

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



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

**Santé
et Services sociaux**

Québec



Responsable de la rédaction et de la coordination

Martine Pageau, Service de la promotion de saines habitudes de vie, MSSS

Équipe de rédaction

Marie-Pierre Bérubé, Service de la promotion de saines habitudes de vie, MSSS

Francine Boivin, consultante privée

Julie Desrosiers, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Danièle Francoeur, Direction de la qualité, MSSS

Martine Pageau, Service de la promotion de saines habitudes de vie, MSSS

Groupe de travail pour des politiques alimentaires dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Nicole Bernier, Direction du développement des marchés et des exportations,
Transformation Alimentaire Québec, MAPAQ

Martin Daris, Direction des politiques et des orientations stratégiques, MSSS

Julie Desrosiers, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

François Dubé, Direction des politiques et des orientations stratégiques, MSSS

France Dupras, Hôpital Pierre-Legardeur

Rana Farah, Service de la promotion de saines habitudes de vie, MSSS

Danièle Francœur, Direction de la qualité, MSSS

Carole Larose, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Martine Pageau, Service de la promotion de saines habitudes de vie, MSSS

Johanne Rhainds, Direction des personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS

Équipe de direction

Lilianne Bertrand, Service de la promotion de saines habitudes de vie, MSSS

Marie Rochette, Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes, MSSS

Alain Poirier, Direction générale de la santé publique, MSSS

Le genre masculin utilisé dans le présent document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN : 978-2-550-55970-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-55971-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2009

Remerciements

Le présent cadre de référence a fait l'objet d'une grande collaboration au sein même du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi que dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois. Sans l'apport de chacun, sa réalisation n'aurait pu être possible.

Collaborateurs au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction générale de la santé publique

Équipe de direction

Alain Poirier, directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint

Marie Rochette, directrice de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Lilianne Bertrand, chef de service de la promotion de saines habitudes de vie

Équipe du *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir*

Andrée-Ann Dufour-Bouchard

Dominique Lesage

Rana Farah

Lyne Mongeau

Hélène Gagnon

Martine Pageau

Brigitte Lachance

Direction générale du financement, de l'immobilisation et du budget

Guylaine Lajoie, Direction du suivi financier

Jocelyne Frenette, Direction du suivi financier

Denis Giguère, Direction des investissements

Direction générale des services sociaux

Josette Chouinard, Unité des visites d'appréciation

Jean-Noël Cholet, Direction des services généraux sociaux, de la jeunesse et du communautaire

Annie-Ève Girard, Direction des services généraux sociaux, de la jeunesse et du communautaire

Chantal Maltais, Direction des services généraux sociaux, de la jeunesse et du communautaire

Johanne Rhainds, Direction des personnes âgées en perte d'autonomie

Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité

Martin Daris, Direction des politiques et des orientations stratégiques

Danièle Francoeur, Direction de la qualité

Autres collaborateurs

Véronique Déry, Hôpital Sainte-Justine

Auteurs de l'étude de l'Université Laval

Denise Ouellet, Université Laval

Jean-François Marsolais, Université Laval

Avant-propos

En 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a lancé le *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir*¹. Celui-ci présente les orientations gouvernementales et propose des actions afin de favoriser la saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, tout en adoptant une approche axée non seulement sur les milieux de vie scolaires, mais tout autant sur les milieux de vie des secteurs de la santé, du travail et du secteur municipal.

De nos jours, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux font face à des défis importants en ce qui a trait à l'alimentation. D'une part, les enjeux relatifs aux dépenses de santé qui ne cessent de croître sont préoccupants². On vise à offrir les meilleurs soins à la fine pointe de la technologie dans un contexte de ressources limitées. Devant ces dépenses d'envergure, l'alimentation est souvent reléguée au second plan. D'autre part, les services alimentaires des établissements doivent s'adapter à une variété de clientèles présentant des besoins particuliers. Plus que jamais, le souci de la qualité doit être au cœur de toutes les

étapes entourant la préparation et le service des repas et des collations. La présence d'aliments et de boissons ayant une faible valeur nutritive dans les établissements compromet la qualité de l'offre alimentaire et semble contraire à la mission et aux responsabilités des établissements du réseau. Certains établissements du réseau ont déjà adopté des politiques alimentaires ; d'autres y travaillent.

C'est dans ce contexte que la Direction générale de la santé publique (DGSP) a reçu le mandat d'élaborer un cadre de référence afin d'appuyer et de soutenir les établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans l'adoption d'une politique alimentaire visant le bien-être des patients, des résidents, du personnel et des visiteurs. Le réseau de la santé et des services sociaux est constitué d'environ 300 établissements offrant des services dans plus de 1 700 points de service³. Le réseau est aussi l'employeur de plus de 10 % de la main-d'œuvre active du Québec⁴. L'assurance d'une offre alimentaire de qualité dans les établissements pourra contribuer de façon importante à la santé et au bien-être de la population.

Jacques Cotton

Sous-ministre

Table des matières

Remerciements	3
Avant-propos	5
Liste des sigles et des acronymes	9
Introduction	11
La problématique	13
La saine alimentation d'un point de vue populationnel	13
Liens entre l'alimentation et la santé	13
Des établissements et des clientèles diversifiés	14
Un milieu de soins de courte durée	14
Un milieu de vie « substitut »	15
Un milieu de travail	16
La recherche de la qualité : des enjeux et un défi de taille	16
Le cadre de référence	21
Le but	21
Les objectifs	21
Les destinataires	21
La portée	22
Les principes directeurs	22
Le modèle théorique	23
Les orientations	26
La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation	31
Adaptations pour les établissements considérés comme des milieux de vie « substitués »	31
Conditions favorables à la mise en œuvre	31
Rôles et responsabilités partagés entre différents acteurs	32
Le ministère de la Santé et des Services sociaux	32
Les regroupements d'achat	32
Les agences de la santé et des services sociaux	33
Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux	33
Évaluation	33
Conclusion	35
Annexe 1 : Types de services alimentaires dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux	37
Annexe 2 : Proposition d'un canevas de politique alimentaire	39
Annexe 3 : Exemple d'une proposition d'une grille de suivi de l'implantation du cadre de référence dans les établissements	41
Annexe 4 : Principes du développement durable pris en compte dans le cadre de référence	42
Lexique	43
Bibliographie	45

Liste des sigles et des acronymes

ACI	Accord sur le commerce intérieur
BNQ	Bureau de normalisation du Québec
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DG	Direction générale
DGSP	Direction générale de la santé publique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
GP2S	Groupe de promotion pour la prévention en santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LDD	Loi sur le développement durable
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MFA-SA	Ministère de la Famille et des Aînés - Secrétariat aux aînés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAG	<i>Plan d'action gouvernemental pour la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir</i>
PNSP	Programme national de santé publique
RI	Ressources intermédiaires
RTF	Ressources de type familial
TRANSAQ	Transformation Alimentaire Québec

Introduction

Le *Plan d'action gouvernemental pour la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir* (PAG) vise à améliorer la qualité de vie des Québécois en leur permettant de vivre dans des environnements qui favorisent l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie, dont un mode de vie physiquement actif et une saine alimentation⁵. L'axe d'intervention 1 de ce plan d'action précise que plusieurs milieux de vie seront appelés à adopter des politiques alimentaires. C'est le cas notamment des établissements scolaires, des milieux de travail et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

En septembre 2007, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) lançait sa *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, Pour un virage santé à l'école*⁶. Cette politique énonce des orientations visant à encadrer l'offre alimentaire dans les établissements scolaires du Québec.

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de par leur mission et leurs responsabilités, se doivent de veiller au maintien de la qualité et d'assurer une offre d'aliments savoureux ayant une valeur nutritive élevée, et ce, dans un contexte agréable. L'atmosphère du repas se doit d'être conviviale et empreinte de plaisir. Le temps alloué pour manger doit être suffisant et permettre d'apprécier et de savourer la nourriture, que l'ambiance puisse rappeler celle de la maison et permettre de mieux vivre dans le contexte du travail ou même de la maladie et de la souffrance.

