respect des règles d'hygiène et de salubrité et la sécurité alimentaire.

La mise en place d'indicateurs de performance transversaux communiqués aux différentes équipes seraient un bon moyen de reconnaître l'importance de l'alimentation et permettrait la mise en place d'un suivi régulier de la part de toutes les directions impliquées. Bien que les bienfaits d'une saine alimentation et l'amélioration de l'état de santé soient souvent multi causales, certains indicateurs peuvent témoignés de l'application des bonnes pratiques.

La mise en place d'un changement de culture requiert du temps. Il faut doucement intégrer de nouvelles habitudes une à une et permettre au personnel de réaliser que la tâche n'est pas plus lourde, les interventions sont simplement faites avec une approche différente. Dans les discussions qui ont eu lieu pour ce projet, il est ressorti que la personnalisation du service et l'animation d'un milieu de vie prenaient forme à travers les initiatives des équipes terrains. Ces activités spontanées mises en place par le personnel doivent faire l'objet d'une reconnaissance au niveau tant clinique qu'organisationnel. Cette reconnaissance peut être verbale, écrite, mais passe également par la mise en place de soutien parfois financier, parfois technique pour permettre aux équipes de concrétiser leurs idées et expérimenter de nouvelles approches. Certains produits peuvent être disponibles en vrac (fruits, légumes) dans les maisonnettes/unités pour faciliter l'implication des résidents à la préparation de certains aliments.

Bien que chaque principe directeur soit essentiel et inter relié aux autres, les experts consultés et la littérature soutiennent que la socialisation est au cœur de l'activité alimentaire. Les actions prioritaires devraient permettre de faire de l'activité-repas un moment où le résident connecte avec une autre personne, où il se sent écouté et compris dans ses besoins. L'impact sur l'appétit du résident et sa motivation à s'alimenter est majeur lorsque les aspects sociaux et affectifs sont évacués de la tâche. La promotion de la bienveillance passe par la proximité, les échanges qui permettent la personnalisation de l'expérience du repas et la prise en compte des préférences du résident. La considération réelle de la personne âgée dans une interaction lors des repas permet de briser le sentiment de solitude et d'isolement. Pour y arriver, il ne s'agit pas seulement de sensibiliser le personnel, mais également d'assurer une présence terrain sur les heures de repas pour soutenir les équipes dans l'application des meilleures pratiques. Il faut remplacer les réflexes de « faire pour le résident » et les remplacer par « faire avec le résident » à chaque occasion.

Conclusion

La définition des priorités de chaque groupe d'intérêt nous aura permis d'établir des actions prioritaires réalistes et durables, mais surtout représentatives des besoins et désirs réels des résidents. Nous avons eu l'opportunité de constater les biais qui sont propres à chaque groupe d'intérêt, justifiant un besoin criant de travailler ensemble sur l'alimentation qui est une activité transverse dans l'organisation du travail de nos équipes. La difficulté à rejoindre tous les acteurs clés et avoir le temps de travailler ensemble de manière proactive sur la planification de l'amélioration de l'activité alimentaire témoigne des nombreux projets d'améliorations qui se déroulent en simultané dans nos organisations. La matrice d'Eisenhower nous rappelle que la productivité s'obtient en accordant du temps aux tâches qui vous permettent d'avancer, de ne pas négliger l'importance sur l'urgence, bien que les gains ne soient pas immédiats. La mise en place des meilleures pratiques en alimentation peut être payante sur bien des aspects, mais les résultats seront le fruit d'efforts soutenus et du maintien de la communication sur les impacts positifs d'un changement de culture centré sur le résident.

Un exercice intéressant consiste à rêver de ce que pourrait avoir l'air un service alimentaire en hébergement dans dix ans. Pour répondre aux besoins transmis par les principes directeurs de la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée, j'imagine qu'un service alimentaire dans le futur permettra un mode hybride, l'envoi de certains aliments frais en vrac, permettant aux résidents de participer à la planification et à la préparation de certains mets, offrant de la flexibilité pour personnaliser le service. Le développement de recettes adaptées savoureuses, permettant de répondre aux besoins de notre clientèle sans négliger l'aspect du plaisir. L'isolement et l'ennui sont une problématique omniprésente dans les CHSLD, l'alimentation est une activité qui rassemble, qui crée des occasions d'échanges et de découverte de l'autre. Le temps est arrivé de se mettre en action et de profiter de cette activité, trois fois par jour, pour animer nos milieux de vie et permettre aux résidents d'exercer leur compétence.

