



**Élaboration d'un menu harmonisé pour les clientèles  
hébergées et hospitalisées dans les établissements du réseau  
de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.**

**Note informative**

Julie Dussault, Ph.D., agente de recherche en évaluation  
Sylvie St-Jacques Ph.D., responsable scientifique en Évaluation des  
technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux  
de première ligne (ETMISSS-PL)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la  
Capitale-Nationale – CSSS de la Vieille-Capitale

Institut universitaire de  
santé et de services  
sociaux de première  
ligne

Août 2015



UNIVERSITÉ  
LAVAL



ETMISSS-PL



**Élaboration d'un menu harmonisé pour les clientèles  
hébergées et hospitalisées dans les établissements du réseau  
de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale**

**Note informative**

par

Julie Dussault, Ph.D., agente de recherche en évaluation  
Sylvie St-Jacques Ph.D., responsable scientifique en ETMISS-PL

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la  
Capitale-Nationale – CSSS de la Vieille-Capitale

Août 2015

## Remerciements

Cette évaluation a bénéficié du soutien financier du CSSS de Québec-Nord. Ce document est disponible en version PDF sur le site Internet du CSSS de la Vieille-Capitale au [www.csssvc.qc.ca](http://www.csssvc.qc.ca). Ce document peut être reproduit, en tout ou en partie, avec mention de la source.

### Révision externe

Anne Gignac, Adjointe au directeur, services alimentaires, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec-Université Laval

### Conception graphique et mise en page

Nadine Michaud, agente administrative, CIUSSS de la Capitale-Nationale – CSSS de la Vieille-Capitale

### Correspondance

Sylvie St-Jacques Ph.D., responsable scientifique  
880, rue Père-Marquette, 3<sup>e</sup> étage  
CIUSSS de la Capitale-Nationale – CSSS de la Vieille-Capitale  
Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux  
Québec (Québec) G1S 2A4  
[Sylvie.St-Jacques@csssvc.qc.ca](mailto:Sylvie.St-Jacques@csssvc.qc.ca)

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CIUSSS de la Capitale-Nationale, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et les membres du groupe de travail de l'unité d'ETMISSS-PL ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

Pour citer ce document : Dussault, J. & S. St-Jacques (2015). Élaboration d'un menu harmonisé pour les clientèles hébergées et hospitalisées dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Note informative. Québec : CIUSSS de la Capitale-Nationale, 65 p

Dépôt légal : 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89680-122-0 (papier)

ISBN : 978-2-89680-123-7 (PDF)

Le projet de recherche a été réalisé au CSSS de la Vieille-Capitale et a été demandé par le CSSS de Québec-Nord, la mention de ces établissements apparaissent dans le document. Ces mentions, souvent d'ordre historique, évitent toute confusion et permettent de bien orienter le lecteur. Le CSSS de la Vieille-Capitale et le CSSS de Québec-Nord sont fusionnés depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015 au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

## Résumé

En réponse aux recommandations du Vérificateur général du Québec et dans la foulée du projet de loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale souhaite développer un menu maître régulier régional pour la prescription d'une offre alimentaire harmonisée dans ses établissements. L'équipe d'ETMISSS-PL a été mandatée pour réaliser une recherche documentaire sur le sujet. La recherche préliminaire de la littérature a permis d'identifier une revue exploratoire concernant les standards nutritionnels et de planification de menu dans les centres d'hébergements pour personnes âgées en Australie et en Nouvelle-Zélande ainsi qu'à l'international. Une recherche de la littérature grise publiée depuis 2005 a permis d'identifier 13 documents présentant des lignes directrices pour l'élaboration de menus réguliers dans les hôpitaux et les centres d'hébergement. Le résumé de chacun de ces documents permet de dresser un portrait étoffé des standards de variété, de choix et de portions des items d'un menu maître dans des établissements de santé au Québec et ailleurs. Quelques recommandations sur les processus de planification, d'approvisionnement, de production et de distribution des aliments sont également présentées. Les établissements de santé et de services sociaux y trouveront des informations utiles pour le développement et la mise en place de processus communs d'offre alimentaire qui respectent les particularités de chaque milieu et de sa clientèle.

## Summary

In response to recommendations from the Auditor General of Quebec and following adoption of Bill 10 (An Act to modify the organization and governance of the health and social services network), the Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale intends to develop a regional regular diet master menu in order to provide a harmonized food offer within its healthcare institutions. The ETMISSS-PL team conducted a literature search in support of this project. The preliminary search permitted the identification of a scoping review regarding the development of nutrition and menu planning standards for residential aged care facilities in Australia, New Zealand and internationally. Search for grey literature since 2005 helped identify 13 documents providing standards and guidance for menu planning for hospitals and nursing homes. A summary of these documents provides a good picture of the food standards, such as variety and choice of meals and serving sizes, in healthcare facilities in Québec and elsewhere. Recommendations for menu planning as well as food production, provision and distribution are also mentioned. This document will provide healthcare institutions with useful information for the planning, development and implementation of common food processes meeting the settings' particularities and the users' needs.

# Élaboration d'un menu harmonisé pour les clientèles hébergées et hospitalisées dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

## Note informative

### I. Mise en contexte

Suite à l'adoption du projet de Loi 10<sup>1</sup> sur la constitution des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centre intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), la régionalisation des offres de services devient une réalité à laquelle doivent faire face les différents gestionnaires et intervenants. Hormis cette situation, présentement, certains établissements de la région de la Capitale-Nationale doivent harmoniser au sein de leurs sites leur offre de menu à moyen terme. L'harmonisation des menus est également une priorité de la Table régionale des gestionnaires des services alimentaires de la région 03. Actuellement, il n'y a aucune orientation régionale sur la structure du menu.

C'est dans ce contexte qu'un partenariat a été établi dans le but de bâtir un menu maître régional et d'harmoniser l'offre de services alimentaires afin d'optimiser les processus d'approvisionnement et de répondre plus efficacement aux besoins de la clientèle. La réalisation de ce projet permettra, notamment, de répondre aux recommandations du rapport du Vérificateur général du Québec se rapportant à l'alimentation dans le réseau de la santé et des services sociaux (2011) qui fait état de grandes variations dans l'offre des repas entre les établissements du Québec.

Actuellement, le coût unitaire d'un repas dans les sites du CIUSSS de la Capitale-Nationale, varie de 6.05 \$ à 8.32 \$ et le cycle du menu de 3 à 6 semaines. Au CHU de Québec-Université Laval et à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) le coût unitaire varie de 7.20 \$ à 7.88 \$ et le cycle du menu est de 2 à 3 semaines. De plus, la révision des menus n'est pas toujours effectuée de façon régulière, ni l'évaluation de la satisfaction des usagers. L'offre alimentaire est à géométrie variable d'un site à l'autre quant à la variété et au nombre de choix. Aussi, certains établissements dans la région n'ont pas encore complété l'implantation de recettes standardisées. L'amélioration des pratiques et leur harmonisation permettraient l'utilisation de standards de qualité communs, une amélioration, pour certains, de la sécurité par l'utilisation de recettes standardisées et une amélioration des processus d'approvisionnement.

C'est dans le cadre de ce projet d'harmonisation que madame Sylvie Rivard, promotrice du projet et adjointe au directeur alimentation et nutrition clinique du CSSS de Québec-Nord, a approché l'équipe d'ETMISSS-PL du CSSS de la Vieille-Capitale afin de réaliser l'une des étapes de la phase préparatoire de ce projet : une revue de la littérature portant sur les bonnes pratiques pour

---

<sup>1</sup> « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales ».

l'élaboration des menus et présentant les expériences d'autres établissements au Québec, ailleurs au Canada et dans d'autres pays.

La question posée à l'équipe d'ETMISSS-PL est la suivante : **Quelles sont les meilleures pratiques pour élaborer un menu maître cyclique dans les établissements de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale dans un contexte de régionalisation de l'offre de services?**

En raison du court délai pour la réalisation du projet, le produit d'ETMISSS choisi par le demandeur est la **note informative**. Ce type de produit est conçu pour résumer rapidement l'essentiel des données probantes les plus récentes sur un sujet précis. L'exhaustivité de la recherche documentaire est limitée et aucune analyse des données probantes ni recommandation ne sont produites.

## 2. Problématique

Les établissements du réseau desservent une clientèle variée et de tous âges qui requiert des services alimentaires de qualité. D'une part, en centre hospitalier, l'accès à une offre alimentaire répondant aux besoins des patients favorise une convalescence réussie (MSSS, 2009). D'autre part, dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), l'état de santé souvent précaire des résidents demande des services alimentaires et nutritionnels adaptés.

En l'occurrence, la nutrition dans les établissements de santé est depuis peu un domaine prioritaire de recherche et de changement de pratiques, particulièrement en CHSLD (Rolland & coll., 2011; Roland & deSouto Barreto, 2013; Morley & coll., 2014). Selon un consensus établi par des chercheurs internationaux et des représentants des parties prenantes, la variété et le choix des aliments figurent parmi les 10 éléments les plus déterminants pour améliorer la prise des repas des personnes hébergées (Keller & coll., 2015). Par ailleurs, une revue systématique de la littérature scientifique et méta-analyse regroupant 37 articles scientifiques montre que des interventions simples, portant sur des aspects variés des pratiques et de l'environnement lors de la prise de repas, peuvent améliorer le nombre de calories absorbées et la reprise de poids des personnes hébergées (Abbott & coll., 2013). Dans le même ordre d'idées, une étude menée au Nouveau-Brunswick auprès de 132 résidents dont les capacités cognitives ne sont pas réduites a notamment montré que, pour cette population, les risques de malnutrition sont diminués lorsque le cycle du menu est plus long (28 jours comparativement à un cycle de 21 jours) (Carrier, Ouellet & West, 2007).

La plupart des services alimentaires des établissements de santé ont un menu cyclique qui présente une série de repas, laquelle varie quotidiennement sur une période plus ou moins longue. Les cycles sont généralement d'une durée d'une à deux semaines dans les soins de courte durée, et d'une durée de 3 à 4 semaines dans les CHSLD (Williams, 2009). La gestion des menus par cycles permet d'offrir une bonne variété d'aliments tout en apportant un certain degré de prévisibilité facilitant l'approvisionnement, la budgétisation et la planification de la production des repas (Spears et Gregoire, 2007).

Une gestion optimale de l'offre alimentaire doit être en adéquation avec les politiques alimentaires existantes et s'appuyer sur des preuves scientifiques établies. Elle nécessite également un haut niveau de communication et de collaboration entre les intervenants impliqués (Bennett, 2014). Or, dans la réalité des établissements de soins et d'hébergement, l'application des résultats de recherche et des recommandations des politiques est souvent un exercice ardu. Parmi les barrières rendant difficile l'adoption des meilleures pratiques en matière d'offre alimentaire auprès des usagers figurent, notamment, le manque de temps et les contraintes budgétaires (Ducak & Keller, 2011). L'absence de régulation provinciale pour guider les intervenants des services alimentaires dans les CHSLD a aussi été identifié comme un défi pour la planification de repas nutritifs dans ce type d'établissement (Carrier, Ouellet & West, 2007; Ducak & Keller, 2011).

Alors que l'enjeu de qualité est indéniablement majeur dans l'offre de services alimentaires des établissements de santé et d'hébergement, la question des coûts est également au cœur des réorganisations qui s'implantent à travers le monde. En Australie, par exemple, la plupart des services alimentaires des établissements de soins de santé et de services sociaux ont entrepris une révision majeure de leur offre alimentaire par la standardisation des services afin d'éliminer les doublons des tâches et des fonctions, maximiser l'utilisation des ressources et augmenter le pouvoir d'achat (Assaf & Josassen, 2012).

Au Québec, la standardisation des recettes a été recommandée en 1994 par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) comme stratégie afin d'optimiser le fonctionnement des services alimentaires des CHSLD (Dans : Vérificateur général du Québec, 2011). Selon le Vérificateur général du Québec (2011), la standardisation des recettes permet de déterminer à l'avance la quantité des ingrédients nécessaires de même que les techniques de préparation requises, mais aussi de centraliser préalablement la mesure et le poids des ingrédients dans un centre de contrôle.

Dans son mémoire portant sur l'optimisation de la gestion de production en restauration hospitalière, Batiot (2012) présente les étapes de la construction d'un menu standard et ses déclinaisons. La première étape consiste à élaborer un plan de fréquence d'apparition des plats selon les grandes familles de recettes (ex. : les crudités, les viandes, les féculents, les légumes verts). La deuxième étape vise à établir un taux de renouvellement de chaque famille d'aliments, afin de respecter les critères diététiques et nutritionnels. Ensuite, le plan alimentaire, présentant un ensemble de structures de repas équilibrés, est bâti sur un nombre de semaines prédéterminées. Enfin, des modifications du menu de base sont pratiquées selon les différents profils alimentaires, selon le coût des produits et selon les saisons.

Actuellement, plusieurs établissements de santé et d'hébergement continuent d'opérer en vase clos, ce qui fait en sorte que les menus varient d'un endroit à l'autre, souvent avec plusieurs recettes pour un même plat. La durée du cycle de menus et le nombre de choix offerts sont également singuliers. En parallèle, les besoins nutritifs des patients et des résidents sont variés, même à l'intérieur d'un même établissement. Le défi est donc de maximiser la standardisation de l'offre alimentaire sans compromettre la sécurité, les standards de qualité et la satisfaction des usagers (Ducak & Keller, 2011; Assaf & Josassen, 2012).



### 3. Objectifs du projet d'ETMISSS

La recherche documentaire a pour but d'apporter des précisions sur :

- 1) Les éléments clés du processus d'élaboration de menus dans les établissements de santé (centres hospitaliers et CHSLD) au niveau régional en tenant compte des contraintes opérationnelles et financières (planification, approvisionnement, production, distribution, etc.);
- 2) Les normes à respecter lors de l'élaboration d'un menu maître (variété, quantité, choix, portions, disponibilité).

Un seul document pertinent à la problématique a été trouvé lors de la recherche préliminaire visant l'identification de rapports d'ETMIS, de revues systématiques ou de méta-analyses qui répondraient à la question posée. Il s'agit d'une revue exploratoire (*scoping review*) qui avait pour objectifs 1) de répertorier et de comparer les normes de nutrition et de planification de menus et les documents connexes disponibles en Australie, en Nouvelle-Zélande et à l'international, et 2) d'identifier et réviser les articles sentinelles sur le sujet, en CHSLD (Williams, 2011). Cependant, cette revue se limite aux CHSLD et ne couvre que les documents publiés jusqu'en 2012. Par conséquent, une nouvelle recherche documentaire était nécessaire afin de répondre de façon plus appropriée à la question d'ETMISSS<sup>2</sup>.