Pour certains usagers, l'établissement répond à un besoin de soins ponctuels alors que pour d'autres, il devient un milieu de vie « substitut ». Par ailleurs, les employés du réseau sont souvent soumis à des horaires exigeants qui les exposent de façon importante à l'offre alimentaire de l'établissement. La pause du repas où l'on trouve une offre alimentaire de qualité devient d'autant plus importante. Les services alimentaires des établissements du réseau doivent donc faire face à des réalités parfois complexes selon la diversité, la vulnérabilité et la « captivité » des clientèles. L'exercice d'implanter une politique alimentaire comporte donc son lot d'enjeux.

Malheureusement, on constate que les aliments ayant une faible valeur nutritive sont présents dans les établissements du réseau. Cette réalité doit être changée afin de reproduire les messages de santé et de bien-être promus par la mission des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Plus que jamais, les établissements doivent offrir une alimentation de qualité et exemplaire. Néanmoins, conscients du fait que pour certains usagers, l'établissement peut s'avérer un milieu de vie « substitut », des orientations du cadre de référence seront assouplies en vue de mieux recréer l'ambiance d'un milieu de vie habituel.

La Direction générale de la santé publique (DGSP) a reçu le mandat d'élaborer un cadre de référence qui servira d'outil aux établissements du réseau lors de la rédaction d'une politique alimentaire adaptée à leur réalité. Ce cadre de référence s'adresse à tous les établissements dispensateurs de soins et touche autant les services d'aliments et de boissons destinés au personnel et aux visiteurs que les services des repas et des collations servis aux usagers et aux résidents. Le MSSS ouvrira la voie en ce sens et les agences de la santé et des services sociaux et l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux devront se doter de politiques alimentaires.

Le premier chapitre de ce document insiste sur la nécessité de repenser la responsabilité liée à l'alimentation d'une collectivité, de revaloriser l'acte de manger dans sa globalité, chargé de sens et non exclusivement par sa fonction nourricière. En effet, la portée sociale et culturelle associée à l'acte de manger n'est pas négligeable et sera abordée. Ce chapitre aborde également les spécificités des milieux (milieu de travail, milieu de soins de courte durée, milieu de vie « substitut ») et positionne ensuite les enjeux.

Suivant la problématique, le cadre de référence est défini par ses objectifs, sa portée, ses destinataires ainsi que ses valeurs éthiques et ses principes directeurs. Le chapitre suivant présente le modèle conceptuel sur lequel sont basées les orientations. Ces dernières prennent notamment en considération les principes de la Loi sur le développement durable (LDD)*. Enfin, un dernier chapitre est réservé à la démarche de mise en œuvre, d'évaluation et de suivi.

* En avril 2006, le gouvernement adoptait la Loi sur le développement durable (LDD). Dès lors, l'ensemble de l'administration publique est tenu de prendre en compte les seize principes directeurs dans toutes ses actions, notamment lors de l'élaboration de politiques, de directives ou de lois.

La problématique

La saine alimentation d'un point de vue populationnel

Depuis toujours, l'être humain se nourrit pour assurer sa subsistance. Au fil du temps, le rapport à l'alimentation a beaucoup évolué. Aujourd'hui, les rythmes de vie ont changé, on accorde de moins en moins de temps aux activités entourant les repas, soit l'approvisionnement, la préparation et la prise du repas en soi⁷. Plus que jamais, l'importance est accordée au faible coût, à la rapidité de préparation et à la saveur des aliments, parfois au détriment de la qualité nutritionnelle. Enfin, le contexte social actuel ne favorise pas la préparation des aliments à la maison, mais plutôt l'achat d'aliments nécessitant peu de temps de préparation⁸. D'ailleurs, la consommation de mets « prêts à manger » a augmenté de 470 % de 1986 à 2001⁹.

L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé comme un « état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »¹⁰. La santé n'est pas seulement un état physiologique, mais elle comporte également des dimensions psychologiques, affectives, sociales, économiques et culturelles.

En s'appuyant sur le précepte selon lequel une alimentation saine doit favoriser l'amélioration ou le maintien de la santé, de même que sur une définition large de la santé, la saine alimentation inclut donc, au-delà de sa dimension biologique, les facteurs socioéconomiques et culturels qui y sont reliés.

Un choix alimentaire peut sembler de prime abord être un acte totalement individuel découlant principalement des préférences, des connaissances, des perceptions de la saine

alimentation ainsi que de divers facteurs physiologiques et psychologiques. Ces déterminants individuels de l'alimentation peuvent expliquer en partie un comportement alimentaire, mais pas totalement. En effet, l'acte de manger est conditionné par de nombreux facteurs qui échappent à l'individu. Ceux-ci sont tributaires du contexte dans lequel s'effectuent ces choix. Les écrits scientifiques parlent alors de variables de l'environnement alimentaire¹¹. Conséquemment, et tel que le démontre la littérature, l'information et l'éducation en matière de nutrition ne suffisent pas pour conduire une population à modifier ses habitudes alimentaires¹². Celles-ci sont grandement modulées par les environnements dans lesquels les individus vivent¹³.

Ainsi, nourrir une collectivité comprend une responsabilité importante par rapport à la santé de la clientèle desservie, voire au développement durable de la société. La notion de qualité globale des aliments (qualité nutritive et sensorielle, salubrité) y trouve tout son sens.

En ce qui concerne les établissements de santé et de services sociaux, qu'ils représentent un milieu de travail, un milieu de soins de courte durée ou un milieu de vie « substitué », une offre alimentaire saine constitue la condition de base pour permettre de faire des choix favorables à la santé. Pour l'ensemble de cette clientèle, mais pour les clientèles fragilisées plus particulièrement (les patients et les usagers), la saveur des aliments, l'atmosphère qui règne lors des repas et la présentation des aliments comportent également une part d'importance, puisqu'ils auront pour effet d'encourager la prise alimentaire.

Liens entre l'alimentation et la santé

Au Québec, comme dans plusieurs pays du monde, la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité est en hausse. De 1990 à 2004, le taux d'obésité (indice de masse corporelle ≥ 30) chez les adultes est passé de 14 % à 22 %¹⁴. Toujours au Québec, 57 % de la population accuse un excès pondéral, soit 35 % qui souffre d'embonpoint et 22 %, d'obésité¹⁵. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qualifie la

situation d'épidémie mondiale. Cette hausse effarante de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité entraîne l'apparition de maladies chroniques¹⁶. Ainsi, 4 maladies chroniques sont responsables de 70 % des décès : les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète¹⁷.

Par exemple, au Québec en 2005-2006, le diabète touchait 7,1 % de la population de 20 ans et plus (6,7 % des femmes et 7,4 % des hommes)¹⁸. En 2003, la prévalence des maladies cardiaques s'élevait à 5,3 % dans la population de 12 ans et plus¹⁹. Or, considérant le fait qu'il est possible de prévenir ces maladies en agissant sur les habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme et consommation excessive d'alcool)²⁰, il importe de promouvoir la saine alimentation.

Les apports nutritionnels de la population québécoise posent problème à plusieurs égards, notamment en ce qui a trait aux apports en gras saturés, en fibres alimentaires, en calcium, en potassium et en sodium²¹.

En 2004, le Québec était la province du Canada où les niveaux de consommation de sodium étaient les plus élevés, excédant largement l'apport maximal tolérable au-dessus duquel se manifestent des effets indésirables sur la santé, notamment l'hypertension²². Soulignons qu'en 2005, l'hypertension touchait 15 % de la population québécoise de 12 ans et plus²³.