Annexe 1 : Composition des groupes

Groupe 1 : Les résidents et leurs représentants

Résidente CHSLD Val-des-Brises :	Jeannine Cyr
Résident CHSLD Val-des-Brises :	Laure Marselais
Famille (mari de Mme Marselais) :	Francois Durand
Famille (fille d'une résidente du CHSLD Fernand-Larocque) :	Claudie Perron
Famille (femme résident de VDB/infirmière/membre comité des résidents) :	Lisette Gagnon
Famille (fille d'une résidente du CHSLD Fernand-Larocque) :	Colette Larin
Bénévole VDB/famille/infirmière :	Chantal Laferrière

Groupe 2 : Les professionnels et les intervenants

Infirmière 1 :	Santabaye Ballea
Infirmière 2 :	Maryse André
PAB 1 :	Noémie St-Arnaud
PAB 2 :	Chantal Piette
Nutritionniste VDB :	Silvana Prena
Technicienne en diététique VDB :	Anabel Gauthier
Technicienne en loisirs VDB :	Brigitte Boudreau
Éducatrice VDB :	Caroline Masson

Groupe 3 : L'équipe de direction et les cadres intermédiaires

Directrice SAPA - hébergement :	Caroline Delisle
Directrice-adjointe SAPA –hébergement :	Marie-France Dubois
Conseillère-cadre clinique :	Amélie Gagnon
Gestionnaire de site CHSLD VDB :	Lucie Germain
Chef d'unité VDB:	Joëlle Carpentier
Adjointe-directrice à la direction logistique :	Karine Tessier
Coordonnatrice service alimentaire secteur hébergement :	Marie-Ève Lefebvre
Chef de service alimentaire :	Natalie Bergeron
Comité clinique et milieu de vie	Linda Primeau

Groupe pilote : Test du questionnaire TGN

Directrice école secondaire Saint-Jean-Baptiste, Longueuil :	Laurence Beaunoyer Pinsonneault
Chef d'unité CHSLD Val-des-Brises :	Isabelle Leger
Infirmière CHSLD Val-des-Brises :	Geneviève Ouellet, infirmière
PAB CHSLD Val-des-Brises :	Joyce Boposo-Bilelo
ACTD CHSLD Val-des-Brises :	France Lalonde
Nutritionniste CHSLD Fernand-Larocque :	Stéphanie Savoie
Présidente comité des résidents CHSLD Fernand-Larocque :	Lucie Fortin

Groupe 4 : Rencontre de validation des consensus dégagés et priorisation

Chef d'unité VDB:	Joëlle Carpentier
Coordonnatrice service alimentaire secteur hébergement :	Marie-Ève Lefebvre
Conseillère-cadre clinique :	Amélie Gagnon
Gestionnaire de site CHSLD VDB :	Lucie Germain
Adjointe-directrice à la direction logistique :	Karine Tessier
Famille (femme résident de VDB/infirmière/membre comité des résidents) :	Lisette Gagnon

Annexe 2 : Questionnaire pour les groupes TGN

Projet : La participation des personnes âgées aux processus alimentaires Questionnaire

1. Déterminants de l'apport alimentaire et hydrique principaux

- a) Identifier de manière individuelle les principaux déterminants qui exercent une influence sur les apports alimentaires et hydriques des résidents

Déterminants : Tout ce qui peut influencer les apports alimentaires et hydriques et la satisfaction du résident durant son repas.

- b) Quelles sont les principaux points d'insatisfaction des résidents à votre avis par rapport à l'activité des repas en CHSLD?

Retour en groupe

2. Participation du résident

Répondre aux trois questions suivantes

- a) De quelle manière le résident peut-il communiquer ses insatisfactions?
- b) Quelles sont les impacts possibles liés à l'amélioration de la participation/l'inclusion des résidents aux décisions liées à leur alimentation ?
- c) Quels seraient les enjeux/barrières au changement permettant une amélioration de la participation/représentation des résidents dans les décisions alimentaires?

Retour en groupe

- En équipe, à la suite des constats que nous avons faits ensemble, quels seraient à votre avis les actions prioritaires à entreprendre pour améliorer la qualité de l'alimentation et la satisfaction des résidents dans nos établissements?