Cette note informative comporte :

- Un résumé de la revue exploratoire réalisée par Williams (2011);
- Les résultats d'une recherche de littérature grise<sup>3</sup> depuis 2005 concernant la planification de menus dans les hôpitaux et les CHSLD.

### 4. Méthode

En raison du produit d'ETMISSS choisi, la recherche documentaire s'est limitée aux moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar* et aux sites suggérés dans l'outil de recherche de littérature grise *Grey Matters* (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2011). Les documents recherchés sont des guides de pratique, des cadres de référence et des lignes directrices publiés par des instances gouvernementales, des organismes ou des associations professionnelles. Les mots clés utilisés pour effectuer la recherche ont été définis à partir de la question d'ETMISSS. Les termes employés sont relatifs aux différents milieux de soins (centres d'hébergement, hôpitaux) et couramment utilisés en lien avec la planification de menus. Aussi, la bibliographie de la revue exploratoire identifiée (Williams, 2011) a été consultée.

---

<sup>2</sup> « Quelles sont les meilleures pratiques pour élaborer un menu maître cyclique dans les établissements de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale dans un contexte de régionalisation de l'offre de service ? »

<sup>3</sup> La littérature grise est composée de documents diffusés en dehors des circuits commerciaux de l'édition. Les documents de la littérature grise ne font donc pas l'objet d'une révision par un comité éditorial de pairs.

Les documents concernant les hôpitaux et les centres d'hébergement, publiés à partir de 2005 et rédigés en français ou en anglais, ont été retenus et ceux qui présentaient un processus de planification d'un menu standardisé ont été inclus. Les données pertinentes de chaque document inclus ont été colligées à l'aide d'une grille structurée, par l'une des auteures (JD) et vérifiées par l'autre auteure (SSJ). Les informations recueillies incluent la référence du document (organisation, titre, pays et année de publication), le type d'établissement concerné, la population visée, la source de la preuve, les objectifs, les principes et les standards et, le cas échéant, le processus de développement du menu maître s'appliquant aux populations régulières d'utilisateurs. À ce menu peuvent s'ajouter des déclinaisons pour certaines populations spécifiques à l'intérieur des établissements ciblés.

## 5. Résultats

### 5.1 Résumé de la revue exploratoire publiée par Williams (2011)

Cette revue a identifié 128 documents publiés jusqu'en 2012 concernant les standards nutritionnels et de planification de menus dans les CHSLD. Les auteurs n'ont trouvé aucune étude permettant de comparer les impacts de différents standards de planification de menu. Par contre, parmi les documents inclus, 30 procurent des repères (*benchmark*) alimentaires et nutritionnels de même que des lignes directrices pour l'élaboration de menus. Le tableau présenté dans la revue et résumant les éléments contenus dans les documents inclus est reproduit dans l'**Annexe I**. Pour chacun des documents, l'auteur, le pays d'origine et le titre ont été identifiés de même que la liste des éléments qu'ils contiennent (standards nutritionnels quotidiens minimaux; minimum quotidien de groupes alimentaires; minimum de choix de plats par repas; grosseur minimale des portions; menus types ou recettes; conseils sur l'environnement lors de la prise du repas). Au regard des résultats présentés, les auteurs concluent qu'aucune de ces sources documentaires n'inclut tous ces éléments. Néanmoins, elles constituent, selon les auteurs de la revue, un point de départ pour le développement de standards plus complets en matière de nutrition et de planification de menu dans les CHSLD.

### 5.2 Résultats de la recherche de littérature grise

Notre recherche documentaire a permis d'identifier 59 documents dont 13 ont été retenus selon les critères de sélection établis à partir de la question d'ETMISSS. Ces documents sont présentés sommairement dans le **tableau I** où ils sont regroupés selon le type d'établissement auxquels ils s'adressent. Six ont été produits à l'intention des hôpitaux et 4 concernent spécifiquement des établissements pour personnes âgées (CHSLD et résidences pour personnes âgées). Les 3 autres documents s'adressent à la fois aux hôpitaux et aux résidences pour personnes âgées ou aux centres d'hébergement ou à tous les autres établissements de soins. Ces documents ont été publiés entre 2008 et 2014. Cinq ont été rédigés en Australie, 5 au Royaume-Uni, 2 au Canada et 1 en Irlande. Neuf documents sont d'origine gouvernementale et les autres ont été publiés par des associations de diététistes (Association of UK Dietitians, 2012; Dietitians of Canada, 2013), par

une agence d'innovation clinique (New South Wales Agency for Clinical Innovation, 2011) et par une agence régionale de santé et de services sociaux du Québec (Roy, 2013).

**Tableau 1.** Description sommaire des documents retenus.

Type d'établissements	Organisation	Pays	Année	Standards	Classification des items du menu	Développement du menu	Évaluation du menu
Hôpitaux	Scottish Government	Royaume-Uni	2008	X		X	
	Welsh Government	Royaume-Uni	2011	X			
	New South Wales Agency for Clinical Innovation	Australie	2011	X	X		
	Government of Western Australia	Australie	2012		X		X
	Government of South Australia	Australie	2014	X		X	
	Department of Health and Children	Irlande	2014	X			
Hôpitaux & autres établissements de soins	The Association of UK Dietitians	Royaume-Uni	2012	X		X	
CHSLD	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	Canada	2013	X		X	
	Dietitians of Canada	Canada	2013			X	
Résidences pour personnes âgées	Public Health Agency	Royaume-Uni	2014	X			
	Public Health England	Royaume-Uni	2014	X			
Hôpitaux & Résidences pour personnes âgées	Department of Human Services (Victoria)	Australie	2009	X		X	
Hôpitaux & Centres d'hébergement	State-wide Foodservices Policy and Planning	Australie	2012	X		X	

Les données pertinentes recueillies dans ces documents sont résumées dans l'**Annexe 2**. Étant donné la quantité et la densité de l'information, aucune description narrative n'est présentée. Les aspects qui sont abordés dans chacun des documents sont indiqués dans le **tableau 1**.

## 6. Discussion

Cette recherche documentaire visait, dans un contexte de régionalisation de l'offre de services alimentaires, l'identification des meilleures pratiques en matière d'élaboration d'un menu maître cyclique régulier dans les hôpitaux et les CHSLD. Les documents recherchés devaient présenter des lignes directrices concernant le processus de planification de menus standardisés. Au total seulement 13 des 60 documents répertoriés répondaient à ces critères. Ce nombre pourrait s'expliquer par le fait que la standardisation de l'offre alimentaire est une pratique relativement récente. De plus, il semble que ce ne soit pas tous les établissements engagés dans un processus de révision de leur offre alimentaire visant l'optimisation, la standardisation et la régionalisation de leurs pratiques qui ont fait état de leurs travaux.

En contrepartie, les documents inclus sont généralement très étoffés et renferment bon nombres de standards précis quant à la variété, aux choix et aux portions d'aliments. Toutefois, beaucoup moins procurent de l'information sur les processus de planification, d'approvisionnement, de production et de distribution des aliments. À cet effet, le document publié par l'association des diététistes du Royaume-Uni (2012) se distingue par l'élaboration de recommandations quant à ces processus. Certains documents abordent aussi des dimensions plus larges de l'offre alimentaire, comme les facteurs environnementaux favorisant la prise de repas.

Enfin, la plupart des pratiques présentées dans les documents inclus vont dans le sens du projet que se sont donnés les établissements de la Capitale-Nationale et visent une offre de service alimentaire régionale répondant aux besoins de la clientèle de courte et de longue durée et permettant la mise en place de processus communs. En effet, tout en suggérant une structure singulière d'organisation des services alimentaires et d'élaboration d'un menu maître, plusieurs des recommandations présentées sont formulées de façon à respecter les particularités de chaque milieu et de sa clientèle.

Quel que soit le type de milieu, les bonnes pratiques se basent sur les besoins et les préférences des usagers, ainsi que sur l'évolution de leurs besoins dans le temps. Les services alimentaires sont de plus en plus envisagés comme une partie intégrante des soins, et non comme un service hôtelier de restauration.

### Limites

- Le niveau de preuve des documents retenus n'a pas été évalué. Les recommandations émises dans les documents doivent donc être considérées avec circonspection;
- La recherche documentaire s'est limitée à la littérature grise répertoriée par les moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar*, et seuls les documents datant de 2005 et plus ont été considérés. De ce fait, les résultats ne peuvent être considérés comme exhaustifs.

## Bibliographie

### Revue exploratoire repérée

Williams, P. (2011. Mise à jour 2012). Scoping Project: Development of Nutrition and Menu Planning Standards for Residential Aged Care Facilities in Australia and New Zealand- Literature Review and Final report. <http://daa.asn.au/wp-content/uploads/2011/07/Scoping-Project-Literature-Review-Updated-Version-February-2012.pdf>

### Documents inclus

Department of Health and Children (2009). Food and Nutritional care in Hospitals – Guidelines for Preventing Under-Nutrition in Acute Hospitals. Dublin : Department of Health and Children. [http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/85517/1/undernutrition\\_hospital\\_guidelines.pdf](http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/85517/1/undernutrition_hospital_guidelines.pdf)

Department of Human Services (Victoria) (2009). Nutrition Standards for Menu Items in Victorian Hospitals and Residential Aged Care Facilities. Australia : Department of Human Services (Victoria). [http://www.health.vic.gov.au/archive/archive2011/patientfood/nutrition\\_standards.pdf](http://www.health.vic.gov.au/archive/archive2011/patientfood/nutrition_standards.pdf)

Department of Health, Western Australia (2012). Nutrition Standards for Adult Inpatients in WA Hospitals. Australia : Department of Health, Western Australia. <http://www.health.wa.gov.au/circularsnew/attachments/811.pdf>

Levy, L., M. Farron-Wilson, et al. (2014). Healthier and More Sustainable Catering. A toolkit for serving food to older people in residential care. London : Public Health England. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/347890/Older\\_people\\_toolkit.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/347890/Older_people_toolkit.pdf)

New South Wales Agency for Clinical Innovation (ACI, 2011). Nutrition Standards for adult inpatients in NSW hospitals. ACI Nutrition Network, New South Wales, Australia. [http://www.aci.health.nsw.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/160555/ACI\\_Adult\\_Nutrition\\_web.pdf](http://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0004/160555/ACI_Adult_Nutrition_web.pdf)

Ontario Long Term Care Action Group (2013). Best Practices for Nutrition, Food Service and Dining in Long Term Care Homes. A working paper. Canada : Dietitians of Canada. <http://www.dietitians.ca/Downloads/Public/2013-Best-Practices-for-Nutrition,-Food-Service-an.aspx>

Public Health North Ireland (2014). Nutritional guidelines and menu checklist for residential and nursing homes. United Kingdom: Public North Ireland.

Roy, S. (2013). Le plaisir de manger : guide des meilleures pratiques en matière d'alimentation dans les CHSLD, Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3539/ASSS-Monteregie-VF-Guide-meilleures-pratiques-alimentation-CHSLD.pdf>

South Australia Health. (2014). Menu and Nutritional Standards for Public Hospitals in South Australia. Australia : Government of South Australia. <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/45b4ae0045d04e7d9bdcfbac725693cd/14130+1+Menu+Nutr+Stand+Report-v5.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=45b4ae0045d04e7d9bdcfbac725693cd>

State-wide Foodservices Policy and Planning (2012). Queensland Health–Nutrition Standards for Meals and Menus. Australie : State of Queensland (Department of Health). [https://www.health.qld.gov.au/nutrition/resources/hphe\\_nutritionstd.pdf](https://www.health.qld.gov.au/nutrition/resources/hphe_nutritionstd.pdf)

The Association of UK Dietitians (2012). The Nutrition and Hydration Digest : Improving Outcomes through Food and Beverage Services. United-Kingdom : The British Dietetic Association. <https://www.bda.uk.com/publications/professional/NutritionHydrationDigest.pdf>

The Scottish Government (2008). Food in Hospitals – National Catering and Nutrition Specification for Food and Fluid Provision in Hospitals in Scotland. Edinburg : The Scottish Government. <http://www.gov.scot/resource/doc/229423/0062185.pdf>

Welsh Government (2011). All Wales Catering and Nutrition Standards for Food and Fluid Provision for Hospital Inpatients. Royaume-Uni : Welsh Government. <http://www.hospitalcaterers.org/publications/downloads/wales-food-fluid.pdf>

## **Documents exclus**

Bicais, M., Dutripon, M., Gimenez, E., Lassablière, A. M. & Muselli, G. (2004). La prestation alimentaire en établissement de santé. Recommandations pour le diététicien. France : Commission de travail des Cadres de Santé Diététiciens du Sud-Est -France.

British Columbia, Ministry of Health (2008). Meals and more manual: a food and nutrition manual for homes for adults and children with 24 persons or fewer in care. Canada: Ministry of Health.

British Columbia, Ministry of Health (2008). Audits & More: A Nutrition and Food Service Audit Manual for Adult Residential Care Facilities with 25 or more Persons in Care. Canada: Ministry of Health.

Bunney C. & Bartl R. (2010). Eating Well. A nutrition resource for frail older people and their carers. Australia, Gosford: Central Coast Local Health Network, NSW Health.

Byles, J., Perry, L., Parkinson, L., Bellchambers, H., Moxey, A., Howie, A., . . . , Capra, S. (2009). Encouraging Best Practice Nutrition and Hydration in Residential Aged Care. Australia: Australian Government, Department of Health & Ageing.

Cal ProNet Center, San Jose State University & California Department of Education (2015). Menu Planning Quick Reference. United States: San Jose State University & California Department of Education.

Centers for Disease Control and Prevention (2011). Improving the food environment through nutrition standards. A guide for government procurement. United States, Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention.

Daniels, L. (2006, revised September 2007). Example Menus for Care Homes. United Kingdom: Food Standards Agency.

Department of Health (n.d.). Hospital Food Standards Panel – Summary Cost Benefit Analysis. United Kingdom: Department of Health.

Department of Health (2009). Sustainable food. A guide for hospitals. United Kingdom: Department of Health.