Les coûts associés aux traitements des maladies chroniques et des problèmes de poids atteindront bientôt un tel niveau qu'ils viendront amputer une part importante du financement de l'État consacrée aux autres secteurs²⁴. Il est donc urgent d'agir en vue d'améliorer les habitudes alimentaires de la population québécoise. Des investissements en prévention pourront conduire à des économies à long terme sur les coûts de santé. Par exemple, au Canada, une réduction de la consommation de sel de 4,6 g (1,8 g de sodium) au sein de la population réduirait la prévalence de l'hypertension de 30 % et de près de 60 % les coûts associés

au traitement. Cela représenterait des économies se chiffrant à 430 millions par année en médicaments, en consultations médicales et en tests de laboratoire²⁵.

Les choix alimentaires individuels sont fortement influencés par les environnements physiques, socioéconomiques et culturels. Mais au-delà des choix faits par l'individu, la responsabilité des choix alimentaires est aussi collective. Plus que jamais, la qualité (nutritionnelle, sensorielle et la salubrité) doit être un élément incontournable dans la confection et le service de repas pour une collectivité. Une offre alimentaire saine doit également être respectueuse des préférences sociales, culturelles et personnelles de la clientèle. Le visage de l'alimentation change au gré de phénomènes mondiaux tels que la mondialisation, l'urbanisation et les contextes environnementaux²⁶. En effet, le Québec étant une terre d'immigration et, de surcroît, dans le contexte actuel de mondialisation, la culture et la religion sont des facteurs d'influence sur les préférences alimentaires et sur l'acte de manger en soi.

Par ailleurs, l'alimentation peut constituer une réelle source de plaisir. Elle comble les sens, constitue une occasion de partage et de socialisation. De plus, elle permet d'exprimer les préférences alimentaires individuelles, familiales ou culturelles. Au-delà du type d'aliments offerts dans les établissements, l'atmosphère qui prévaut lors des repas revêt également son importance. Soigner la présentation des mets, s'assurer d'un service chaleureux, lorsque nécessaire prévoir de l'aide à l'alimentation, prévoir des périodes de temps suffisamment longues lors des repas et une ambiance agréable dans les aires de services sont des façons de contribuer au plaisir associé à l'alimentation.

Des établissements et des clientèles diversifiés

Fréquenter un établissement du réseau de la santé et des services sociaux fait référence à des expériences diversifiées dépendamment de la raison d'y être et de la durée du séjour. Des enjeux particuliers au regard de l'alimentation

se posent ainsi pour chaque expérience vécue dans un établissement particulier. Les politiques alimentaires qui seront développées devront refléter les particularités de chaque établissement.

Un milieu de soins de courte durée

Presque tous les Québécois fréquenteront, à un moment ou à un autre de leur vie, un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, que ce soit pour une situation d'urgence, une chirurgie, une consultation, des soins en externe ou un événement heureux tel qu'une naissance. Les séjours seront plus ou moins longs, selon le motif de la visite principalement. Au Québec, le taux ajusté d'hospita-

lisations en soins physiques de courte durée de la période 2000-2004 était de 777 hospitalisations pour 10 000 habitants concernant certaines maladies ciblées²⁷. De plus, la durée moyenne du séjour en soins physiques de courte durée dans l'ensemble des spécialités est de 7,2 journées dans l'ensemble du Québec. Celle-ci peut tout de même varier grandement selon la condition du patient.

Les établissements du réseau desservent des individus de tous âges, à différentes étapes de leur vie. Pour bon nombre de patients, l'épisode de soins pourra être une expérience stressante, chargée d'émotions et parfois douloureuse où ils auront besoin de réconfort. L'accès à une offre alimentaire de qualité, adaptée aux besoins des patients, tant sur le plan sensoriel que sur le plan nutritionnel, sera une constituante importante d'une convalescence réussie sur le plan physique et psychologique.

Un milieu de vie « substitut »

Pour d'autres usagers du réseau, l'établissement s'avère un milieu de vie²⁹ de substitution qui leur permet de poursuivre une période de leur cheminement de vie. Jeunes et moins jeunes seront parfois appelés à quitter leur milieu de vie naturel pour fréquenter des établissements tels que les centres jeunesse, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et parfois les centres de réadaptation. Pour ces usagers du réseau, l'établissement devient alors un milieu de vie « substitut ».

La transition vers un milieu de vie « substitut » est souvent une source de stress considérable. L'individu quitte un milieu qui comporte son lot de réconfort, et ce, pour vivre dans un milieu inconnu. Le présent cadre de référence s'applique donc aux milieux de vie « substitués », tout en prévoyant des adaptations aux orientations proposées afin de conserver l'atmosphère d'un milieu de vie habituel.

La qualité de l'alimentation dans les CHSLD est une préoccupation. En effet, à la suite des travaux de la Commission sur la condition de vie des aînés, des mesures ont été annoncées dans le budget 2008-2009, dont une enveloppe budgétaire de 3 M\$ en vue de soutenir des initiatives dont la nature vise à améliorer la qualité de l'alimentation des bénéficiaires en CHSLD³⁰. Le Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille et des Aînés (MFA-SA) et le MSSS ont reçu le mandat, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), de mettre de l'avant un programme d'amélioration de l'alimentation dans les CHSLD. Ce programme comprend deux volets : l'un visant la formation et le perfectionnement du personnel des services alimentaires et l'autre visant à rehausser les services de nutrition clinique³¹.

À ce jour, 40 301 personnes âgées en perte d'autonomie sont hébergées dans 415 établissements au Québec. Le défi demeure « de créer un milieu de vie dans lequel des services et des soins de qualité seront dispensés, en partant des besoins, des goûts, des habitudes et des valeurs des

Pour certains usagers, le séjour est synonyme d'événement heureux, par exemple une naissance. Les établissements soutiennent l'allaitement maternel, source d'alimentation optimale du nouveau-né, tout en respectant le choix éclairé des femmes²⁸.

personnes et de leur famille »³². L'approche personnalisée requiert que l'on respecte la personne hébergée dans son intégrité, ses choix et ses habitudes de vie. L'alimentation revêt un caractère symbolique et émotif, puisque ces personnes ont entretenu des habitudes alimentaires tout au long de leur vie.

De plus, leur état de santé souvent précaire combiné à un niveau d'habiletés fonctionnelles diminué, à des difficultés à s'alimenter seules, à des problèmes de santé dentaire, à la prise de médicaments ayant un effet sur l'appétit ou sur le sens du goût, demande une attention particulière et des services alimentaires et nutritionnels adaptés. Les services d'évaluation et de suivi de l'aspect nutritionnel font partie intégrante des soins à dispenser. L'amélioration de la qualité et de la variété des aliments offerts de même que l'environnement où se déroule l'activité du repas sont des aspects qui doivent être pris en compte afin d'assurer une prise alimentaire adéquate. Il faut donc relever le défi de rendre agréable l'offre alimentaire saine pour cette clientèle, tout en respectant ses préférences et en s'adaptant aux différents problèmes de santé liés au vieillissement.

En ce qui a trait aux centres jeunesse, en 2007-2008, on dénombre plus de 68 000 enfants ayant fait l'objet d'un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). De ce nombre, près de 30 000 ont été placés dans des centres jeunesse³³. Le Québec compte 16 centres jeunesse. La durée moyenne de séjour est variable, selon le type de ressources. Par exemple, dans le cas des ressources institutionnelles, la durée de séjour est de 95,3 jours dans les unités de vie alors qu'elle est de 107,8 jours dans les foyers de groupe³⁴. Dans certaines situations, l'alimentation peut combler des vides affectifs chez certains jeunes. D'autres peuvent avoir souffert d'une alimentation insuffisante attribuable à de la négligence. Il importe donc de tenir compte des situations particulières et du stress psychologique vécus par plusieurs jeunes hébergés lors de la planification des menus.

Par ailleurs, dans les centres jeunesse, l'application de politiques alimentaires sera en continuité avec l'alimentation offerte dans les écoles. En effet, la *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, Pour un virage santé à l'école*, en vigueur depuis le mois de septembre 2007 dans l'ensemble des établissements scolaires primaires et secondaires, met en valeur une variété d'aliments nutritifs correspondant au goût des jeunes.