Pour la priorisation des actions et leur évaluation, tenir compte des éléments suivants :

- (1) Susceptibles de changer positivement les comportements du personnel
- (2) Fort potentiel d'amélioration de l'apport alimentaire
- (3) Ampleur de la problématique : prévalence pour la majorité d'un groupe ou importance de l'enjeu pour un plus petit groupe de résidents
- (4) Pertinents pour les parties prenantes
- (5) Résultat mesurable
- (6) Améliore l'implication du résident au quotidien
- (7) Simplicité, possibilité de faire des projet-pilotes et observabilité

Annexe 3 : Résultats complets sur les déterminants de l'apport alimentaire en CHSLD

Tableau : Résultats complets sur les déterminants de l'apport alimentaire en CHSLD

Déterminants	Thème	GP	Gr 1	Gr 2	Gr 3
Approche (nommer aliments, respect du rythme et de l'autonomie du résident, se positionner au même niveau)	Expérience-repas	x	x	x	x
Techniques de stimulation durant le repas	Expérience-repas	x	x	x	x
Contexte affectif (présence/absence des pairs, amis, groupe, compagnie)	Expérience-repas	x	x	x	x
Variété aliments offerts	Disponibilité	x	x	x	x
Température des aliments	Qualité des aliments	x	x	x	x
Présentation des aliments (apparence des aliments)	Qualité des aliments	x	x	x	x
Respect des goûts et aversions	Qualité des aliments	x	x	x	x
Type de service (plat par plat)	Expérience-repas	x	x	x	x
Culture (habitudes alimentaires)	Disponibilité	x	x	x	x
Environnement physique (éclairage, température de la pièce)	Expérience-repas	x	x	x	x
Positionnement/confort	Expérience-repas	x	x	x	x
Ambiance (bruits, distractions, comportements perturbateurs des autres résidents)	Expérience-repas	x	x	x	
Textures et consistances adaptées	Qualité des aliments	x	x	x	
Saveur des aliments	Qualité des aliments	x	x		x
Possibilité de choisir	Disponibilité	x		x	x
État de santé	Expérience-repas	x	x		x
Initiatives du personnel (personnalisation)	Expérience-repas	x	x		x
Temps alloué aux repas	Expérience-repas	x	x		x
Restrictions alimentaires (s/sel, s/sucre)	Qualité des aliments	x			x
Événements spéciaux (thèmes saisonniers)	Expérience-repas	x	x		
Hygiène buccale	Expérience-repas			x	x
Odeurs	Expérience-repas		x	x	
Horaire des repas	Expérience-repas			x	x
Ressources humaines (nombre de gens disponibles pour la stimulation)	Expérience-repas		x		x
Quantité	Qualité des aliments	x			
Disponibilité des produits	Disponibilité	x			
État d'hydratation	Expérience-repas			x	
Aide à l'alimentation	Expérience-repas				

Assaisonnements	Qualité des aliments			x	
Fréquence des rappels/offre d'aliments	Expérience-repas			x	
Gestion du risque (protocole à suivre, peur du personnel de commettre des erreurs, difficulté à respecter rapidement la volonté du résident)	Expérience-repas		x		
Climat lors des repas (socialisation avec le résident, ne pas utiliser les cellulaires)	Expérience-repas		x		
Connaissances des procédures (changements de choix, aliments disponibles, moyens de communication, rôle des intervenants)	Expérience-repas		x		
Désir de ne pas déranger	Expérience-repas		x		
Délocalisation de la production du repas	Expérience-repas				x
Appétit/État d'éveil/dépense énergétique	Expérience-repas				x
Capacité physique à s'alimenter	Expérience-repas				x
Médication	Expérience-repas				x
Respect/prise en compte de l'évolution possible des goûts/aversions	Expérience-repas				x