Department of Health (2011). Well for Life. Improving emotional wellbeing for older people in residential aged care. Australia: Government of Victoria.

Department of Health (2014). The Hospital Food Standards Panel's report on standards for food and drink in NHS hospitals. United Kingdom: Department of Health.

Department of Health and Ageing (2014). National Minimum Standards for Care Homes for Older People. Malta: Government of Malta.

Department of Health, Republic of South Africa (2010). Policy for Food Service Management In Public Health Establishments. Republic of South Africa: Department of Health.

Department of Health, Social Services & Public Safety (2007). Get your 10 a day. The nursing care standards for patient food in hospital. United-Kingdom: Department of Health, Social Services & Public Safety.

Digby, P. (2006, revised in 2007). Nutrition Policy Checklist for Aged Care Facilities. Australia: Environmental Health.

Food Standards Agency (2007). Guidance on food served to older people in residential care. United Kingdom, London : Food Standards Agency. Food Standards Agency.

Great Western Hospitals (n.d.). Community Nutrition Screening Tool. For Community Prescribers. United Kingdom: Great Western Hospitals.

Groupe de recherche "Good Practice – Restauration Collective" (ed.) (2009). Standards de qualité suisses pour une restauration collective promouvant la santé. Suisse : Berne, Haute école spécialisée bernoise, Section Santé.

Groupe de travail ELAN (2013). Guide de prescription nutritionnelle. France : Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine Charles Richet.

Heart Foundation of New Zealand (2010). Heartbeat Catering Guidelines for Older People. New Zealand, Wellington : Heart Foundation of New Zealand.

Jones, P. (2014). Follow-up Review of Hospital Catering Services. Abertawe Bro Morgannwg University Health Board. United Kingdom: Wales Audit Office, Swyddfa Archwilio Cymru.

Lazarus, C. Menu Planning & Assessment. Power Point presentation. February 2008, Sydney, Australia.

Leboeuf, D. & Brassard, A. (2010). Démarche d'analyse de cycle de vie simplifiée (ACVS) au service alimentaire du CSSS de Jonquière. Québec : Centre de santé et de services sociaux de Jonquière.

Maryland Department of Health and Mental Hygiene (2014). Diet Manual for long-term Care Residents. United-States: Maryland Department of Health and Mental Hygiene.

Ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick (2012. Mise à jour 2013). Normes et procédures des établissements résidentiels pour adultes. Canada : Ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick.

Ministry of Health (2013). Food and Nutrition Guidelines for Healthy Older People: A Background paper. New Zealand, Wellington: Ministry of Health.

National Food Service Management Institute (n.d.). Recipe Standardization Process. United States: National Food Service Management Institute.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012). Nutrition support in adults. United Kingdom: National Institute for Health and Care Excellence.

National Resource Center on Nutrition Physical Activity & Aging (2005). Older Americans Act Nutrition Programs Toolkit. United States, Miami : National Resource Center on Nutrition Physical Activity & Aging.

New South Wales Food Authority (2011). Guidelines for food service to vulnerable persons. Australia: NSW Food Authority.

New South Wales Agency for Clinical Innovation, Nutrition Network (2011, revision date 2012). Therapeutic Diet Specifications for Adult Inpatients. Australia: Agency for Clinical Innovation.

New South Wales Agency for Clinical Innovation, Nutrition Network (2012). Therapeutic Diet Specifications for Paediatric Inpatients. Australia: NSW Agency for Clinical Innovation.

New Zealand Dietetic Association (2008). Menu Audit Tool for Aged Care Facilities. New Zealand, Wellington: New Zealand Dietetic Association.

Pelletier, J., Bouchard, D., Rancourt, A.-A., Vaillancourt, G., Grenier, N. & Goulet, M. (2013). 225 recettes Saveur Santé pour les résidences de personnes âgées. Québec : Centre de santé et de services sociaux de la région de Chaudière-Appalaches.

Pioneer Network Food and Dining Clinical Standards Task Force (2011). New Dining Practice Standards. United States: Pioneer Network.

Public Health England (2014). Government Buying Standards for Food and Catering Services (GBSF) Checklist. United Kingdom: Public Health England.

Public Health England (2014). Healthier and More Sustainable Catering. A toolkit for serving food to adults. United Kingdom: Public Health England.



Scottish Commission for the Regulation of Care (2008). Promoting nutrition in care homes for older people. United Kingdom: Scottish Commission for the Regulation of Care.

Scottish Commission for the Regulation of Care (2009). Eating well in care homes for older people. United Kingdom: Scottish Commission for the Regulation of Care.

Scottish Commission for the Regulation of Care (2014). Care Homes for Older People. Best Practice Standards and Guidance on Food, Fluid and Nutrition. United Kingdom: Scottish Commission for the Regulation of Care.

Smith, E. S. (2014). Menu Planning Guidelines. United-States: Virginia Department foraging and Rehabilitative Services – Virginia Division for the Aging.

Suominen, M. (2007). Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Home and Hospitals. Finland: University of Helsinki.

The Scottish Government (2007). National care standards for care homes for older people. United Kingdom, Edinburgh: The Scottish Government.

Wasielewska, A., Drummond, B., Raiswell, C. (2012). Food in residential care. United Kingdom: Public Health Manchester.

Wellman, N. S., Weddle, D. O., Kamp, B., Podrabsky, M., Reppas, S., Pan, Y. L., Siler, H. & Rosenzweig, L. (2005). Older Americans Act Nutrition Programs Toolkit. United States: National Resource Center on Nutrition, Physical Activity & Aging.

West Australian Department of Health (2007). Menu Assessment for Aged Care Facilities Checklist. Australia, Perth : West Australian Department of Health.

### **Autres références**

Abbott, R. A., Whear, R., Thompson-Coon, J. & al. Effectiveness of mealtime interventions on nutritional outcomes for the elderly living in residential care : A Systematic review and meta-analysis. Ageing Research Review 2013; 12 :967-981.

Assaf, G. A. & Josassen, A. Time-varying production efficiency in the health care foodservice industry : A Bayesian method. Journal of Business Research 2012; 65 : 617-625.

Batiot, C. (2011). « L'optimisation de la gestion de production en restauration hospitalière : analyse des écarts entre la prévision de la demande et le besoin réel du CHU d'Angers ». Mémoire de 2<sup>ème</sup> année dans le cadre du Master en alimentation. Université de Toulouse II – Le MIRAIL Centre d'études en tourisme, de l'hôtellerie et des industries de l'alimentation.

Bennett, M. K., Ward, E., Scarinci, N. & Waite, M. Perspectives on Mealtime Management in Residential Aged Care : Insights From a Cross-Disciplinary Investigation. Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics 2014; 33 (4) : 325-339

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2011). Grey Matters : A Practical Search Tool for Evidence-Based Medicine. Ottawa.

Carrier, N., Ouellet, D., West, G. E. Nursing Home Food Services Linked with Risk of Malnutrition. *Revue canadienne de la pratique de la recherche diététique* 2007; 68 (1) : 14-20.

Ducak, K. & Keller, H. H. Menu Planning in Long-Term Care : Toward Resident-Centred Menus. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* 2011; 72 (2) : e126-e133.

Keller, H., Beck, A. M., Namasivayam, A. & Caslpo, R. Improving Food and Fluid Intake for Older Adults Living in Long-Term Care : A Research Agenda. *Journal of the American Medical Directors Association* 2015; 16 :93-100.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2009). « Miser sur une saine alimentation : une question de qualité. Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées ». La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

Morley J.E., Caplan, G., Cesari, M. & al. International survey of nursing home research priorities. *Journal of the American Medical Directors Association* 2014; 15 :309-312.

Rolland, Y., Aquino, J-P., Andrieu, S. & al. IAGG Workshop identification of the main domains for quality of care and clinical research in nursing homes. *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 2011; 15 :410-424.

Rolland, Y. & deSouto Barreto p. Research can improve care in the nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association* 2013; 14 :233-235.

Spears M. & Gregoire, M. (2007), *Foodservice Organisations. A managerial and systems approach* (6ième édition), Upper Saddle River NJ, Prentice Hall.

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

Williams, P. G. (2009), "Foodservice perspective in institutions". In Meiselman, HL (ed), *Interdisciplinary research and business applications*, Woodhead Publishing Ltd. Cambridge UK : 50-65.

## **Annexe I**

### **Tableau résumant les éléments contenus dans les documents inclus dans la revue exploratoire Williams (2011)**

Auteur et date	Titre	Standards nutritionnels quotidiens minimaux	Minimum quotidien de groupes alimentaires	Minimum de choix de menu par repas	Grosseur minimale des portions	Menus types ou recettes	Standards nutritionnels pour recettes	Conseils sur l'environnement lors de la prise de repas	Lignes directrices sécurité alimentaire	Formulaire d'audit
<b>AUSTRALIE</b>										
Commonwealth Department of Community Services and Health 1984	Guidelines for Nutritional Care and Food Service in Nursing Homes		X							
Martin & Backhouse 1993	Good Looking, Easy Swallowing; Creative Catering for Modified					X				
Commonwealth Department of Health 1998	Australian Guide to Healthy Eating		X							
National Health and Medical Research Council 1999	Dietary Guidelines for Older Australians (Appendix C – Meal-Assisted Older Australians and Residents of Aged Care		X					X		
Stewart 2000	Nutrition guidelines for residential aged		X	X	X			X		X
Victorian Government 2003	Well For Life: Improving nutrition and physical activity for residents in aged care facilities		X					X	X	

Auteur et date	Titre	Standards nutritionnels quotidiens minimaux	Minimum quotidien de groupes alimentaires	Minimum de choix de menu par repas	Grosseur minimale des portions	Menus types ou recettes	Standards nutritionnels pour recettes	Conseils sur l'environnement lors de la prise de repas	Lignes directrices sécurité alimentaire	Formulaire d'audit
Bartl & Bunney 2004	Best practice food and nutrition manual for aged care		X		X	X		X	X	X
WA Environmental Health 2007	Menu assessment for aged care facilities checklist		X	X						X
WA Environmental Health 2007	Nutrition policy checklist for aged care facilities									X
Department Human Services Victoria 2009	Nutrition standards for menu items in Victorian hospitals and residential aged care facilities				X		X			
Priority Research Centre for Gender, Health and Ageing 2009	Implementing Best Practice Nutrition and Hydration Support in Residential Aged Care Tool Kit					X		X		
Bunney & Bartl 2010	Eating Well. A food and nutrition resource for frail older people & their carers		X			X		X	X	
Victorian Government 2010	Well for Life emotional care for older people in residential aged care							X		

Auteur et date	Titre	Standards nutritionnels quotidiens minimaux	Minimum quotidien de groupes alimentaires	Minimum de choix de menu par repas	Grosseur minimale des portions	Menus types ou recettes	Standards nutritionnels pour recettes	Conseils sur l'environnement lors de la prise de repas	Lignes directrices sécurité alimentaire	Formulaire d'audit
Aged Care Standards and Accreditation Agency 2010	Assessment module 7. Nutrition, hydration, oral and dental care									X
Queensland Health 2011	Draft Nutrition standards for meals and menus	X		X		X				
Commonwealth Department of Health	Extra Service benchmarks			X				X		
<b>NOUVELLE-ZÉLANDE</b>										
Jensen & Styles 1996	Quality Food and Nutrition Services: a guide for extended care facilities preparing for accreditation		X						X	X
Dietitians NZ 2010	Menu audit tool for aged care facilities		X		X					X
Heart Foundation of New Zealand 2010	Heartbeat catering guidelines for older people		X			X			X	X
Ministry of Health 2010	Food and Nutrition Guidelines for Healthy Older People	X	X			X			X	

Auteur et date	Titre	Standards nutritionnels quotidiens minimaux	Minimum quotidien de groupes alimentaires	Minimum de choix de menu par repas	Grosseur minimale des portions	Menus types ou recettes	Standards nutritionnels pour recettes	Conseils sur l'environnement lors de la prise de repas	Lignes directrices sécurité alimentaire	Formulaire d'audit
<b>ROYAUME-UNI</b>										
The Caroline Walker Trust 2004	Eating Well for Older People	X	X		X	X				
Northern Health and Social Services Board 2005	Community Nutritional Risk Scoring Tool and Information Pack		X					X		X
Department of Health 2006	Care Homes for Older People. National Minimum Standards							X		
Royal Society of Public Health 2007	Eating in Care Homes: A practical nutrition handbook		X			X		X	X	X
The Scottish Government 2007	National Care Standards for Care Homes for Older People			X						
Food Standards Agency 2007	Guidance on food served to older people in residential care	X	X		X	X			X	
Food Standards Agency 2007	Final Report: Example Menus for Care Homes					X				

Auteur et date	Titre	Standards nutritionnels quotidiens minimaux	Minimum quotidien de groupes alimentaires	Minimum de choix de menu par repas	Grosseur minimale des portions	Menus types ou recettes	Standards nutritionnels pour recettes	Conseils sur l'environnement lors de la prise de repas	Lignes directrices sécurité alimentaire	Formulaire d'audit
Social Care Institute for Excellence 2010	Dignity factors – Eating and nutritional care							X		
<b>ÉTATS-UNIS</b>										
National Resource Center on Nutrition, Physical Activity & Aging 2005	Older Americans Act Nutrition Programs Toolkit	X							X	
Centers for Disease Control and Prevention 2011	Improving the food environment through nutrition standards. A guide for government procurement						X			