Enfin, les centres de réadaptation peuvent être considérés à la fois comme des milieux de soins de courte durée et comme des milieux de vie « substitués », selon la durée du séjour des patients.

Un milieu de travail

Bien que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux puissent d'abord être perçus comme des milieux de soins, il importe de ne pas oublier que ces derniers sont également des milieux de travail pour bon nombre d'individus. Au Québec, plus de 10 % de la main-d'œuvre active travaille au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Les caractéristiques particulières du travail des employés de ce milieu, telles que l'effort physique, le stress ainsi que les horaires variables, peuvent influencer les habitudes alimentaires. Par exemple, le rythme de travail peut restreindre le temps disponible pour s'alimenter. Plusieurs de ces travailleurs prendront donc leur repas à l'intérieur de l'établissement, souhaitant demeurer sur place, soit pour discuter avec leurs collègues, soit par manque de temps pour sortir ou faute de variété des commerces environnants. Les cafétérias des établissements n'ont donc pas d'autre choix que de s'adapter à cette réalité³⁵.

La recherche de la qualité : des enjeux et un défi de taille

La recherche de la qualité en matière d'alimentation dans le réseau de la santé et des services sociaux est une prérogative importante tant pour les patients, les résidents, les visiteurs que pour le personnel. Elle doit s'appliquer aux aliments et à l'environnement dans lequel ils sont préparés

et servis. Les orientations présentées plus loin nécessiteront certaines adaptations afin de tenir compte des particularités des clientèles hébergées dans les milieux de vie « substitués ». L'objectif visé n'est pas de modifier les habitudes alimentaires des résidents, mais plutôt d'introduire des aliments de qualité tout en respectant leurs goûts et leurs préférences. Il faut donc adopter une approche souple qui met l'accent sur la qualité, les saveurs, l'apparence, la variété et l'atmosphère qui règne lors des repas.

Certaines initiatives relatives à la promotion de saines habitudes de vie ont vu le jour en milieu de travail. Mentionnons, par exemple, la norme « Entreprise en santé » lancée par le Groupe de promotion pour la prévention en santé (GP2S) et le Bureau de normalisation du Québec (BNQ) en février 2008. Cette norme « vise le maintien et l'amélioration durable de l'état de santé des personnes. Elle identifie les interventions et les mesures à mettre en place dans les milieux de travail pour favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie par les employés et le maintien d'un milieu de travail favorable à la santé »³⁶.

Le présent cadre de référence s'inscrit dans cette même foulée et s'appuie sur le fait qu'une alimentation saine contribue à la santé des travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux québécois.

et servis. Le défi demeure de taille. En effet, plusieurs enjeux peuvent rendre ardue l'implantation de politiques alimentaires dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

ENJEU 1 Présence d'aliments et de boissons de faible valeur nutritive

Il est malheureux de constater que l'on trouve encore fréquemment, dans les établissements du réseau, des aliments et des boissons de faible valeur nutritive. Ceux-ci sont facilement accessibles et jouissent d'une certaine popularité auprès des clientèles. Les casse-croûte et les machines distributrices des établissements recèlent une grande proportion d'aliments et de boissons dont les teneurs en gras, en sucre et en sel sont élevées. Ces aliments présentent de nombreux avantages en matière de facilité de préparation et de faible coût. L'industrie alimentaire sera donc appelée à s'adapter afin d'offrir aux établissements du réseau une variété d'aliments de meilleure qualité nutritive.

En dehors des heures d'ouverture de la cafétéria, l'accès à des aliments et à des boissons est souvent limité aux machines distributrices et aux casse-croûte, alors que les activités des professionnels de bon nombre d'établissements sont accomplies aussi bien le jour que la nuit. Considérant que le nombre de travailleurs est souvent moindre durant la nuit, il est difficile de pouvoir offrir la même variété de menus que durant le jour. Néanmoins, la recherche de la qualité de l'offre alimentaire doit demeurer au cœur des préoccupations à tout moment.

ENJEU 2 Volume important de repas servis et adaptations nécessaires à diverses clientèles

Le défi d'implanter des politiques alimentaires dans les établissements du réseau en est un d'envergure, notamment en raison de l'important volume de repas servis. En effet, au cours de l'année financière 2007-2008, le réseau de la santé et des services sociaux a servi 89,1 millions de repas, soit plus de 244 151 repas par jour³⁷. Le réseau est donc responsable de près d'un quart de million de repas en moyenne par jour.

Le présent cadre de référence vise des clientèles et des contextes variés. Les usagers et le personnel du réseau consomment régulièrement plus d'un repas par jour dans ses établissements. De plus, la production des aliments exige souvent des modifications afin de les adapter aux besoins thérapeutiques des usagers. Ce cadre de référence doit donc tenir compte d'une clientèle qui s'étend des nourrissons aux personnes âgées, souvent vulnérables et ayant des besoins nutritionnels spécifiques.

Au total, 81 % (72,5 millions) de ces repas sont servis aux personnes hospitalisées et hébergées alors que le reste, soit 19 % (16,6 millions) des repas servis, ont été vendus au personnel et aux visiteurs du réseau. C'est dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) que l'on trouve la plus importante proportion de repas vendus et donc, la plus forte activité alimentaire commerciale (47 %).

Par conséquent, le grand nombre de repas produits et servis dans les établissements publics constituent un enjeu en soi, celui d'assurer la qualité de l'offre alimentaire autant sur le plan de la valeur nutritive et des aspects sensoriels que sur le plan de la salubrité, et ce, à toutes les étapes de la préparation et du service des repas et des collations.

ENJEU 3 Diversité des modalités de gestion

Au Québec, la très grande majorité des services alimentaires des établissements du réseau de la santé et des services sociaux publics sont autogérés, ce qui signifie que le gestionnaire du service alimentaire est un cadre de l'établissement. Néanmoins, il existe trois modes de gestion des services alimentaires : public, public-privé ou privé. Les établissements dont les services alimentaires sont administrés, en partie ou totalement, par le secteur privé sont liés à des concessionnaires par des contrats établissant l'offre de service. L'implantation d'une politique alimentaire dans ces établissements pourrait demander davantage de temps, compte tenu du temps requis pour respecter les ententes contractuelles en cours et la renégociation de nouvelles ententes.

ENJEU 4 Enjeux économiques

Une marge de profit élevée est associée à la vente d'aliments et de boissons de faible valeur nutritive. Les casse-croûte représentent des sources de revenus importantes pour les établissements du réseau et parfois également pour leurs fondations. En effet, les revenus générés par des activités de type « casse-croûte » étaient de 7,4 millions de dollars pour l'année financière 2007-2008, soit des profits de 2,2 millions de dollars. Pour l'exercice 2007-2008, 65 établissements, soit 33,9 % des 192 établissements publics, ont déclaré des revenus de types « cantines et casse-croûte ». Les casse-croûte et les cantines gérés par les entreprises privées sont présents dans plusieurs milieux, mais aucune donnée financière n'est rapportée au MSSS.

Rentabiliser ces services tout en offrant des aliments de haute valeur nutritive, alors que les aliments de faible valeur nutritive génèrent souvent une marge de profit élevée, représente un défi. En effet, les aliments de faible valeur nutritive nécessitent souvent moins de manipulations et ont une durée de conservation plus longue, contribuant ainsi à leur rentabilité élevée. L'hypothèse d'une baisse de profits à la suite du retrait de l'offre d'aliments et de boissons de faible valeur nutritive, c'est-à-dire qui présentent des teneurs trop élevées en gras, en sucre et en sodium, est souvent évoquée. Or, le peu de données actuellement disponibles ne permet pas de démontrer la perte effective de profits découlant d'une offre alimentaire saine dans les établissements du réseau. Si tel était le cas, cette baisse pourrait être temporaire, puisque l'acceptation sociale se ferait graduellement et que les coûts des aliments plus nutritifs pourraient diminuer si la demande était augmentée.