Annexe 4 : Solutions prioritaires proposées par chaque groupe d'intérêt

Solutions prioritaires	
Gr 1: Les résidents et leurs proches	Possibilité de se rendre à la cafétéria pour un service avec plus de choix
	Augmenter la quantité d'assaisonnements disponible sur les unités afin de personnaliser au goût des résidents
	Améliorer l'adaptation du menu aux goûts du résident en augmentant le nombre d'heure alloué aux techniciennes en diététique pour faire des visites aux heures des repas.
	Améliorer la présentation des choix en incluant des photos afin de permettre aux résidents d'identifier ses
	Effectuer de manière systématique un questionnaire de goûts/aversions à l'admission en utilisant des photos illustrant également les possibilités de quantité offerte (petite/régulière/grosse portion)
	Améliorer la communication des goûts/aversions
	Respect et encouragement de l'autonomie en respectant la capacité du résident
Gr 2: Les professionnels et les intervenants	Offrir plus d'options végétariennes sur le menu
	Formation/sensibilisation du personnel sur l'importance de l'alimentation et de l'expérience-repas
	Mettre des photos des mets pour effectuer le choix de menus avec le résident
	Effectuer de manière systématique un questionnaire de goûts/aversions en utilisant des photos illustrant également les possibilités de quantité offerte (petite/régulière/grosse portion)
	Possibilité de se rendre à la cafétéria pour un service avec plus de choix
	Augmenter la quantité d'assaisonnements disponible sur les unités afin de personnaliser au goût des résidents
	Améliorer la communication des goûts/aversions
Gr 3: La direction et les cadres intermédiaires	Améliorer l'adaptation du menu aux goûts du résident en augmentant le nombre d'heure alloué aux techniciennes en diététique pour faire des visites aux heures des repas.
	Améliorer la présentation des choix en incluant des photos afin de permettre aux résidents d'identifier ses préférences.
	Mise en place d'un service à la carte afin de mieux respecter le moment propice du résident pour s'alimenter.
	Activité de confection des repas/collations dans les milieux de vie, avec le résident.
	Ouvrir les portes des maisonnées pour permettre aux résidents de s'approprier les espaces communs de l'établissement, favoriser les partenariats avec d'autres milieux afin de multiplier les occasions de socialisation.
	Permettre aux familles/proches et au personnel de manger avec les résidents aux heures de repas.
	Augmentation des connaissances du personnel sur les meilleures pratiques en alimentation/coaching sur le terrain.
Gr. Pilote	Améliorer la participation des résidents à la préparation des repas selon leurs capacités
	Dégustation des nouveaux menus, alternative au menu du jour, valider les aversions nommées à l'admission
	Augmenter la quantité de menus thématiques
	Avoir des photos des mets sur Ipad
	Intégrer famille/proches au moment du repas, possibilité de manger ensemble
	Observation des retour de cabaret
	Avoir un environnement favorable aux repas - application des meilleures pratiques
	Revoir la formule du comité-menu

Références

- Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, (2013). Guide de référence Alimentation de la personne âgée vivant en CHSLD. En ligne, https://www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss-cotenord/Soins_services/Personnes_agees/Hebergement/Guide_de_reference_-_Alimentation_de_la_personne_agee_vivant_en_CHSLD.pdf
- Chevalier, S., Saoud, F., Gray-Donald, K., & Morais, J. A. (2008). The physical functional capacity of frail elderly persons undergoing ambulatory rehabilitation is related to their nutritional status. *The journal of nutrition, health & aging*, 12(10), 721-726.
- CISSS de Laval (2021), rapport annuel de gestion 2020-2021, en ligne, https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/cisss_laval/Documentation/Rapport_annuel_de_gestion/CISSS_de_Laval_-_Rapport_annuel_de_gestion_2020-2021.pdf
- CISSS de Laval, direction de santé publique (2020), Portrait lavallois 2020 Volet 1 – Démographie et caractéristiques socioéconomiques, en ligne, https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/cisss_laval/Documentation/Sante_publicue/Profils_et_portraits/Portraits/Portrait_lavallois_2020_Volet_1.pdf
- CISSS de Laval (2022), Programmation clinique des CHSLD adapté aux aînés atteints de troubles neurocognitifs, Direction SAPA, document interne.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2017), rapport annuel de gestion 2016-2017, en ligne, https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/RapportAnnuel/CSBE_RAG_2016_2017_2.pdf
- Bouima, S., Michaud, M., & Gojard, S. (2019). La « personne âgée isolée dénutrie »: l'usage des discours du risque et du manque par les acteurs de terrain. *Retraite et société*, (2), 89-113.
- Boulay, M., & Lenoir, F. (2020). L'alimentation, un enjeu transversal. *Regards*, 57(1), 165-173.
- Charpentier, M., & Soulières, M. (2007). Pouvoirs et fragilités du grand âge: « J'suis encore pas mal capable pour mon âge » (Mme H., 92 ans). *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 128-143
- Croghan, N. L., Short, R., Dupler, A. E., & Heaton, G. (2015). The influence of cognitive status on elder food choice and meal service satisfaction. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 30(7), 679-685
- Dénutrition. (2022), *Wikipedia*, <https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9nutrition>
- Dunne, J. L., & Dahl, W. J. (2007). A novel solution is needed to correct low nutrient intakes in elderly long-term care residents. *Nutrition reviews*, 65(3), 135-138.
- Guérin, L. (2016). « Faire manger » et « jouer le jeu de la convivialité » en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). De l'intensification des contraintes de travail pendant le service des repas. *Sociologies*.