## **Annexe 2**

### **Résumé des documents inclus suite à la recherche de littérature grise**

<b>Organisation</b>	Scottish Government
<b>Titre</b>	<i>Food in hospitals – National Catering and Nutrition Specification for Food and Fluid provision in Hospitals in Scotland.</i>
<b>Pays, Année</b>	Royaume-Uni, 2008
<b>Type d'établissement</b>	Hôpitaux de soins aigus
<b>Population(s) visée (s)</b>	Clientèle hospitalisée
<b>Source de la preuve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe de référence constitué de représentants des établissements de santé, de différentes directions du gouvernement écossais, d'associations alimentaires et de restauration en milieu hospitalier</li> <li>• Différentes sections du <i>National Health Service</i> du Royaume Uni;</li> <li>• Le <i>Dietary References Values for Food and Nutrients in the UK (1991)</i>.</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les besoins nutritionnels et diététiques des patients hospitalisés;</li> <li>• Fournir des standards nutritionnels et d'approvisionnement pour s'assurer que les cibles définies par les guides nutritionnels nationaux sont rencontrées;</li> <li>• Guider le groupe de planification responsable de l'implantation de protocoles locaux pour la provision de nourriture et de liquides aux patients.</li> </ul>
<b>Principes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'offre alimentaire doit être planifiée selon les besoins des patients et gérée comme une composante intégrale des soins;</li> <li>• La planification du menu doit considérer les besoins nutritionnels de la population ciblée et les facteurs qui affectent la consommation de nourriture afin d'offrir des choix, de la flexibilité et des repas qui seront consommés;</li> <li>• Le groupe multidisciplinaire qui planifie le menu doit considérer les circonstances nutritionnelles spéciales et permettre à chacun de ses membres de partager ses connaissances et habiletés spécifiques concernant à la fois les besoins des patients et les services hospitaliers;</li> <li>• L'implication d'un professionnel seniors en nursing offrira le meilleur support aux décisions de planification et à l'implantation dans les unités.</li> <li>• Le groupe de planification doit inclure des représentants seniors (restauration, infirmière, médecin, diététiste et autre professionnel de la santé) et un représentant des patients. Ses responsabilités : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planification de menu, incluant l'utilisation de recettes standards;</li> <li>○ S'assurer que la nourriture et les breuvages rencontrent les besoins alimentaires individuels;</li> <li>○ Planification d'un horaire de repas approprié pour les groupes de patients;</li> </ul> </li> <li>• Le contenu en nutriments de tous les plats et menus doit être analysé par un diététiste.</li> </ul>

## Standards

### Standards de planification:

- Un minimum de 300 kcal / repas principal (500 kcal pour diète de haute densité énergétique) et 18 g de protéines;
- Un choix de plats sants (selon les standards nationaux) à chaque repas;
- Un choix de plats présentant un apport énergétique élevé et une forte densité de nutriments à chaque repas;
- Un choix de plats végétariens à chaque repas;
- Un minimum de 2 plats aux repas du midi et du soir;
- Un choix de portions pour tous les repas principaux;
- Au moins un choix de repas chaud le midi et le soir;
- Une variété de collations substantielles ( $\geq 150$  kcal) au moins 2 fois / jour (doit inclure un fruit comme choix);
- Les provisions sur l'unité doivent offrir un minimum d'items de nourriture et de breuvages;
- Des recettes standards doivent être utilisées pour tous les plats cuisinés sur place;
- Le type de plat (santé, apport énergétique élevé, végétarien) doit être identifié sur le menu;
- Un service à l'extérieur de l'horaire (minimum 300 kcal et 18 g de protéines) doit être offert aux patients qui n'ont pas l'opportunité d'avoir un repas au moment prévu.

### Standards nutritionnels:

- Une sélection de pain, incluant pain brun et de blé entier, doit être disponible à tous les repas;
- Le menu doit donner aux patients l'opportunité de choisir parmi  $\geq 5$  portions de fruits et légumes par jour;
- Le menu doit offrir un choix de viandes ou d'alternatives au dîner et au souper, et un choix de poisson au moins 2x/semaine (dont un gras);
- Rendre disponible un minimum de 600 ml de lait pour chaque patient à chaque jour (lait entier et partiellement écrémé);
- Offrir un choix de beurre et de substance à tartiner riche en gras monoinsaturé ou polyinsaturé à tous les repas où cet aliment est offert;
- Les patients doivent avoir accès à  $\geq 1.5$  litres de liquide par jour, avec de l'eau disponible 24 h/jour.

## Développement du menu

- 1) Évaluation des besoins nutritionnels des groupes de patients (âge, genre, culture, ethnie, religion, besoins physiques et mentaux, préférences alimentaires, durée du séjour, risque nutritionnel) :
  - a. Nutritionnellement vulnérable : faible appétit; incapable d'ingérer la quantité de nourriture prévue pendant la période du repas; besoin nutritionnel élevé;
  - b. Nutritionnellement bien : diète et besoin normaux; appétit normal;
  - c. Diète spéciale ou personnelle : religion, ethnie et autres particularités;
  - d. Diète thérapeutique : texture modifiée, allergie et autres conditions;
  - e. Groupes à considérer séparément : enfant, personnes âgées, problèmes physiques et mentaux, maternité, soins palliatifs.
  
- 2) Considération des contraintes associées aux coûts et aux ressources :
  - a. Budget total par jour-patient/semaine;
  - b. Méthode de production;
  - c. Équipement de cuisine et budget relié;
  - d. Personnel régulier et temporaire;
  - e. Niveaux de qualification du personnel;
  - f. Possibilité d'entreposage et de conservation;
  - g. Questions d'approvisionnement et de développement durable;
  - h. Mode de distribution.
  
- 3) Planification selon les standards nutritionnels (rapportés plus haut).
  
- 4) Structure basée sur les standards de planification (rapportés plus haut).
  
- 5) Les portions doivent être planifiées de façon à offrir l'apport nutritionnel nécessaire dans un format ingérable :
  - a. La grosseur appropriée des portions pour les items individuels d'un repas doit être déterminée localement dans chaque établissement, en accord avec le diététiste et le service de restauration;
  - b. Le contenu en nutriments et la grosseur des portions ainsi que la perte de nourriture doivent être audités annuellement.

<b>Organisation</b>	Welsh Government
<b>Titre</b>	<i>All Wales Catering and Nutrition Standards for Food and Fluid Provision for Hospital Inpatient</i>
<b>Pays, Année</b>	Royaume-Uni, 2011
<b>Type d'établissement</b>	Hôpitaux du pays de Galles
<b>Population(s) visée (s)</b>	Patients ayant des besoins nutritionnels variés en raison notamment de leur âge, de leur appétit ainsi que de leurs conditions physiques et de santé.
<b>Source de la preuve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travaux de l'exécutif écossais, en particulier le <i>NHS Quality Improvement Scotland Clinical Standards for Food, Fluid and Nutritional Care in Hospital (2003)</i> et documents support de l'<i>Hospitals National Catering and Nutrition Specification for Food and Fluid Provision in Hospitals in Scotland</i>;</li> <li>• Groupe de travail composé de diététistes et de gestionnaires en services alimentaires;</li> <li>• Groupe de pilotage composé de membres des parties prenantes.</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurer une guidance pour les services alimentaires, les diététistes et le personnel infirmier responsable de rencontrer les besoins nutritionnels des patients qui sont capables de manger et de boire.</li> </ul>
<b>Principes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une équipe multidisciplinaire (membre du personnel des services alimentaires, infirmière, diététiste, autre personnel auxiliaire, un médecin et un représentant des patients) doit être responsable de l'implantation locale des protocoles de provision d'aliments et de breuvages pour les patients;</li> <li>• Cette équipe est responsable de : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Évaluer des besoins de la population hospitalisée locale;</li> <li>○ La structure du menu, incluant l'implantation des recettes standardisées;</li> <li>○ Du cycle de menu qui est approprié aux groupes locaux (ex. séjour de longue durée);</li> <li>○ Impliquer le service d'approvisionnement au début du processus de développement du menu pour s'assurer que les produits appropriés et durables sont disponibles;</li> <li>○ S'assurer que la nourriture et les breuvages rencontrent les standards alimentaires et de nutriments présentés dans ce document;</li> <li>○ Implanter des protocoles locaux pour l'offre de nourriture et de breuvages aux patients (heure des repas appropriées, choix individuels, etc.);</li> <li>○ Considérer l'implication des ressources;</li> <li>○ Vérifier la conformité aux standards;</li> <li>○ Revoir le menu en fonction de la rétroaction des patients et des déchets de table;</li> </ul> </li> <li>• Les recettes standardisées doivent être utilisées pour tous les plats;</li> </ul>

- Le contenu nutritionnel des menus doit être analysé par un diététiste ;
- La durabilité du menu doit être considérée dès le départ du processus de planification du menu;
- Les groupes de patients doivent être consultés avant l'introduction de nouveaux menus.

## Standards

### Service alimentaire

- Maximiser les opportunités de choisir à partir d'un menu varié;
- Offrir un choix de grosseurs de portions pour les repas principaux;
- Service flexible pour les patients qui ne peuvent combler leurs besoins énergétiques et protéiniques à partir du menu régulier ou qui ont manqué un repas.

### Pour les patients adultes

- Féculents riches en glucides :
  - Une sélection de pains, incluant du pain brun et de grains entiers, doit être disponible à chaque repas;
  - Une variété d'aliments de ce groupe (incluant le pain, les pommes de terre, les patates douces, le riz et les pâtes) doit être offerte dans tout le cycle du menu (plats et collations);
  - Offrir des desserts à bases de céréales.
- Fruits et légumes :
  - Offrir au moins 5 portions, avec une grande variété;
  - Choix de 2 légumes à chaque repas;
  - Offrir au moins un fruit frais par jour;
  - Offrir des jus sans sucre ajouté;
  - Cuire les légumes à la vapeur plutôt que de les faire bouillir, si possible.
- Viandes, poissons, œufs et autre sources de protéines non laitières :
  - Offrir un choix de viande ou d'alternatives au repas du midi et du soir;
  - Offrir un choix de poisson au moins 2 fois par semaine, dont un gras;
  - Une variété de viande rouge, de poulet et de porc (différentes coupes) doit être offerte dans le cycle du menu;
  - Offrir des alternatives variées pour les plats végétariens;
  - Utiliser régulièrement des œufs et des fèves comme base pour les plats végétariens.
- Lait et produits laitiers :
  - S'assurer d'avoir des provisions minimales équivalent à 500ml par jour par patient de lait sur l'étage (pour les céréales et les breuvages);
  - À chaque repas, un choix de lait entier ou écrémé doit être disponible;
  - Le menu doit offrir l'opportunité de choisir 2 à 3 portions de ce groupe à chaque jour (incluant les collations);

- Le fromage peut être utilisé comme source de protéines dans les plats végétariens, mais de façon modérée;
  - Offrir du yogourt, régulier ou faible en gras, pour les collations ou accompagnements;
  - Offrir des desserts à base de lait entier;
  - Offrir des breuvages chauds à base de lait.
- Aliments contenant des matières grasses ou aliments et breuvages sucrés
    - Offrir un choix de beurre ou de tartinade riche en gras mono saturé ou poly insaturé, à tous les repas où ces aliments sont offerts;
    - Seuls du beurre ou de la tartinade ou des huiles mono saturé ou poly insaturés doivent être utilisés pour la cuisson;
    - Utiliser des tartinades enrichies d'acide folique ou de vitamine D lorsque possible, spécialement pour les personnes âgées ou longuement hospitalisées;
    - Rendre disponible des portions supplémentaires de beurre et de tartinades sur l'étage pour mettre sur les légumes des patients « à risques nutritionnels »;
    - Le sucre doit être disponible sur l'étage.
- Provision de liquides
    - Les patients doivent toujours avoir accès à une variété de liquides tout au long de la journée;
    - Les aliments liquides (ex. soupes) ne sont pas considérés dans cette catégorie;
    - Offrir une grande sélection de breuvages sur une période de 24 h;
    - Il est recommandé de servir les breuvages après les repas du midi et du soir pour ne pas couper l'appétit.

<b>Organisation</b>	New South Wales Agency for Clinical Innovation
<b>Titre</b>	<i>Nutrition Standards for Adult Inpatients in NSW Hospitals.</i>
<b>Pays, Année</b>	Australie, 2011
<b>Type d'établissement</b>	Hôpitaux
<b>Population(s) visée (s)</b>	Adultes hospitalisés, incluant ceux qui sont nutritionnellement à risque
<b>Source de la preuve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The <i>Nutrition Standards Reference Group</i> (17 professionnels impliqués en nutrition);</li> <li>• <i>The Nutrition in Hospital Group</i>;</li> <li>• Document de travail <i>South Australian Menu and Nutrition Standards for adult inpatients.</i></li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurer une base nutritionnelle solide pour le développement d'un menu standardisé en centre hospitalier;</li> <li>• Établir des principes globaux assurant un service de nutrition centré sur le patient.</li> </ul>
<b>Principes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer aux patients hospitalisés un accès à de la nourriture et des liquides qui sont sécuritaires, appropriés et adéquats;</li> <li>• Offrir des choix d'aliments qui sont appétissants et que les patients apprécient;</li> <li>• Planifier des menus basés sur les besoins de la population locale hospitalisée, en tenant compte de ses besoins sociaux, culturels et religieux;</li> <li>• Planifier des menus et des choix qui permettent aux patients de consommer le nombre de portions recommandé pour chacun des groupes alimentaires;</li> <li>• Développer des standards de menu permettant une alimentation et une hydratation adéquate basées sur les valeurs de référence du <i>National Health and Medical Research Council</i> de l'Australie et de la Nouvelle Zélande;</li> <li>• Procurer des quantités adéquates d'aliments et de breuvages aux patients ayant des besoins nutritionnels élevés;</li> <li>• Autant que possible, l'alimentation devrait combler les besoins nutritionnels des patients, réservant l'usage de suppléments pour des indications cliniques;</li> <li>• Offrir, à l'intérieur d'un repas et d'une journée, des aliments variés au niveau de la couleur, de la texture, de la saveur, des arômes et de l'apparence;</li> <li>• Réviser et évaluer les standards sur une base régulière dans un but d'amélioration continue du service alimentaire.</li> </ul>



## Classification des items du menu

- Système de « fiches » (*bands*)

Des fiches sont utilisées pour classer les items du menu selon le contenu nutritionnel et la densité des aliments.

Elles spécifient :

- L'apport énergétique;
- La teneur en nutriments;
- L'attente des patients.

Ces fiches définissent les profils nutritionnels et la grosseur des portions pour chacune des catégories d'items:

Catégorie	Fiches		
	#1	#2	#3
Soupe	Valeur nutritive significative; Représente une portion substantielle du repas.	Accompagnement pour augmenter la saveur et la variété; Apport énergétique modéré mais peu d'autres nutriments.	
Plat principal chaud (viande, volaille, poisson)	Solide; Un seul ingrédient.	Sauce avec contenu de viande élevé.	Mélange de viande et de légumes en proportions équivalentes.
Plat principal chaud végétarien	Contenu élevé en protéines.	Contenu faible en protéines.	
Salades	Inclut de la viande ou du poisson.	Contenu modéré en protéines.	Valeur nutritive minimale; Inclut pour augmenter la variété.
Sandwichs	Valeur nutritive significative; Représente une portion substantielle du repas.	Valeur protéique minimale; Inclu dans une collation ou un repas léger.	
Desserts	Contenu énergétique modéré; Contenus élevés en protéines et en calcium; Peut représenter une portion substantielle d'un repas quotidien.	Niveau énergétique et protéiniques significatifs; Peut représenter une portion substantielle d'un repas quotidien.	Valeur nutritive variable; Procure un apport énergétique modéré mais peu d'autres nutriments.