Par ailleurs, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont tenus d'offrir un repas complet à un prix fixé par les conventions collectives, dont celle de 2006-2010, qui fixe ce coût à 4,00 \$*. Pour l'exercice financier de 2007-2008, le coût unitaire moyen d'un repas à l'échelle provinciale était de 6,15 \$.

ENJEU 5 Cadre législatif concernant l'achat par les organismes publics

Les achats publics doivent respecter les différents accords de libéralisation des marchés signés par la province, tels que l'Accord sur le commerce intérieur (ACI), la Politique sur les marchés publics, la Loi sur les organismes publics, et les nouveaux règlements qui s'y rattachent. Les acheteurs publics sont aussi soumis aux diverses lois, normes et directives administratives gouvernementales ou propres à leur ministère.

Concernant les volumes d'achats dont la valeur est estimée à 100 000 \$ et plus, ces achats doivent être effectués par appel d'offres public. Par ailleurs, le réseau s'est doté de 11 organismes de regroupement d'achat afin de répondre aux besoins d'achats en biens et services des établissements dont ils ont la responsabilité et ainsi obtenir des économies d'échelle. La majorité des établissements donnent au regroupement d'achat de leur région le mandat d'effectuer l'achat de certaines catégories d'aliments.

Précisons que chaque regroupement d'achat décide, en collaboration avec ses membres, des catégories d'aliments qu'il se chargera d'acheter et de regrouper dans un même contrat. La directive est d'acheter au meilleur coût-bénéfice possible. Les spécifications de niveau de qualité relèvent des établissements participant aux regroupements d'achat. Les listes des produits et la qualité de ceux-ci devront donc être conformes aux orientations du cadre de référence et des politiques alimentaires des établissements.

* Le prix de chaque repas est « à la pièce », mais un service complet n'excédera pas 1,75 \$ pour un déjeuner, 4,00 \$ pour un dîner et 4,00 \$ pour un souper.

Source : http://www.cpnss.gouv.qc.ca/pdf/conventions_2006-2010/FSSS_300.pdf

ENJEU 6 Adhésion des clientèles et changement de pratique

Changer l'offre d'aliments dans un milieu donné nécessite une adhésion et une compréhension des raisons sous-jacentes à ces décisions par l'ensemble de la clientèle visée, soit les patients, les résidents, le personnel et les visiteurs. C'est sous un angle d'amélioration continue de la qualité de l'offre de services alimentaires et de la mission de l'établissement que les changements peuvent être présentés aux diverses clientèles. Il sera essentiel que les décideurs concernés par ces changements dans les différents milieux (les organisations ou les établissements visés par le cadre de référence ou encore, plus largement, les agences de la santé et des services sociaux) assument cette responsabilité en prévoyant des stratégies visant à sensibiliser le personnel et la communauté. Par ailleurs, modifier l'offre d'aliments dans les établissements du réseau exigera inévitablement une adaptation des pratiques du personnel des services alimentaires, et cette adaptation devra être accompagnée d'activités de formation et de soutien. Cet aspect fait d'ailleurs l'objet d'une orientation du cadre de référence.

Il est également important de considérer le fait qu'à tout processus de changement, une période d'adaptation est nécessaire et que c'est dans cet esprit que le cadre de référence est conçu. Les individus s'habitueront graduellement aux changements apportés, tout en contribuant à ces changements.

De plus, compte tenu de la richesse multiculturelle du Québec d'aujourd'hui, l'offre alimentaire doit prendre en compte les préférences alimentaires dans le plus grand respect des communautés culturelles.

ENJEU 7 Le développement durable

La Loi sur le développement durable (LDD), adoptée au mois d'avril 2006, définit le développement durable comme « un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs³⁸ ». Le développement durable place le bien-être de l'être humain, que ce soit dans sa dimension sociale ou économique, au centre de ses préoccupations. Toutefois, ce développement doit se faire en harmonie avec la nature et en respectant celle-ci. Le développement durable ne se limite donc pas à sa dimension écologique, mais il revêt également des aspects sociaux, environnementaux et économiques.

Pour plusieurs raisons, l'offre alimentaire dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux est un levier incontournable en matière de développement durable. D'une part, l'impact de l'amélioration de l'alimentation sur la santé des individus aura pour effet de favoriser leur bien-être. D'autre part, l'ampleur de l'activité de production de repas dans le réseau de la santé et des services sociaux laisse une empreinte écologique importante, et l'application de stratégies de développement durable à l'échelle du réseau permettra de réduire cette empreinte.

Ce cadre de référence comprend les principes du développement durable ainsi que des recommandations visant à respecter ces derniers lors de l'élaboration des politiques alimentaires par les établissements afin que le développement durable devienne une considération de tous les instants*. De plus, une attention particulière est accordée à diminuer la production de matières résiduelles et à minimiser les impacts environnementaux dans toutes les activités relatives à l'offre alimentaire.

* L'annexe 5 présente un inventaire sommaire des principes du développement durable considérés par ce cadre de référence.

Le cadre de référence

Le but

Le but visé par le cadre de référence est de permettre l'implantation de politiques alimentaires dans le réseau de la santé et des services sociaux et, ultimement, de contribuer à améliorer l'alimentation et la santé de la population

québécoise. De par l'importance du volume d'aliments produits et servis, la vaste clientèle desservie et la mission des établissements, cette contribution sera importante à l'échelle de la population.

Les objectifs

Le cadre de référence vise à fournir des orientations pour guider et accompagner les établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre d'une politique alimentaire assurant un environnement alimentaire de qualité à toutes les clientèles desservies (les usagers, le personnel et les visiteurs).

De ce fait, les objectifs sont les suivants :

- Que tous les établissements dispensateurs de soins du réseau visés par le présent cadre de référence aient adopté une politique alimentaire d'ici mars 2010.

- Que l'ensemble des orientations du cadre de référence soient appliquées dans tous les établissements du réseau d'ici mars 2012.

Soulignons que la mise en œuvre de politiques alimentaires dans les établissements du réseau s'inscrit dans les activités du *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008* et du *Plan d'action gouvernemental pour la promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir*.

Les destinataires

En tout premier lieu, fidèle à sa mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécois en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité³⁹, le MSSS se doit d'ouvrir la voie en adoptant le cadre de référence et en mettant en application l'ensemble de ses orientations. Les agences de la santé et des services sociaux devront également lui emboîter le pas.

Le cadre de référence s'adresse également à tous les établissements* dispensateurs de soins du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, soit :

- les centres de santé et de services sociaux (CSSS), y compris les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;
- les centres hospitaliers (CH) ;
- les centres hospitaliers universitaires (CHU) ;
- les centres jeunesse ;
- les centres de réadaptation.

Les ressources non institutionnelles, soit les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF), ne sont pas tenues d'adopter l'ensemble des orientations de la politique alimentaire de l'établissement auquel elles sont liées. Toutefois, il serait essentiel qu'elles soient sensibilisées à cette politique et à l'importance d'offrir une alimentation variée et de qualité. Des outils d'information, de la formation et certains services-conseils pourraient être offerts. Le contrat type entre un établissement et une ressource intermédiaire (2008) précise que l'établissement doit informer la ressource concernée des diverses politiques qui visent les usagers⁴⁰. De plus, l'article 41 précise que la ressource concernée doit présenter une nourriture équilibrée en fonction du *Guide alimentaire canadien* et tenir compte de l'état de santé des usagers et des diètes prescrites.