Gouvernement du Québec (2021), Des milieux de vie qui nous ressemblent : Politique d'hébergement et de soins et services sociaux de longue durée, ministère responsable des Aînés et des Proches aidants, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002994/>

Gouvernement du Québec (2022), Pénurie de main-d'œuvre en contexte de COVID-19 - Nouvelles mesures incitatives pour le personnel du réseau de la santé et des services sociaux et de certains partenaires, Cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux, (en ligne), <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/penurie-de-main-doeuvre-en-contexte-de-covid-19-nouvelles-mesures-incitatives-pour-le-personnel-du-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux-et-de-certains-partenaires-37331>

Gouvernement du Québec (2021), Plan stratégique 2019-2023, minist`re de la santé et des service sociaux, en ligne, https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_20-717-01W_MSSS.pdf?1631899169

ITHQ (2022), Présentation du mandat sur l'amélioration des repas en CHSLD, document interne.

Keller, H., Beck, A. M., & Namasivayam, A. (2015). Improving food and fluid intake for older adults living in long-term care: A research agenda. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(2), 93-100.

Keller, H. H., Carrier, N., Slaughter, S. E., Lengyel, C., Steele, C. M., Duizer, L., ... & Villalon, L. (2017). Prevalence and determinants of poor food intake of residents living in long-term care. *Journal of the american Medical Directors association*, 18(11), 941-947.

Keller, H., Carrier, N., Slaughter, S., Lengyel, C., Steele, C. M., Duizer, L., ... & Villalon, L. (2017). Making the Most of Mealtimes (M3): protocol of a multi-centre cross-sectional study of food intake and its determinants in older adults living in long term care homes. *BMC geriatrics*, 17(1), 1-15.

Lapalme, M. (2018). Révision de l'offre alimentaire en centre d'hébergement de soins de longue durée, CISSS Montérégie-Centre. *Nutrition Science en évolution: la revue de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec*, 16(2), 35-40.

Lengyel, C. O., Smith, J. T., Whiting, S. J., & Zello, G. A. (2004). A questionnaire to examine food service satisfaction of elderly residents in long-term care facilities. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 24(2), 5-18.

Massoulard, A., Desport, J. C., Baptiste, A., Jésus, P., Fraysse, J. L., Villemonteix, C., ... & Desbordes, S. (2009). Propositions de structuration des commissions de menus en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Nutrition clinique et métabolisme*, 23(3), 109-112.

McColl, D., & Nejat, G. (2013). Meal-time with a socially assistive robot and older adults at a long-term care facility. *Journal of Human-Robot Interaction*, 2(1), 152-171.

OPDQ (2014), Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée, *Mémoire de l'OPDQ*, en ligne,

file:///C:/Users/pico9302/Downloads/027m_ordre_professionnel_des_di%C3%A9t%C3%A9tistes_du_qu%C3%A9bec.pdf

Ouellet, S. (1999). La problématique de malnutrition chez les personnes âgées. *Résumé de la littérature scientifique*. Montréal: *Ordre professionnel des diététistes du Québec*.

Pouyet, V., Giboreau, A., Benattar, L., & Cuvelier, G. (2014). Attractiveness and consumption of finger foods in elderly Alzheimer's disease patients. *Food Quality and Preference*, 34, 62-69.

Roger, A., Michon, D., Sulmont-Rossé, C., van Wymelbeke-Delannoy, V., et Hugol-Gential, C. (2021). Engager les personnes âgées dans l'acte alimentaire: les pratiques du personnel en EHPAD. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 35(4), 260-267.

Sebaï, J. (2018). Participation citoyenne à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. *Santé publique*, 30(5), 623-631.

Shura, R., Siders, R. A., & Dannefer, D. (2011). Culture change in long-term care: Participatory action research and the role of the resident. *The Gerontologist*, 51(2), 212-225.

Rusu, A., Randriambelonoro, M., Perrin, C., Valk, C., Álvarez, B., & Schwarze, A. K. (2020). Aspects influencing food intake and approaches towards personalising nutrition in the elderly. *Journal of Population Ageing*, 13(2), 239-256