## Standards

Pour chaque item du menu, des valeurs minimales du nombre de choix et de portions sont recommandées :

Item	Nombre de choix	Commentaires
Fruit	3/jour	Offrir de la variété; Fruits de saison; En morceaux.
Jus	1/jour	Sans sucre ajouté
Céréales	Chaudes : 1/déjeuner Froides : 4/déjeuner	
Protéines (déjeuner) oeufs, fromage, yogourt	1/jour	Stratégique pour les personnes à risques nutritionnels; Aliments avec un plus faible contenu en protéines peuvent être offerts pour augmenter la variété.
Pain	≤ 2/repas	Pain blanc et ≥1 blé entier, grains entiers ou multigrains.
Margarine	1/repas	Poly ou mono insaturée; Beurre en option.
Garnitures à tartine	3/déjeuner	Confiture, miel, marmelade; Autres items (ex. beurre d'arachide) optionnels
Breuvage froid / lait	1/ repas 1/collation	Entier ou écrémé; Lait de soya sur demande; Chocolat et autres saveurs en option.
Breuages chauds	≥ 4/jour repas et collation	Thé et café; Décaféiné et chocolat peuvent être offerts.
Soupe	1x Fiche #1/jour Fiche #1 ou #2 peuvent être ajoutée	Variétés différentes à chaque repas consécutif.
Repas chauds viande, volaille, poisson	≥ 2 /jour ≥ 1/repas Fiches #1 ou #2	≥ 1 viande rouge/jour; Variétés différentes à chaque repas consécutifs.
Patates, riz, pâtes	2/repas chaud Alternative aux patates 1/jour	

Légumes	2/repas chaud	≥1 orangé ou rouge/jour ≥ 1 vert ou feuilles/jour Salade fiche #3 peut être offerte comme alternative; Soupe peut parfois contribuer à l'apport de légumes.
Sandwichs	2/jour 1 fiche #1	Pain blanc et au moins un autre type de pain.
Salade repas	≥ 1/jour Fiche #1 ou #2	≥ 5 légumes différents; Portions contrôlées de sauce à salade en option.
Desserts	2 /jour 1 fiche #1	Répétition d'items préparés limité à 1x/sem
Biscuits ou fruits	2/jour	
Collation énergétique	1/jour	≥2 options de collations énergétique/jour; Variété différente à chaque jour.

Les standards présentés sont à la base de la planification du menu pour la plupart des patients. Ils ne couvrent pas les diètes thérapeutiques. Cependant, certaines modifications peuvent être apportées pour certaines populations :

#### Personnes âgées

- Prioriser les aliments goûteux et familiers;
- Repas plus fréquents, petites portions;
- Aliments enrichis.

#### Longs séjours

- Grande variété de plats populaires;
- Cycles de menu plus longs.

#### Maternité

- Suppléments énergétiques et de plusieurs nutriments;
- Grande variété de repas populaires;
- Repas et collations plus fréquents;
- Flexibilité dans l'horaire des repas;
- Accès illimité aux liquides;
- Cycle de menu court avec plus de choix.

### Santé mentale

- Repas avec teneurs élevée en fibres, faible en énergie et dense en nutriments;
- Flexibilité dans le cycle de menu et dans la variété;
- Accès à des collations nutritives et à de la nourriture qui se mange avec les doigts.

### Végétariens

- Offrir des options permettant de rencontrer les standards nutritifs et un choix suffisant d'options;
- Offrir des aliments riches en vitamine C à chaque repas;
- Offrir une alternative au lait de vache enrichie de calcium.

<b>Organisation</b>	Government of Western Australia (WA), Department of Health
<b>Titre</b>	<i>Nutrition standards for Adult Inpatients in WA Hospitals.</i>
<b>Pays, Année</b>	Australie, 2012
<b>Type d'établissement</b>	Hôpitaux
<b>Population(s) Visée(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La plupart des patients hospitalisés en soins aigus;</li> <li>• Ne s'applique pas aux patients avec des besoins nutritionnels spéciaux, aux patients en pédiatrie et aux patients à long terme nécessitant une perte de poids.</li> </ul>
<b>Source de la preuve</b>	<p>Les standards développés sont basés sur les documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutritional Standards for adult inpatients in NSW hospitals 2011;</li> <li>• <i>Nutrition Standards for Menu Items in Victorian Hospitals and Residential Aged Care Facilities 2009.</i></li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guider les services de production des aliments;</li> <li>• Aider au design, à la planification et à l'évaluation d'un menu qui rencontre les besoins nutritionnels des usagers, avec un format et un niveau de choix appropriés à leurs profils.</li> </ul>
<b>Principes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer aux patients hospitalisés un accès à de la nourriture et des liquides qui sont sécuritaires, appropriés et adéquats;</li> <li>• Offrir des choix qui sont appétissants et appréciés des patients;</li> <li>• Design basé sur les besoins de la population locale, en tenant compte des besoins sociaux, culturels et religieux;</li> <li>• Design et choix qui permettent aux patients de consommer le nombre de portions recommandé pour chacun des groupes d'aliments;</li> <li>• Standards basés sur un document de référence alimentaire (<i>Nutrient Reference Values for Australia and New Zealand</i>);</li> <li>• Les services de repas doivent permettre l'accès à des options additionnelles de nourriture pour les patients ayant des besoins nutritionnels élevés;</li> <li>• Les besoins nutritionnels des patients doivent être comblés par la nourriture lorsque cela est possible, réservant l'usage de suppléments pour des indications cliniques;</li> <li>• Offrir aux patients une variété de nourriture;</li> <li>• Réviser les standards sur une base régulière.</li> </ul>

**Classification des items du menu**

- Système de « fiches » (*bands*)  
Des fiches sont utilisées pour classer les items du menu selon le contenu nutritionnel et la densité des aliments.  
Elles définissent les profils nutritionnels et la grosseur des portions pour chacune des catégories d'items (soupes, plats principaux chauds, salades, sandwichs et desserts)  
Les fiches permettent aux différents sites d'individualiser le format de leur menu avec la sélection des fiches appropriées et la contribution de chacune pour les groupes de patients

**Évaluation du menu**

- Évaluer si les standards permettent de produire un menu qui rencontre les objectifs nutritionnels;
- Outil : FoodWorks Version 6.0.2562 utilisant la base de données AusNut 2007.

<b>Organisation</b>	Government of South Australia, South Australia Health
<b>Titre</b>	<i>Menu and Nutritional Standards for Public Hospitals in South Australia.</i> Australie, 2014
<b>Pays, Année</b>	
<b>Type d'établissement</b>	Hôpitaux publics
<b>Population(s) visée(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients, incluant ceux qui ont une diète avec textures modifiées et ceux qui ont un faible appétit;</li> <li>• Exclut les patients en pédiatrie et les patients nécessitant une intervention nutritionnelle thérapeutique.</li> </ul>
<b>Source de la preuve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valeurs nutritives de référence pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande (2006);</li> <li>• Groupe de travail constitué de diététistes, de gestionnaires de diététistes cliniques et des gestionnaires de services alimentaires de plusieurs hôpitaux métropolitains et régionaux du sud de l'Australie;</li> <li>• Approuvé par <i>SA Health Statewide Nutrition and Dietetic &amp; Speech Pathology advisory groups</i>.</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<p>Procurer des standards pour tous les hôpitaux publics afin que chacun offre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un menu rencontrant ces standards;</li> <li>• Un menu rencontrant les besoins nutritionnels de leurs patients;</li> <li>• Un format de menu et des choix en accord avec le profil des patients;</li> <li>• Une évaluation régulière du profil des patients afin de s'assurer que le menu continue à rencontrer leurs besoins et documenter le développement du menu dans le temps;</li> <li>• Un diététiste qui s'assure que les menus continuent de rencontrer les standards au fil des changements.</li> </ul>
<b>Principes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurer aux patients une variété d'aliments sécuritaires et de bonne qualité, appétissants et nutritionnellement adéquats;</li> <li>• Les besoins nutritionnels des patients sont adressés par le service de production alimentaire de l'hôpital, les systèmes de composition et de service des repas;</li> <li>• Les patients à risque de mauvaise alimentation sont identifiés et des stratégies sont implantées;</li> <li>• La nourriture offerte doit prendre en considération les circonstances médicales, culturelles et religieuses des patients;</li> <li>• Les responsables des services alimentaires et le personnel clinique devraient travailler en collaboration pour implanter et contrôler les standards;</li> <li>• Le contrôle des coûts des aliments est équilibré avec la qualité et le choix;</li> <li>• Le profil des patients hospitalisés et leurs habitudes de consommation devraient être évalués régulièrement pour révision et planification du menu.</li> </ul>

## Standards

Repas	Item	Choix minimal	Commentaires
Déjeuner	Fruit	1	Offrir une variété
	Jus	1	Sans sucre ajouté
	Céréales	Chaude 1 Froide 4	Sans sucre ni matière grasse ajoutés
	Protéines (œufs, fromage, yogourt)	1	6 gr. par service
	Pain	≥ 2	Blanc + autre
	Margarine	1	Gras non-saturé Beurre en option
	Lait	1	Entier et écrémé Soya en option
	Garniture	3	Confitures et autres
	Brevages chaud	2	Thé ou café sans caféine ou chocolat chaud
	Sucre ou substitut	1	Offrir 2 si céréales et brevage chaud
Dîner/souper	Soupe Type 1 (riche en nutriments) Type 2 (concentration minimale de nutriments)	1	Variété aux repas consécutifs; Peut inclure 2 <sup>e</sup> service ou bouillon; Vérifier la consistance pour déglutition.
	Repas chaud	2	2 repas de viande/ jour 1 viande rouge/jour Poisson 2x/sem. Végétarien en option Variété de viandes aux repas consécutifs Chaque repas ne devrait pas revenir sur le menu > 1x / sem.
	Patate, riz, pâtes	2	
	Légumes	2	Limiter répétition aux deux jours Salade en option
	Salade (comme repas principal)	1	Sauce à salade en option; Variété de protéines sur 2 jours consécutifs (viande, fromage, etc.) Au moins 3 couleurs de légumes
	Sandwich	1	Pain blanc ou autre Gras non saturé Variété de contenu sur des jours consécutifs
	Fruit (frais ou en conserve)	1	Offrir une variété Saisonnier
	Desserts À base de lait À base de fruits Crème glacé, yogourt, crème	1 1 / jour 1 / jour ≥ 1	Limiter répétition à 1x / sem.



Dîner/souper (suite)	Pain	1 tranche/repas	Blanc + autre
	Margarine	1 par tranche	Gras non-saturé Beurre en option
	Lait	1	Entier et écrémé Soya en option
	Brevages chaud	2	Thé ou café sans caféine
	Sucre ou substitut	1	
Collation	Brevages chaud	2	Thé ou café sans caféine ou chocolat chaud
	Lait	1	Entier et écrémé Soya en option Chocolat en option
	Biscuits	1	Pour combler le besoin en énergie du patient

#### Santé mentale :

- Maintenir l'intérêt en utilisant différentes stratégies (cycle plus long, plus de choix, journées thématiques);
- Aliments faibles en énergie et en gras saturé;
- Grosseur et nombre de portions pour rencontrer le besoin d'énergie du patient et non à sa demande;
- Si augmentation de la dépense d'énergie, ajouter des options élevées en énergie et des moments des repas/collations flexibles;
- Prévoir de la nourriture qui se mange avec les doigts;
- Suppléments nutritifs si nécessaire.

#### Long séjour/réhabilitation :

- Maintenir l'intérêt en utilisant différentes stratégies (cycle plus long, plus de choix, journées à thèmes);
- Offrir des choix de menus traditionnels pour les personnes âgées;
- Augmentation de l'apport calorifique et protéiniques selon les besoins et pour les petits appétits;
- Offrir un menu supplémentaire « longue durée » avec plus de choix.

#### Modification de textures :

- Aliments : mous, hachés et humides, purées;
- Liquides : Légèrement, modérément et très épais;
- S'assurer que la modification de texture correspond au besoin du patient;
- Éviter de mélanger les aliments pour préserver les saveurs individuelles;

- Varier les formes si possible;
- Offrir des collations adéquates pour atteindre les niveaux d'énergie et de nutriments ciblés;
- Considérer la dilution des nutriments lorsque les aliments sont liquéfiés;
- Référer à des standards spécifiques pour les diètes liquides;
- Consulter les orthophonistes lors de la planification de menus pour la clientèle nécessitant une modification des textures.

#### Végétariens/végétaliens :

- Offrir un choix avec des options appropriées qui sont populaires et plus susceptibles d'être consommées;
- Inclure des substituts de viandes et de produits laitiers adéquats;
- Offrir une source de vitamine C à chaque repas;
- Offrir du lait de soya enrichi en calcium;
- Les légumes devraient être considérés afin de procurer une bonne source de protéines, de fer et de zinc;
- Les patients végétaliens ont besoin d'assistance pour s'assurer d'un apport nutritionnel et d'une variété adéquats.

#### Maternité :

- Application des standards du guide alimentaire pour personnes en santé;
- Les collations sont importantes pour rencontrer les besoins énergétiques;
- Offrir des repas qui peuvent se consommer chauds ou froids pour plus de flexibilité en fonction de l'allaitement;
- Offrir un accès aux liquides en tout temps;
- Offrir un cycle court de menus avec plus de choix que pour la clientèle à court terme habituelle.

### **Développement du menu**

- 1) Identifier le profil des patients de l'établissement pour confirmer les besoins nutritionnels et le contenu du menu (âge, genre, durée du séjour, culture, religion);
- 2) Définir le format du menu :
  - a) Trois repas et 3 collations par jour pour atteindre les recommandations nutritionnelles;
  - b) Offrir au moins le nombre minimal de choix pour chacun des repas;
  - c) La longueur du cycle des menus reflète le profil moyen de la clientèle hospitalisée et la durée moyenne du séjour; une hospitalisation > 7 jours nécessite un plus long cycle;
  - d) L'utilisation d'aliments saisonniers améliore la qualité et la variété des choix;
  - e) Le menu doit inclure des stratégies pour accommoder les préférences, les habitudes alimentaires et les appétits des patients;
  - f) Identifier les patients qui ont peu d'appétit.