* Entité juridique dotée de capacités et de responsabilités légales, qui est titulaire d'un permis du ministre de la Santé et des Services sociaux pour gérer des services correspondant aux cinq grandes missions définies dans la loi. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/app/m02/>

La portée

Le cadre de référence s'applique à toutes les activités d'alimentation des établissements du réseau de la santé et des services sociaux*. Les services visés par ce cadre comprennent les services d'aliments et de boissons destinés au personnel et aux visiteurs (cafétéria, casse-croûte, machines distributrices, service de traiteur et toute autre activité, de nature commerciale ou non commerciale, impliquant le service ou la vente d'aliments) ainsi que les services de repas et de collations servis aux usagers et aux résidents, selon les modulations requises par le plan de soins nutritionnels ou les particularités associées au milieu de vie « substitut ».

À la suite de la publication du cadre de référence, les établissements pourront élaborer leur politique alimentaire selon les spécificités de leur milieu. La politique alimentaire locale, soit celle élaborée et adoptée par chaque établisse-

ment du réseau, devrait soutenir l'adoption et la mise en place de pratiques qui favorisent, dans le milieu, l'amélioration et le maintien de la santé des clientèles et leur bien-être, en misant sur une alimentation de qualité et une expérience alimentaire agréable.

L'élaboration de politiques alimentaires au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux peut s'intégrer aux initiatives de promotion de la santé déjà en vigueur, notamment dans certains CSSS et hôpitaux promoteurs de santé. De plus, les établissements du réseau qui choisiront d'implanter la norme « Entreprise en santé » pourront intégrer leurs politiques alimentaires comme une action visant à promouvoir les saines habitudes de vie auprès du personnel.

Les principes directeurs

Certains principes directeurs soutiennent et ont guidé la réflexion tout au long de l'élaboration du cadre de référence. Ils sont reflétés dans les orientations et devraient l'être dans les politiques alimentaires qui seront adoptées par les établissements.

Tout d'abord, **la promotion du bien commun**, qui fait référence à un environnement alimentaire sain, à la santé, au bien-être et à la qualité de vie. Selon ce principe, on suscite la défense des intérêts à long terme d'une population en privilégiant une offre d'aliments favorables à la santé.

Les concepts de **responsabilité et de cohérence** réfèrent à la mission fondamentale des établissements de santé et de services sociaux, laquelle vise à contribuer à l'amélioration et au maintien de la santé des clientèles qu'ils desservent. Une offre alimentaire de qualité est donc en accord avec la mission des établissements. Le cadre de référence reconnaît l'importance de soutenir le développement des capacités des individus à faire des choix tout en s'assurant de mettre en place des environnements qui facilitent ces choix. De plus, des politiques, des orientations et des façons de faire doivent soutenir les interventions des professionnels de la santé et les programmes de santé publique.

Le principe d'**exemplarité** signifie que les établissements du réseau doivent donner l'exemple et faire figure de modèle à l'égard de la saine alimentation. Ainsi, ils contribuent à améliorer la santé des personnes.

Les principes du **développement durable** sont aussi présents dans ce cadre de référence et s'intègrent à l'adoption de pratiques visant à améliorer l'environnement alimentaire. Le développement durable ne se limite pas à sa dimension écologique, mais il revêt également des aspects sociaux, environnementaux et économiques. En favorisant une alimentation qui contribue à la santé, les politiques alimentaires contribuent au développement durable de la population.

D'un point de vue économique, la demande influence indéniablement l'offre de produits. Les établissements disposent donc de leviers importants pour favoriser la production d'une variété d'aliments et de boissons de qualité. Ainsi, les établissements du réseau peuvent influencer les acteurs de la chaîne d'approvisionnement, de consommation et d'élimination des déchets à respecter les principes du développement durable.

Enfin, **la recherche de la qualité globale des aliments et des boissons** doit être au cœur de chaque étape de la confection des repas et des collations servis dans les établissements. La qualité de l'offre d'aliments et de boissons dépend notamment de la capacité du service alimentaire à respecter des normes et de sa capacité à donner les résultats attendus. Les normes visent les facteurs et les conditions de production d'un service (les ressources, les procédés, l'organisation du travail, l'organisation des services, etc.) ainsi que les résultats (satisfaction, effets sur la santé, etc.). Ces normes concernent des attributs qui sont valorisés par la société et

* Voir l'annexe 1 qui fournit une définition des différentes activités d'alimentation que l'on trouve dans les établissements.

les individus (sécurité, accessibilité, qualité technique, pertinence, efficacité, efficience, continuité, coordination, satisfaction de la clientèle, etc.). À défaut de données probantes, les normes sont établies à partir de consensus sur la manière correcte de faire les choses et de produire un service jugé adéquat. Le contexte qui entoure l'offre d'aliments est lui-même structuré par des facteurs sociaux, politiques et économiques. La recherche de la qualité globale sera donc en partie tributaire de ces conditions internes, spécifiques de l'établissement.

Les normes de qualité sont généralement élevées, mais elles doivent être réalistes, préétablies, connues de toutes les

personnes intéressées, avoir du sens pour ces dernières et être mesurables. Surtout, elles doivent être respectées par les personnes qui ont le devoir de les appliquer, de même que leur respect doit être vérifié par les personnes qui ont la responsabilité de les faire appliquer et d'en rendre compte. Étant donné que le respect des normes de production d'un service favorise l'obtention des meilleurs résultats possibles au regard des ressources disponibles, des connaissances, des technologies et des attentes, leur non-respect ne saurait laisser indifférent. Le présent cadre de référence constitue à la fois un référent normatif et un moyen d'améliorer la qualité de l'alimentation dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