<b>Organisation</b>	Department of Health and Children
<b>Titre</b>	<i>Food and Nutritional Care in Hospitals – Guidelines for Preventing Under-Nutrition in Acute Hospitals.</i>
<b>Pays, Année</b>	Irlande, 2014
<b>Type d'établissement</b>	Hôpitaux de soins aigus
<b>Population(s) visée (s)</b>	Clientèle hospitalisée
<b>Source de la preuve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe de direction de 20 personnes (spécialistes et gestionnaires en nutrition, diététistes, responsables d'associations, consultants médicaux);</li> <li>• Contribution d'un comité multidisciplinaire, de l'Institut de nutrition et diététique d'Irlande, d'un groupe de gestionnaires en restauration, de réseaux nationaux d'hôpitaux et autres.</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conscientiser au problème de la sous-nutrition dans les hôpitaux;</li> <li>• Documenter les lignes directrices pour la gestion de la nutrition dans les hôpitaux;</li> <li>• Émettre des recommandations permettant de s'assurer que l'évaluation du statut nutritionnel, la nourriture servie dans les hôpitaux, le support nutritionnel et son évaluation sont reconnus comme faisant partie des soins aux patients;</li> <li>• Procurer un guide pour l'approvisionnement en nourriture et pour les responsabilités de tous les membres du personnel en lien avec la malnutrition;</li> <li>• Considérer comment l'exécutif des services de santé, les gestionnaires d'hôpitaux, les fournisseurs de services alimentaires et les professionnels de la santé doivent travailler ensemble pour améliorer le soin nutritionnel et le support aux patients.</li> </ul>
<b>Principes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La nourriture doit être vue comme une partie intégrante du traitement médical des patients plutôt qu'une partie du service « hôtelier » procuré par l'hôpital;</li> <li>• Pour que l'alimentation à l'hôpital soit adéquate, chacune des étapes - de l'évaluation des risques nutritionnels et de l'élaboration du menu à la distribution de la nourriture et au service des repas - doit être adéquate;</li> <li>• Les patients des hôpitaux de soins aigus ont des besoins nutritionnels différents de ceux de la population générale. Leur besoin énergétique est plus élevé et leur appétit plus faible. Le menu ne doit donc pas être basé sur des aliments faibles en gras et élevés en fibres, mais sur des aliments riches en protéines et en calories.</li> </ul>

## Standards

### Nourriture

- Le menu standard doit assurer un apport énergétique et un niveau de protéines élevés, avec  $\geq 40\%$  de l'énergie provenant des gras;
- Pour les patients qui ne sont pas à risque de malnutrition,  $\sim 35\%$  de l'apport énergétique doit provenir des graisses;
- Pour les patients avec peu d'appétit, un besoin énergétique élevé et une faible prise de nourriture,  $\geq 50\%$  de l'énergie doit provenir des gras;
- Des menus avec des aliments de textures modifiées doivent être disponibles pour les patients avec problèmes de mastication ou de déglutition;
- Les menus standards doivent atteindre les doses quotidiennes recommandées de protéines, vitamines et minéraux;
- Tous les menus doivent prendre en compte les besoins ethniques et religieux des patients;
- Si possible, tous les menus doivent prendre en compte les préférences des patients;
- Les patients doivent recevoir des descriptions précises des aliments sur le menu afin de faire des choix informés;
- Les menus doivent être développés en collaboration avec le nutritionniste ou le diététiste clinique de l'hôpital, le gestionnaire de la restauration et le comité de direction de la nutrition. Des recettes standards devraient être utilisées lorsqu'approprié;
- Seulement des diètes thérapeutiques basées sur des données probantes devraient être prescrites;
- Le statut nutritionnel du patient doit être considéré lorsque des diètes thérapeutiques faibles en gras sont indiquées;
- La capacité de se nourrir et le statut nutritionnel des patients avec une diète de texture modifiée doivent être évalués constamment;
- Le diététiste clinique ou le médecin devrait être au courant de l'utilisation d'une diète alternative et de son influence sur le statut nutritionnel du patient;
- Une rétroaction des patients sur l'acceptabilité de la nourriture est encouragée;
- Pour chacun des plats, le contenu nutritionnel et les portions devraient être audités annuellement ou plus souvent si le menu change;
- Lors de la planification, le contenu en nutriments doit être documenté en consultation avec le diététiste/nutritionniste clinique;
- Des bases de données fiables sur les pertes d'aliments selon les différents systèmes service-aliment devraient être disponibles.

### Menu standard

- Le menu standard doit être riche en calories et en protéines, procurant  $40\%$  de l'énergie à partir des gras;
- Le menu standard doit offrir 2 grosseurs de portions : standard et large;
- Les produits faibles en gras ne doivent pas être utilisés;

- Les pommes de terre, les légumes et les accompagnements des repas doivent être enrichis avec du beurre ou des huiles;
- Les desserts doivent être riches en calories et servis aux repas du midi et du soir;
- Des collations riches en calories doivent être offertes entre les repas.

#### Organisation du Service des repas

- Les administrateurs de l'hôpital doivent prioriser une politique nutritionnelle qui doit être adoptée et implantée au niveau de l'hôpital ou au niveau régional;
- Un comité de direction doit être mis en place pour a) faciliter l'implantation des standards, b) fixer des règles pour le soin nutritionnel et le support des patients.
- Ce comité devrait inclure au moins 2 diététistes/nutritionnistes cliniques, un représentant du nursing, de la gestion et de la pharmacie, un orthophoniste (si possible), 2 gestionnaires de la restauration et un médecin;
- La responsabilité nutritionnelle doit être divisée entre les professionnels de la santé et l'administration de l'hôpital et leurs rôles clairement définis.

#### Systèmes de production

- Les températures et les méthodes de cuisson des aliments doivent permettre de maintenir un maximum de contenu nutritionnel;
- Le système de service devrait être ajusté aux besoins des patients, en tenant compte de leurs fonctions physique et mentale;
- Une étroite collaboration devrait être établie entre les experts du service des repas afin d'identifier les nouvelles tendances.

<b>Organisation</b>	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
<b>Titre</b>	<i>Le Plaisir de Manger – Guide des meilleures pratiques en matière d'alimentation dans les CHSLD.</i>
<b>Pays, Année</b>	Canada, 2013
<b>Type d'établissement</b>	Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
<b>Population(s) visée (s)</b>	Résidents des CHSLD (personnes âgées)
<b>Source de la preuve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S. Roy, nutritionniste;</li> <li>• Groupe de travail interprofessionnel (13 acteurs œuvrant dans différentes sphères liées à l'alimentation);</li> <li>• Appuyé sur des repères éthiques, des dimensions juridiques et cliniques.</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir les organisations dans la mise en place d'une offre de service adaptée en matière d'alimentation dans les CHSLD de la Montérégie;</li> <li>• Proposer des standards de qualité et de sécurité, ainsi que des stratégies novatrices d'actualisation des meilleures pratiques cliniques et administratives;</li> <li>• Soutenir les gestionnaires dans l'amélioration de l'offre alimentaire en CHSLD.</li> </ul>
<b>Principes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir des repas et des collations de haute valeur nutritive;</li> <li>• Promouvoir la saine alimentation auprès des clientèles hébergées;</li> <li>• Développer les compétences du personnel;</li> <li>• Assurer la qualité globale des aliments et des boissons offerts.</li> </ul>
<b>Standards</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considérer les habitudes de vie de la clientèle hébergée : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Contexte social;</li> <li>○ Caractère ethnique;</li> <li>○ Aspect culturel;</li> <li>○ Pratique spirituelle;</li> <li>○ Préférences alimentaires dans la mesure du possible.</li> </ul> </li> <li>• Réviser le menu 2x/année (menu d'été et menu d'hiver);</li> <li>• Opter pour un cycle minimal de 3 à 4 semaines, sans répétition de mets;</li> <li>• Offrir un minimum de 3 repas par jour;</li> <li>• Proposer 2 choix de mets principaux par repas et des choix alternatifs faisant partie des menus réguliers, thérapeutiques et à textures modifiées;</li> <li>• Demander la participation du service de loisirs dans la préparation et l'organisation des repas lors de journées thématiques;</li> </ul>

- Concevoir un menu pour des occasions spéciales (Noël, Pâques, etc.);
- Élaborer un plan pour le déploiement d'un menu d'urgence en collaboration avec le Comité des mesures d'urgence;
- Développer une liste de choix de collations adaptées aux plans alimentaires réguliers, thérapeutiques et à textures modifiées, pour un minimum de 2x/jour (excluant celles qui servent à l'hydratation);
- Inclure 3 occasions supplémentaires d'hydratation (avant-midi, après-midi, soirée);
- Ajouter un choix de repas plus léger pour le souper.

### **Développement du menu**

- 1) Évaluer les préférences alimentaires des résidents et leur appétit (questionnaires, audits, plans alimentaires, etc.);
- 2) Utiliser le Guide alimentaire canadien et l'apport nutritionnel de référence;
- 3) Déterminer la grosseur des portions pour répondre aux besoins nutritionnels de la clientèle hébergée;
- 4) Déterminer les ustensiles de service lors des repas;
- 5) Utiliser un logiciel de nutrition permettant de comparer les apports en nutriments du menu avec les apports nutritionnels de référence selon l'âge et le sexe du résident;
- 6) Structurer le menu d'une journée type et s'en inspirer pour planifier tous les jours du cycle de menus;
- 7) Faire participer le diététiste à l'élaboration du menu en lui faisant évaluer et approuver le menu régulier, les collations, les menus thérapeutiques et à textures ou à consistance modifiées.

<b>Organisation</b>	Dietitians of Canada, Ontario Long Term Care Action Group
<b>Titre</b>	<i>Best Practices for Nutrition, Food Service and Dining in Long Term Care Homes. A working paper.</i>
<b>Pays, Année</b>	Canada, 2013
<b>Type d'établissement</b>	Établissement de soins de longue durée
<b>Population(s) visée (s)</b>	Résidents
<b>Source de la preuve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membres du groupe The Ontario LTC Action Group;</li> <li>• Basé sur les pratiques professionnelles, les standards de soin et différentes législations;</li> <li>• Révision de la version de 2007.</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promouvoir et supporter la collaboration interprofessionnelle et le groupe de soin interdisciplinaire en nutrition;</li> <li>• Partager les bonnes pratiques qui sont utilisées actuellement pour la prestation de soins de qualité.</li> </ul>
<b>Principes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche centrée sur le résident afin de supporter, promouvoir et respecter les droits des résidents, leur sécurité, leur confort, leur choix, leur autonomie et leur prise de décision;</li> <li>• Reconnaître que la qualité de la nutrition, de l'hydratation et du plaisir de manger améliorent la qualité de vie et la qualité de soins;</li> <li>• Adopter une approche holistique reconnaissant que la nourriture, les breuvages et le plaisir de manger influencent le bien-être psychologique, social et physique des résidents;</li> <li>• Prendre en considération l'histoire des résidents et son influence sur leurs préférences alimentaires de même que sur les interventions pour combler leurs besoins nutritionnels;</li> <li>• Reconnaître que la capacité de se nourrir est une composante essentielle de l'amour-propre et de l'autonomie individuelle et la soutenir;</li> <li>• Adopter à la fois une approche de collaboration interprofessionnelle et d'équipe de soins interdisciplinaire pour supporter la santé et le bien-être des résidents.</li> </ul>
<b>Développement du menu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résidents, les familles, les répondants ou autres personnes significatives sont consultés et impliqués dans la planification du menu et un processus d'approbation permet de s'assurer que les menus reflètent tous les besoins des résidents (social, culturel, religieux, alimentaire);</li> <li>• Variété et choix sont offerts à tous les résidents afin d'accommoder leurs préférences autant que possible;</li> <li>• Les cycles de menus, généralement d'une durée de 3 à 4 semaines, sont planifiés et révisés minimalement à tous les ans.</li> </ul>



- Le processus de planification inclut, au minimum :
  - L'évaluation des préférences et de l'appétit des résidents;
  - La planification d'un modèle quotidien de repas et de grosseur de portions pour la nourriture et les liquides afin de combler les besoins nutritionnels et d'hydratation et les préférences des résidents;
  - Des questionnaires de satisfaction des résidents, de commentaires du comité d'alimentation des résidents, les résultats des audits, les rétroactions du personnel qui côtoie les résidents et archivage des pertes de nourriture dans la planification et l'évaluation du menu;
  - L'évaluation, la documentation et la planification des menus selon les préférences des résidents par rapport à la variété et à la fréquence des items du menu (validation à chaque cycle);
  - L'incorporation d'aliments frais de saison et d'aliments locaux dans le menu en tenant compte des besoins et préférences des résidents et dans la limite du budget;
  - L'identification d'outils, de logiciels et de processus à suivre pour s'assurer que le menu offre les nutriments et l'apport énergétique adéquats selon les besoins des résidents et le guide alimentaire canadien;
  - La planification de menu implique toute la nourriture et les breuvages à offrir quotidiennement (minimum de 3 repas, 3 opportunités de breuvages et 2 collations/ jour);
  - Le menu maître est planifié de façon à procurer aux résidents la nourriture, les breuvages et les soins nutritionnels appropriés à leurs besoins de santé, culturel et religieux, personnels et de qualité de vie à l'intérieur des lignes directrices pour les fibres, les bons gras et avec un apport modéré en sodium;
  - Le diététiste collabore avec l'équipe interdisciplinaire et base les menus thérapeutiques sur les besoins de la population visée de résidents. Les menus thérapeutiques et de textures modifiées suivent le plus possible le menu maître;
  - Une politique et une procédure et/ou un plan de menu définissent des grosseurs de portions alternatives pour les résidents dont l'état le requiert ou qui en font la demande;
  - Tous les menus pour les repas et les collations, incluant les diètes thérapeutiques et les aliments de textures modifiées, sont évalués et approuvés par le diététiste.
  - Il y a un plan de menu ou des recommandations concernant les collations disponibles aux résidents sur une base de 24 h.
  - Tous les choix de menus, incluant les diètes thérapeutiques et les aliments de textures modifiées, pour la semaine et chaque jour sont affichés ou disponibles et sont communiqués aux résidents, à la famille, aux répondants et au personnel;
  - L'équipe de soins interdisciplinaires est responsable de l'éducation en nutrition et en hydratation ainsi que de l'éducation concernant les diètes thérapeutiques, de textures modifiées ou de modification de consistance.

<b>Organisation</b>	Public Health Agency
<b>Titre</b>	<i>Nutritional Guidelines and Menu Checklist for Residential and Nursing Home.</i>
<b>Pays, année</b>	Royaume-Uni, 2014
<b>Type d'établissement</b>	Résidences pour personnes âgées (résidences et CHSLD)
<b>Population(s) visée (s)</b>	Personnes âgées
<b>Source de la preuve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guide alimentaire « <i>The Eatwell Plate</i> » produit par le <i>Public Health England, Welsh Government</i> et le <i>Food Standards Agency in Northern Ireland</i>;</li> <li>• <i>Dietetic working group 2012-2014</i> (6 diététistes);</li> <li>• Révision par les diététistes de l'Irlande du Nord en consultation avec la <i>Regulation and Quality Improvement Authority</i>, les services dentaires communautaires, des orthophonistes, des centres d'hébergement, des infirmières spécialistes, des équipes concernant le diabète et le <i>Public Health Agency</i>.</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager et soutenir l'offre d'une diète équilibrée aux individus vivant dans les résidences pour personnes âgées;</li> <li>• Donner de l'information concernant les besoins et les problèmes nutritionnels des personnes âgées;</li> <li>• Souligner l'importance d'identifier et de traiter la malnutrition;</li> <li>• Offrir une guidance et des outils pour la planification du menu et la modification des aliments et des breuvages.</li> </ul>
<b>Principes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les établissements devraient discuter des préférences alimentaires et des besoins nutritionnels du résident au moment de son admission;</li> <li>• Tous les résidents, incluant ceux qui ont une diète thérapeutique, devraient être impliqués dans la planification du menu et recevoir de l'information sur les choix d'aliments disponibles. Des photographies ou des schémas peuvent s'avérer utiles;</li> <li>• Les menus doivent être clairement écrit en utilisant un langage familier et être présentés dans un format et à un endroit adéquat;</li> <li>• Trois repas complets et des collations devrait être servis tous les jours et à intervalles réguliers (<math>\leq 5</math> h). Un plat cuisiné devrait être offert à un des repas;</li> <li>• L'intervalle entre la collation du soir et le déjeuner ne devrait pas dépasser 12 h;</li> <li>• Les préférences du résident concernant le moment des repas devraient être considérées et une certaine flexibilité devrait être offerte à ceux qui choisissent des moments l'extérieur de l'horaire standard;</li> <li>• Les menus devraient être révisés et changés régulièrement. Les préférences des résidents et la disponibilité saisonnière des aliments devraient être considérées;</li> </ul>

- Des choix de menu devraient être disponibles pour tous les résidents, incluant ceux qui ont une diète thérapeutique;
- Les résidents devraient être connaître les choix qui seront offerts au repas suivant;
- Une variété de méthodes de cuisson, de couleurs, de saveurs et de textures devrait être offerte;
- La grosseur des portions devrait être ajustée en fonction des circonstances individuelles;
- L'établissement doit s'assurer que la nourriture offerte prend en compte l'ethnie, la culture et la religion des individus.

## **Standards**

- Les repas doivent être servis avec une sélection de pains. Des sandwiches devraient être disponibles tous les jours comme choix alternatif;
- Offrir une variété de fruits;
- Assurer un apport adéquat de liquides (~1200 ml/jour)
- Offrir des breuvages chauds et froids à tous les repas et entre les repas;
- Offrir des collations additionnelles aux résidents qui sont à risque de problèmes nutritionnels et qui requiert un surplus de calories.
- Encourager les résidents à consommer plus d'aliments qui sont naturellement riches en fibres;
- Offrir 3 portions par jour de lait et de produits laitiers;
- Encourager les résidents à consommer 2 portions de poisson/semaine, dont un poisson gras;
- Limiter l'utilisation du sel.

### Faible appétit et/ou une perte de poids

- Encourager la prise de 5 ou 6 petits repas et collations par jour;
- Choisir des options riches en protéines et en calories (ex. lait entier);
- Éviter les produits faibles en gras et en sucre;
- Ajouter plus de beurre ou de margarine aux aliments;
- Encourager les résidents à boire plus de breuvages contenant des produits laitiers;
- Encourager la consommation de 2 poudings par jour;
- Assurer un équilibre alimentaire incluant les principaux groupes d'aliments (Pain, riz, patates, pâtes et autres féculents; Fruits et légumes; Lait et produits laitiers; Viande, poisson, œufs et autres sources de protéines à l'extérieur des produits laitiers)
- Enrichir le lait entier en y ajoutant de la poudre de lait écrémé.

### Démence

- Offrir de la nourriture qui se mange avec les doigts

<b>Organisation</b>	Public Health England
<b>Titre</b>	<i>Healthier and More Sustainable Catering. A Toolkit for Serving Food to Older People in Residential Care.</i>
<b>Pays, Année</b>	Royaume-Uni, 2014
<b>Type d'établissement</b>	Résidence pour personnes âgées
<b>Population(s) visée (s)</b>	Personnes âgées (sans besoins nutritionnels particuliers)
<b>Source de la preuve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipe-conseil en nutrition</li> <li>• Sur la base des recommandations du <i>Healthier and More Sustainable Catering</i>, Public Health England</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner de l'information pratique et des conseils pour l'achat, la cuisson et le service de nourriture saine;</li> <li>• Donner des exemples de menus qui rencontrent les recommandations du <i>Healthier and More Sustainable Catering</i>;</li> <li>• Donner de l'information sur l'hygiène alimentaire, les besoins culturels/religieux, l'étiquetage pour les allergies et les calories.</li> </ul>
<b>Principes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'offre alimentaire pour les personnes âgées devrait rencontrer au moins les exigences minimales pour la population générale et viser les cibles recommandées pour les éléments dont leur consommation est considérée excessive ou insuffisante;</li> <li>• Les standards présentés visent les personnes âgées de 75 ans et plus vivant en institution, mais rencontrent aussi, dans la plupart des cas, les besoins des personnes de moins de 75 ans vivants dans les établissements résidentiels;</li> <li>• Lorsque la consommation de vitamines et de minéraux est insuffisante, les repas doivent contenir des aliments permettant d'atteindre les niveaux recommandés;</li> <li>• Des suppléments de vitamine D sont conseillés;</li> <li>• La prise de nutriments au cours de la journée est conventionnellement divisée en 4 occasions (déjeuner, dîner, souper et collations);</li> <li>• Le déjeuner devrait apporter 20% des nutriments, le dîner et le souper 30% chacun et la nourriture et les breuvages consommés entre les repas, 20%;</li> <li>• Les pratiques d'alimentation saines et durables commencent par l'engagement de tous (personnel et résidents) et la mise en place d'un plan pour y arriver;</li> <li>• La politique alimentaire de l'établissement devrait promouvoir l'utilisation d'un outil de dépistage de la malnutrition et des plans individuels pour répondre aux plus grands besoins nutritionnels si nécessaire;</li> </ul>

- Les critères pour l'approvisionnement devraient être clairement définis pour les contracteurs et les fournisseurs, autant pour le matériel (incluant équipement) que les services de restauration (chef, personnel);
- Les gestionnaires de l'approvisionnement, en achetant avec soin la nourriture et les ingrédients, en collaboration avec les planificateurs de menus et les traiteurs, peuvent réduire le contenu en sel, gras saturés et sucres ajoutés, et augmenter le contenu en fibres, fruits, légumes et poissons de la nourriture offerte;
- Un menu santé est varié et équilibré, a recours à plusieurs modes de cuisson et inclut des produits appétissants. Il n'exclut pas totalement les aliments riches en gras, sel et sucre, ou des méthodes de cuisson comme la friture.

Le document inclut une description des groupes alimentaires avec des conseils sur le choix, la cuisson et le service des aliments, les allergies, la sécurité alimentaire et les préférences culturelles.

## **Standards**

Le document présente des lignes directrices pour choisir, cuisiner et servir des aliments répondant aux besoins des personnes âgées.

Pour chaque catégorie d'aliment sont présentés : des orientations, les aliments inclus et leur importance, des conseils pour leur choix, leur cuisson et leur service, ainsi que des conseils concernant les allergies et la sécurité alimentaire.

### **Orientations**

#### Pain, riz, patates, pâtes et autres féculents :

- Doivent constituer 1/3 de l'apport nutritionnel quotidien;
- Offrir les variétés à grains entiers lorsque possible.

#### Fruits et légumes :

- Doivent constituer au moins le tiers de l'apport nutritionnel quotidien;
- Offrir au moins 5 portions différentes chaque jour.

#### Lait et produits laitiers :

- Doivent être servis tous les jours;
- Des portions modérées devraient être offertes chaque jour incluant le lait dans les breuvages, le fromage, le yogourt, les puddings et les sauces à base de lait;
- Lorsqu'approprié, choisir des options faibles en gras et en sel ou servir de plus petites quantités et moins fréquemment des options avec gras et sel.

#### Viandes, poisson, œufs, haricots et autres sources de protéines :

- Une viande ou une alternative devrait être offerte à chaque repas principal;
- Du poisson devrait être offert au moins deux fois par semaine, dont un poisson gras;

- Pour les végétariens et les végétaliens, les alternatives à la viande devraient être variées et une variété d'aliments de ce groupe devrait être utilisée.
- La consommation de viande rouge ne devrait pas excéder 70 grammes par jour.

Aliments ou breuvages à teneur élevée en sucre et/ou en gras :

- Consommer ces aliments en petite quantité et peu fréquemment;
- Utiliser les aliments gras avec parcimonie. Chercher les alternatives moins grasses ou en servir en plus petites quantités;
- Lorsque possible, remplacer les gras saturés par des gras insaturés;
- La consommation de collations et de boissons sucrées durant la journée n'est pas encouragée.

Catégories non alimentaire :

- Le sel ne devrait pas être disponible sur la table ;
- Considérer l'achat de thé et de café équitables ;
- L'eau devrait être visible et accessible en tout temps. L'eau minérale et l'eau de source pré-embouteillées ne devraient pas être au menu;
- Les cycles de menus doivent être analysés de façon à rencontrer les standards nutritionnels établis pour la majorité des personnes de la population ciblée ;
- Toute la nourriture doit être produite selon les standards de production établis par la loi.

<b>Organisation</b>	Department of Human Services (Victoria)
<b>Titre</b>	<i>Nutrition Standards for Menu Items in Victorian Hospitals and Residential Aged Care Facilities.</i>
<b>Pays, Année</b>	Australie, 2009
<b>Type d'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpitaux ;</li> <li>• Résidences pour personnes âgées.</li> </ul>
<b>Population(s) visée (s)</b>	Patients et résidents ayant des besoins nutritionnels variés en raison de leur statut nutritionnel, leur âge, leur appétit, leur santé et la longueur de leur séjour.
<b>Source de la preuve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation de décideurs, diététistes et gestionnaires de l'alimentation;</li> <li>• Rétroactions des hôpitaux et des fournisseurs commerciaux;</li> <li>• Représentants des unités de production de 2 hôpitaux;</li> <li>• Représentants de la <i>Dietetic Association Rehabilitation and Aged Interest Group</i>.</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guider les producteurs de nourriture;</li> <li>• Guider le développement des items du menu;</li> <li>• Aider au design, à la planification et à l'évaluation d'un menu qui rencontre les besoins nutritionnels des usagers, avec un format et un niveau de choix appropriés à leurs profils.</li> </ul>
<b>Principes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'apport nutritionnel doit provenir des aliments; les suppléments sont évités autant que possible;</li> <li>• Les standards doivent procurer de la nourriture qui est acceptable pour les usagers pour s'assurer qu'ils vont la consommer;</li> <li>• Les standards sont développés en tenant compte des habitudes alimentaires et des préférences des patients;</li> <li>• Les standards sont développés de façon à incorporer des objectifs nutritionnels mesurables de façon à pouvoir être utilisés par les départements de services alimentaires, les unités de production centrales et les fournisseurs commerciaux;</li> <li>• Les standards peuvent contribuer au processus de planification de menus par les services alimentaires et les professionnels en diététique.</li> </ul>
<b>Standards</b>	<p><u>Couvrent :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La composition nutritionnelle des items du menu;</li> <li>• La classification des items selon un système de classification reflétant les valeurs nutritionnelles absolues et relatives;</li> <li>• Le format des portions;</li> <li>• Les lignes directrices pour l'élaboration de menus.</li> </ul>

### Ne couvrent pas :

- Les besoins spécifiques des régimes thérapeutiques spécialisés (ex. faible en sodium);
- La définition des textures;
- Les items offerts aux usagers ayant de la difficulté à se nourrir;
- Les collations entre les repas;
- Les suppléments nutritionnels;
- Les détails de la planification de menus (fréquence, items spécifiques);
- Le moment des repas et le besoin d'assistance.

### Portions

Production d'une charte présentant le format d'une portion pour différents aliments :

- Portion complète;
- « Petit » repas = 1/2 portion;
- « Gros » repas = 1 1/2 portion.

### Lignes directrices pour la préparation des aliments

- Éviter la friture;
- Enlever le cartilage et le gras apparent des viandes et des volailles et les arrêtes de poisson;
- Offrir le choix de produits laitiers faibles en gras;
- Utiliser des huiles, de la margarine et des vinaigrettes sans gras mono et poly insaturés;
- Offrir le choix de céréales et de pains à grains entiers;
- Jus sans sucre ajouté;
- Éviter la sur-cuisson des légumes et des fruits;
- Produits à teneur réduite en sodium.

### Classifications des items du menu : concept de « fiches »

- Développement d'un système de fiches pour classer les items du menu selon :
  - le contenu nutritionnel;
  - la densité.
- Les fiches définissent les profils nutritionnels à l'intérieur de chaque catégorie d'items (soupes, plats principaux, salades, sandwiches, desserts). Elles ont été développées pour spécifier :
  - Le contenu énergétique;
  - La teneur en nutriments;
  - L'attente des patients.



- Les fiches permettent aux différents sites d'individualiser le format de leur menu :
  - Sélection des fiches appropriées pour le groupe de patient;
  - Assignement du niveau de contribution (%) de chacune de fiches pour chaque groupe de patients.