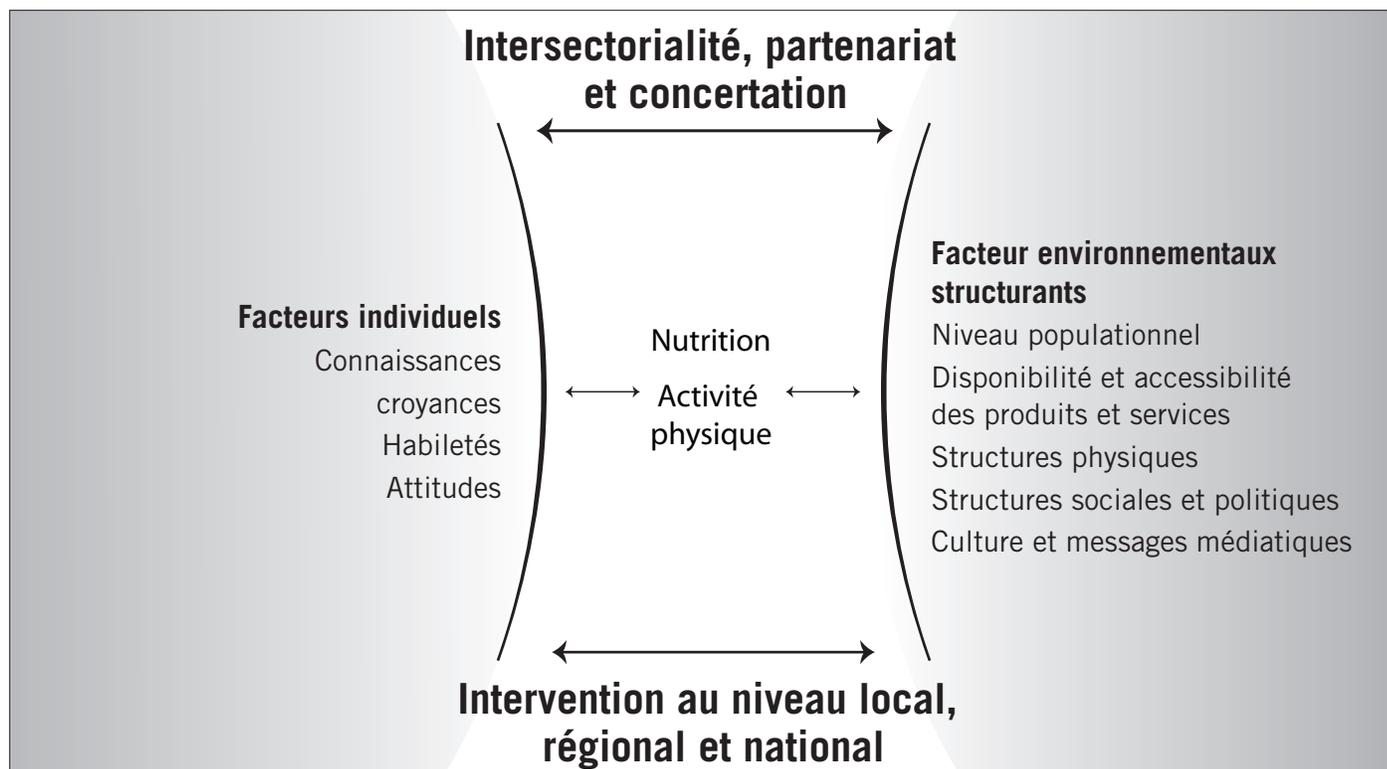
Le modèle théorique

Les comportements en matière de santé et notamment en matière d'alimentation sont influencés par divers facteurs environnementaux. Pour agir efficacement, il faut intervenir sur les comportements individuels tout en construisant un environnement qui favorise l'adoption de saines habitudes de vie facilitant les choix à faire.

Une adaptation du modèle conceptuel de Cohen a été utilisée pour concevoir le *Plan d'action gouvernemental de*

promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir. On y détermine quatre principaux types de facteurs environnementaux structurants, soit la disponibilité, l'accessibilité des produits et des services, les structures physiques et sociopolitiques et enfin les messages culturels et médiatiques, toutes des conditions associées à l'alimentation dans une perspective populationnelle.

Figure 1 - Adaptation du modèle écoenvironnemental de changement de comportements de Cohen



Adapté de Cohen, D. (2000) par Lachance, B. et coll.

L'individu exerce des choix qui sont basés sur ses connaissances, ses croyances, ses habiletés et ses attitudes. Selon ce modèle, l'adoption d'un comportement de santé ou d'une saine habitude de vie par un individu ou une population est modulée par l'interaction des facteurs individuels et des facteurs environnementaux structurants sur lesquels l'individu n'a pas ou a peu de prise directe.

Les choix individuels sont fortement influencés par les environnements physiques, socioéconomiques et culturels qui structurent la décision finale. Il faut donc garder à l'esprit qu'une saine alimentation relève d'une responsabilité partagée et non seulement de choix individuels.

Le modèle ANGELO (Analyse Grid for Environments Linked to Obesity) de Swinburn⁴⁵ précise les éléments de l'environnement qui structurent les habitudes alimentaires et l'activité physique. La grille ANGELO comprend deux axes. Un axe vertical est consacré aux dimensions de l'environnement : macro - et micro -. La dimension macro-environnementale réfère aux forces politiques et économiques structurantes qui agissent implicitement sur les comportements individuels. La dimension micro-environnementale catégorise des lieux physiques précis dans lesquels les individus évoluent.

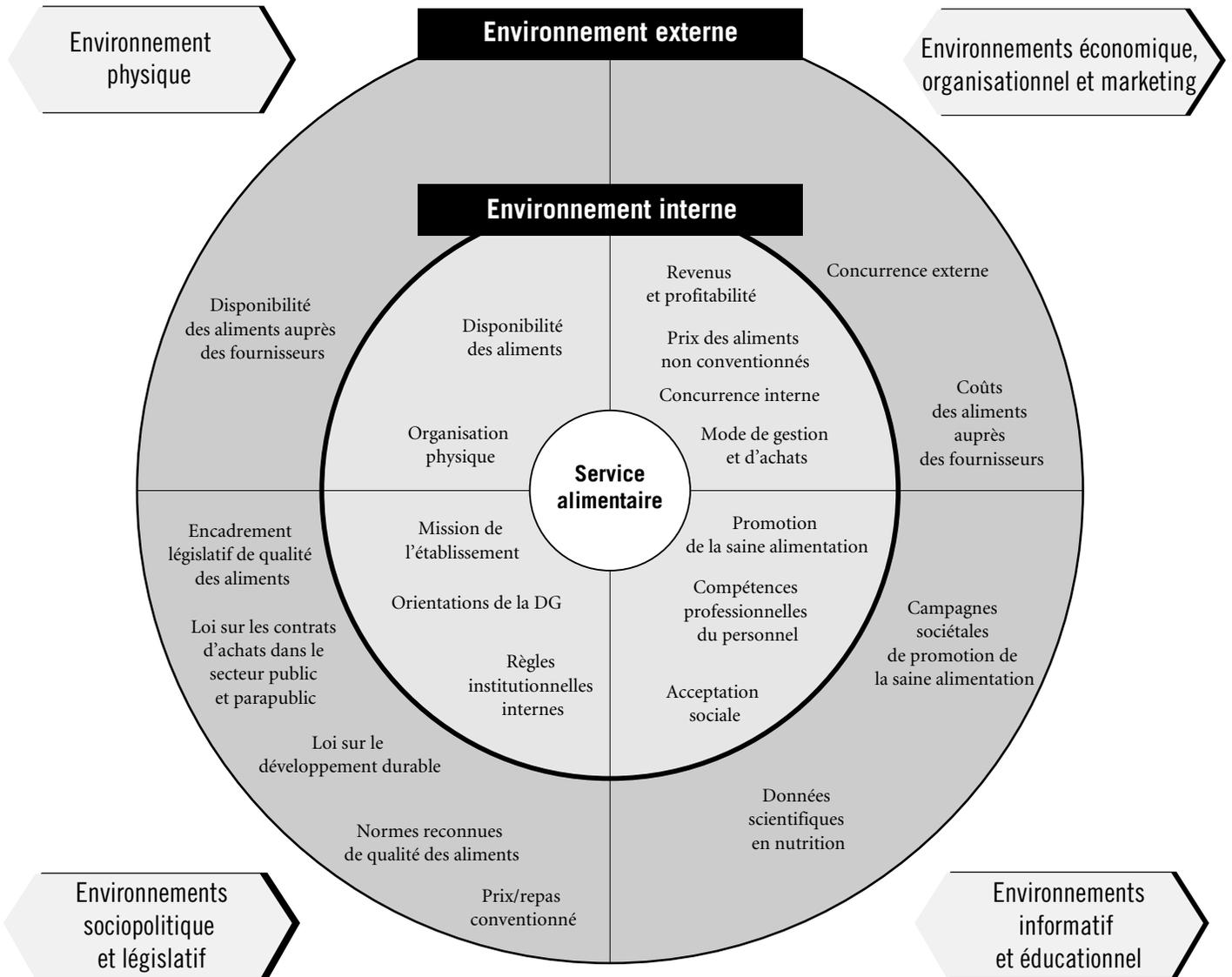
Sur l'axe horizontal, l'environnement se compose de quatre types : physique, économique, politique et socioculturel. Sommairement, la grille permet de déterminer quels sont les aliments offerts à une population donnée, à quels coûts,

selon quelles règles et dans quel contexte de croyances et d'attitudes. Ce modèle permet de compléter celui de Cohen en intégrant des variables directement associées à la structure et au fonctionnement des services alimentaires. Cette grille a été fréquemment utilisée par les chercheurs qui étudient les déterminants environnementaux de la nutrition et de l'activité physique^{46,47}.

Le cadre théorique utilisé pour ce cadre de référence présente les éléments de l'environnement des services alimentaires qui structurent l'alimentation offerte dans les établissements. Ultimement, c'est l'ensemble des clientèles desservies (patients, visiteurs, résidents et personnel) qui bénéficie d'une saine alimentation.

Les éléments sont catégorisés en facteurs d'influence interne et externe. L'environnement interne est défini par les composantes associées à l'établissement, à son personnel et à sa clientèle (voir la figure 2). L'environnement externe à l'établissement, quant à lui, n'est pas sous le contrôle direct du service alimentaire proprement dit. Il se rapporte principalement aux composantes relatives aux secteurs de l'industrie agroalimentaire, aux médias et aux différents ordres de gouvernement concernés.