## **Développement du menu**

### Utilisation des standards dans la planification d'un menu

- 1) Évaluer les caractéristiques du patient/résident requises pour déterminer le besoin en macronutriments;
- 2) Évaluer les besoins en macronutriments pour chaque groupe de patients/résidents;
- 3) Pour chaque groupe, documenter le nombre de repas et de collations à offrir chaque jour;
- 4) Pour chaque groupe, documenter un format de menu (liste d'items) pour chaque repas et collation;
- 5) Pour chaque catégorie de menu (ex. : soupe), spécifier le % de chaque « fiche »;
- 6) Pour chaque catégorie de menu, spécifier les plats qui correspondent aux critères des « fiches »;
- 7) Allouer des items spécifiques à une période de repas à l'intérieur du cycle du menu.

<b>Organisation</b>	State-wide Foodservices Policy and Planning
<b>Titre</b>	<i>Queensland Health – Nutrition Standards for Meals and Menus.</i>
<b>Pays, Année</b>	Australie, 2012
<b>Type d'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpitaux,</li> <li>• Centres d'hébergement (personnes âgées, établissements en santé mentale et pour traumatisés crâniens).</li> </ul>
<b>Population visée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients hospitalisés (courts et longs séjours);</li> <li>• Personnes en centres d'hébergement</li> </ul>
<b>Source de la preuve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe de travail de 19 personnes composé de diététistes, de gestionnaires des services alimentaires et d'experts dans le domaine de la nutrition et des services alimentaires;</li> <li>• Adaptation du document du <i>Departement of Human Services (2009)</i>.</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurer un cadre pour aider les établissements de santé à rencontrer les besoins nutritionnels de la majorité des patients, résidents et clients selon la durée du séjour, l'âge, le statut nutritionnel et le type d'établissement;</li> <li>• Procurer une base nutritionnelle pour le développement du menu de l'établissement.</li> </ul>
<b>Principes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La planification du menu doit être un processus collaboratif impliquant des diététistes, le directeur du service alimentaire et d'autres décideurs clés;</li> <li>• Un diététiste doit s'assurer que la nourriture et le menu rencontrent les standards nutritionnels et les besoins particuliers des usagers (culture, religion, etc.);</li> <li>• Le menu doit être revu par un diététiste deux fois par année;</li> <li>• Les usagers doivent avoir accès à un minimum de 3 repas principaux et de 3 collations par jour;</li> <li>• Des variétés de portions doivent être offertes sur le menu;</li> <li>• L'établissement doit s'efforcer d'accommoder les préférences culturelles et religieuses des usagers à l'intérieur des contraintes imposées par la disponibilité de ces aliments.</li> </ul>
<b>Standards</b>	<p><u>Adultes hospitalisés (excluant les courts séjours) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir un minimum de choix sur la longueur du cycle;</li> <li>• 3 repas principaux et 3 collations par jour;</li> <li>• Offrir des options enrichies pour les céréales chaudes, les soupes et les légumes (ex. dans une sauce);</li> </ul> <p>Choix de déjeuners protéinés chauds pour toutes les textures de nourriture.</p>

#### Maternité :

- Accès à de l'eau et autres liquides et des collations additionnelles pour les femmes qui allaitent;
- Suppléments nutritionnels si requis.

#### Pédiatrie :

- Sans noix ou pâte de noix si possible;
- Options pour sevrage avec des textures appropriées (jeunes enfants);
- Options pour les enfants avec allergies et intolérances.

#### Personnes âgées en centre d'hébergement :

- Cycle minimal de 14 jours et un minimum de choix;
- Choix d'aliments protéinés avec texture normale et en purée au moins 4 fois par semaine ou aux 2 jours;
- Options de nourriture qui se mange avec les doigts;
- Suppléments de nourriture ou de liquides lorsque requis;
- Options enrichies de céréales, soupes et un légume à chaque jour, dans différentes textures.

#### Problèmes mentaux et blessures cérébrales :

- Cycle minimal de 14 jours et un minimum de choix;
- Options pour allergies et intolérances;
- Options santé (moins de gras, moins de sel) à tous les repas et collations;
- Au moins un repas de poisson par semaine;
- Au moins 25 à 30 g de fibres par jour;
- Disponibilité de menus qui se mangent avec les doigts à tous les jours;
- Pour ceux qui ne peuvent pas communiquer, offrir une variété d'aliments, prendre en note ce que l'utilisateur aime et n'aime pas, consulter les proches.

#### Végétariens et végétaliens

- ≥ 2 options végétariennes (incluant un végétalien)/ jour
- ≥ 1 option végétarienne/végétalienne chaude/ 2 jours
- Intégration de choix végétariens/végétaliens dans le menu standard
- Disponibilité d'une variété de sources alternatives de protéines (œufs, fromage, tofu, etc.)
- Alternatives au lait (soya, etc.) enrichies de calcium et vitamine B12 et contenant un niveau de protéines équivalent au lait de vache.

#### Régimes thérapeutiques et médicaux

- Processus d'identification des usagers ayant des besoins particuliers;
- Régimes intégrés au menu standard avec un minimum de restrictions;

- Processus pour noter et modifier les menus selon les goûts de l'utilisateur;
- Un diététiste doit évaluer la pertinence des régimes individuels qui ne rencontrent pas le menu standard;
- De la nourriture de texture appropriée doit être disponibles à chaque repas et collations pour les usagers nécessitant un régime liquide;
- Options enrichies et collations substantielles de la texture souhaitée pour les régimes liquide.

#### Catégories d'items de menu :

- Plats principaux protéinés chauds :

La viande doit être départie de l'excédent de gras, de la peau et des os; les produits devraient contenir une quantité minimale de sodium ajouté; les gras ajoutés doivent être poly ou mono insaturés; n'inclus pas les patates, le riz ni les pâtes, à moins que cet ingrédient soit la composante principale du menu.

- Soupes;
- Sandwiches;
- Desserts;
- Collations.

#### Choix minimum

- Par jour : 2 choix de repas chauds (1 pour les courts séjours)
- Par cycle : 42 choix (14 pour les courts séjours)
- Par catégorie :
  - Un des deux repas chauds : groupes 1 ou 2; 2<sup>e</sup> choix parmi 1, 2 ou 3
  - Un des deux repas chauds : groupes 1, 2 ou 3 (courts séjours)

#### **Développement du menu**

- 1) Déterminer la longueur du cycle du menu;
- 2) Faire la liste de tous les items disponibles dont l'utilisation dans le menu est planifiée;
- 3) Placer chaque item qui a une spécification de contenu (soupe, dessert, etc.) dans le groupe correspondant\*;
- 4) Noter les portions recommandées pour les autres items non regroupés;
- 5) S'assurer que le menu contient une quantité adéquate des items sur le menu, selon le nombre minimum d'items par cycle;
- 6) Considérer les choix végétariens et végétaliens dans la planification du menu;
- 7) Considérer quels régimes peuvent être assurés par le menu principal et lesquels nécessitent un menu différent;
- 8) Développer le menu maître à partir des informations 1 à 7 :
  - a) Les standards doivent être rencontrés ;
  - b) Les principes de planification de menu, comme la variété, la couleur, la texture, le goût, l'apparence et le budget, doivent être utilisés pour guider le développement du menu.

<b>Organisation</b>	The Association of UK Dietitians, Food Counts Group
<b>Titre</b>	<i>The Nutrition and Hydration Digest: Improving Outcomes through Food and Beverage Services.</i>
<b>Pays, Année</b>	Royaume-Uni, 2012
<b>Type d'établissement</b>	Hôpitaux et autres établissements de soins
<b>Population(s) visée (s)</b>	Patients hospitalisés et autres usagers des services de santé et communautaires
<b>Source de la preuve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à jour du document publié en 2006;</li> <li>• Comité de travail;</li> <li>• Consultation de <i>The British Dietetic Association</i>.</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurer une source de standards, codages, guide et bonnes pratiques;</li> <li>• Présenter un document de références avec spécifications;</li> <li>• Procurer un outil favorisant l'utilisation d'un langage commun entre les cliniciens, les professionnels en restauration et l'industrie;</li> <li>• Présenter une approche en services alimentaires dans les milieux de soins pour les professionnels et autres personnes;</li> <li>• Procurer un document de référence pour différents aspects de l'alimentation en établissement de soins.</li> </ul>
<b>Principes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les besoins des patients et le type de menu sont les premiers éléments à considérer dans le design d'un menu.</li> </ul>
<b>Standards</b>	<p><u>Besoins des patients</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les besoins alimentaires des groupes de patients doivent être évalués en terme de : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Age, genre;</li> <li>○ Besoins nutritionnels;</li> <li>○ Besoins physiques (aide à se nourrir);</li> <li>○ Préférences de nourriture;</li> <li>○ Durée du séjour;</li> <li>○ Besoins cliniques.</li> </ul> </li> <li>• Certains groupes de patients doivent être considérés séparément en raison de leurs besoins et routines : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enfants;</li> <li>○ Personnes âgées;</li> <li>○ Maternité;</li> <li>○ Santé mentale;</li> <li>○ Difficultés d'apprentissage.</li> </ul> </li> </ul>

- Les besoins pour les spécialités médicales doivent être évalués.

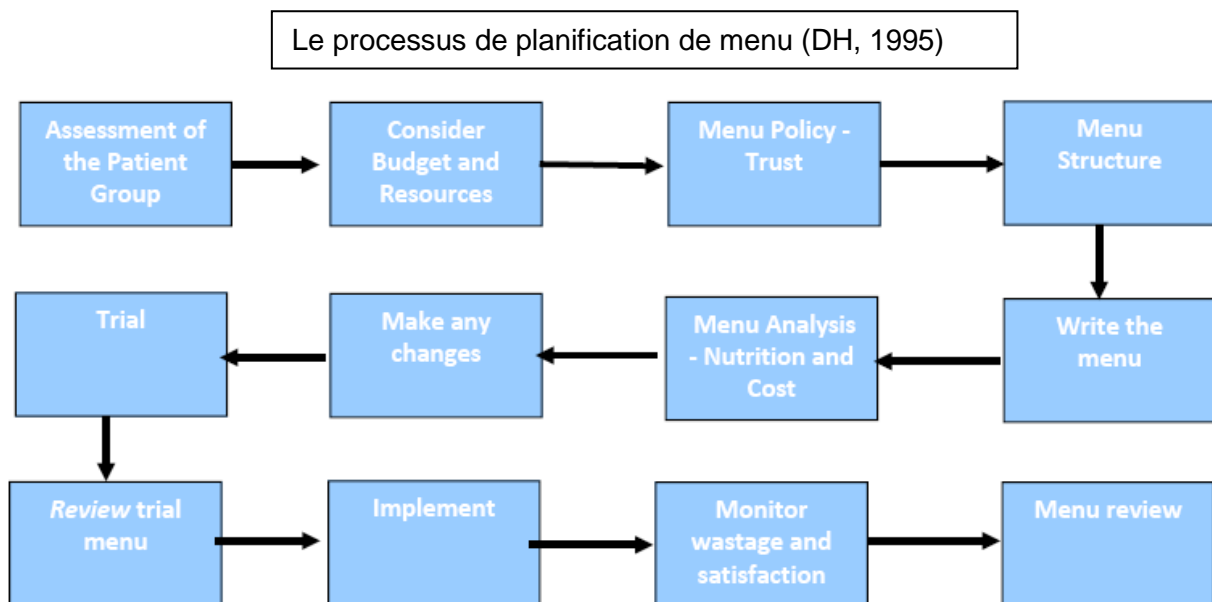
#### Types de menu

- Les menus à la carte sont particulièrement intéressants pour les petits groupes de patients qui requièrent des repas qui ne peuvent pas s'intégrer dans le menu standard (allergies, dysphagie, religion/culture). Les avantages sont :
  - Plus grand choix de plats sur une base quotidienne;
  - S'adaptent facilement pour les aliments saisonniers;
  - Plus grande probabilité que le patient mange un plat qu'il aime;
  - Plus grande probabilité que le patient soit satisfait;
  - Convient pour les courts séjours.
- Les menus cycliques sont traditionnellement utilisés dans les établissements de santé, avec des cycles de 2 à 4 semaines. Les avantages incluent :
  - Grosseur de portion ajustable;
  - Plus de choix d'accompagnements;
  - Perception d'un plus grand choix, ce qui est mieux pour les séjours de longue durée.

#### Structure du menu

- 3 repas par jour (déjeuner, dîner et souper);
  - $\geq 2$  collations par jour;
  - Breuvages chauds et froids ( $\geq 7$  breuvages/jour, eau en tout temps);
  - Flexibilité pour accommoder les besoins de petits repas fréquents;
  - Apport minimum par jour :
    - 5 portions de fruits et légumes;
    - 5 portions de pain, riz, patates et féculents;
    - 3 portions de lait et produits laitiers;
    - 2 portions de viande, poisson et alternatives.
  - Des aliments riches en gras ou en sucre peuvent être offerts, en fonction des besoins individuels, particulièrement les groupes de patients vulnérables;
  - Les grosseurs de portions doivent être déterminées localement selon les standards locaux.
- Développement du menu**
- Processus multidisciplinaire combinant le design et la structure du menu;
    - Considération des besoins des patients :
      - Proportions de patients en bonne condition nutritionnelle et nutritionnellement vulnérables;
      - Préférences au dîner, au souper ou les deux;
      - Besoins et types de collations;
      - Diètes thérapeutiques;
      - Besoins religieux, culturels et personnels;
      - Allergies communes;
      - Diètes à texture modifiée.

- À considérer lors de la planification :
  - Structure de la journée du patient et l'heure de ses repas;
  - Choix permettant de couvrir la majorité des besoins des patients, incluant des choix avec un apport énergétique élevé et santé;
  - Repas de remplacement lorsqu'un repas est manqué;
  - Standards nutritionnels établis;
  - Spécifications du service alimentaire ou de la politique nutritionnelle de l'établissement.
- Considérations opérationnelles :
  - Espace de cuisine et d'entreposage;
  - Approvisionnement;
  - Chefs et personnels de restauration disponibles (ressources et habiletés);
  - Ressources financières; budget total repas/jour/semaine;
  - Méthodes de production de nourriture;
  - Équipements;
  - Méthode de distribution des repas et style de service;
  - Durabilité;
  - Logistique du site;
- Types d'unités.







**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale**

**Québec**