Figure 2 - Éléments de l'environnement structurant l'alimentation dans les établissements



Les orientations

Les orientations décrites dans la présente section visent à influencer les facteurs internes de l'organisation des services alimentaires indiqués dans la figure 2.

Par ailleurs, les orientations devront parfois être adaptées aux différents milieux de vie « substituts », du fait que les jeunes qui sont hébergés pour un certain temps dans les centres jeunesse, tout comme les personnes qui résident en CHSLD, s'alimentent en permanence dans ces établissements. Cela est aussi vrai pour les individus hébergés dans les centres de réadaptation et qui doivent parfois y rester pour un laps de temps important. La responsabilité des services alimentaires de ces établissements est donc de faire en sorte que l'alimentation quotidienne de base qui y est

offerte soit d'excellente qualité, qu'elle s'apparente davantage à un contexte de vie habituel et qu'elle réponde aux besoins de la clientèle. C'est pourquoi les orientations présentées dans cette section devront parfois être adaptées. Certains aliments pourraient être offerts à l'occasion et d'autres, de façon plus exceptionnelle. Ces adaptations sont présentées dans la section suivante (p.31).

De plus, les orientations guident l'ensemble de l'offre de services alimentaires dans les établissements, mais les plans de soins nutritionnels définis à l'intention des patients font partie du traitement et devront toujours être respectés ; les orientations ne viennent pas se substituer aux plans de soins des patients.

ORIENTATION 1 : Offrir des repas et des collations de haute valeur nutritive*	
Objet	Mesures
1. Offrir des repas qui respectent les principes du <i>Guide alimentaire canadien</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • Composer les repas afin d'offrir des aliments provenant des quatre groupes d'aliments et porter attention à la qualité sensorielle des aliments afin qu'ils soient savoureux. • Mettre l'accent sur une offre variée et attrayante de fruits et de légumes afin d'en stimuler la consommation. Privilégier les légumes de couleur orange ou vert foncé comme accompagnement des mets principaux. • Intégrer les fruits et les légumes dans les mets de base (entrées, plats principaux et desserts). • Offrir des portions adaptées aux catégories de clientèles sans favoriser la surconsommation. • Offrir une variété suffisante de chaque groupe d'aliments.
2. Offrir des aliments ayant une faible teneur en gras saturés et privilégier les gras poly et monoinsaturés.	<ul style="list-style-type: none"> • Privilégier les modes de cuisson utilisant peu ou pas de matières grasses. • Privilégier l'utilisation de gras insaturés pour la cuisson et pour les matières grasses d'accompagnement. • Offrir des menus quotidiens dont la teneur en gras saturés n'excède pas 10 % des calories totales. • Lorsque des desserts et des collations sont offerts, s'assurer que leur teneur en gras saturés n'excède pas 10 % de la valeur énergétique. • Limiter les aliments contenant des gras trans issus d'un processus de transformation ou de cuisson. • Offrir du poisson au menu au moins deux fois par semaine. • Éliminer la friture et l'usage d'aliments préalablement frits. • Réduire le plus possible la quantité de gras ajouté dans les mets préparés par le service alimentaire.

* Des adaptations de certains objets de cette orientation pourraient être nécessaires notamment pour la clientèle pédiatrique.

ORIENTATION 1 : suite	
Objet	Mesures
3. Offrir des aliments ayant une teneur élevée en fibres alimentaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir une variété de produits céréaliers à grains entiers (au moins 50 % de l'offre totale contenant 2 grammes et davantage de fibres alimentaires par portion servie) : pâtes alimentaires, riz, pains, muffins, céréales et utiliser des aliments riches en fibres dans la préparation des repas. • Offrir une variété de légumes (au moins deux choix au dîner et au souper). Offrir une variété de fruits (au moins deux choix par repas). • Intégrer les légumineuses dans au moins un repas par semaine.
4. Réduire l'offre d'aliments et de boissons ayant une teneur élevée en sodium*.	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des plats principaux** dont la teneur en sodium n'excède pas 600 mg. • Offrir des aliments et des boissons dont la teneur en sodium n'excède pas 480 mg par portion. • Présenter des menus quotidiens*** dont la teneur en sodium n'excède pas 3 000 mg de sodium et graduellement réduire pour atteindre 2 300 mg d'ici 2012.
5. Privilégier l'eau, le lait et les jus purs à 100 % comme boissons. Avoir des points d'eau libre (fontaines, carafes d'eau) et des verres afin que les gens se servent au besoin.	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir de l'eau comme boisson aux repas et aux collations. • Offrir une variété de laits et de substituts du lait (contenant moins de 30 g de sucre par 250 ml), de jus de fruits purs à 100 % et de jus de légumes. • Offrir des portions adéquates de jus, de lait et de substituts de lait, éviter les formats excédant 384 ml et privilégier les formats de 250 ml ou moins. • Éliminer de l'offre alimentaire les boissons sucrées (boissons gazeuses et boissons à base de fruits) et les boissons contenant des édulcorants****.
6. Éviter les aliments ayant une teneur élevée en sucre ajouté.	<ul style="list-style-type: none"> • Éliminer les produits dont le principal ingrédient est le sucre ou un équivalent du sucre*****. • S'assurer d'offrir des desserts et des collations à base de fruit ou de lait. • S'assurer que tous les desserts et les collations n'excèdent pas 30 g de glucides par portion. • Réduire le plus possible la quantité de sucre ajouté dans les desserts préparés par le service alimentaire.

* L'application des mesures associées à cette orientation sera tributaire de la distribution de produits alimentaires ayant une teneur réduite en sodium. Des travaux sont en cours actuellement en vue de réduire la teneur en sodium dans les aliments au Canada.

** Plat principal : mets qui constitue l'élément principal d'un repas.

*** Menu quotidien : le menu est constitué des trois repas offerts pour une journée.

**** Les boissons gazeuses ordinaires, les boissons aux fruits et les boissons énergisantes ont une teneur élevée en sucre et faible en nutriments. De plus, les adultes qui boivent plus d'une boisson gazeuse par jour (diète ou ordinaire) courent 44 % plus de risques d'être atteints du syndrome métabolique (Dhingra R. et al, 2007). Cette condition favorise le développement du diabète et de maladies cardiovasculaires.

***** Les équivalents du sucre sont le sucrose, le glucose, le dextrose, le lactose, le fructose, le maltose, la mélasse, le sirop de maïs, le sirop de riz, le sirop d'érable, le sirop de malt, l'édulcorant de jus de fruit, le sucre inverti, la maltodextrine et le miel.

ORIENTATION 2 : Intégrer les principes du développement durable à l'ensemble des activités des services alimentaires

Objet	Mesures
1. Diminuer la production de matières résiduelles.	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter l'achat de produits suremballés, en portions individuelles. • Privilégier l'achat de produits dont les emballages sont recyclables ou biodégradables. • Diminuer graduellement, jusqu'à l'élimination, l'utilisation de vaisselle jetable. • Participer à la collecte des matières recyclables et putrescibles lorsque de tels programmes sont en vigueur sur le territoire où se trouve l'établissement. • Si de tels services sont offerts : <ul style="list-style-type: none"> - opter pour de la vaisselle et des ustensiles compostables ou recyclables si l'emploi de vaisselle durable est impossible dans les conditions que présente le service alimentaire, par exemple pour les repas à emporter et les points d'eau libre.
2. Minimiser les impacts environnementaux du cycle production-appvisionnement-entreposage-préparation-service.	<ul style="list-style-type: none"> • Minimiser le transport en favorisant l'achat local, dans la mesure du possible, tout en respectant les lois et les règlements régissant l'approvisionnement des établissements. • Favoriser l'achat de produits frais dont la production, le transport et la conservation requièrent moins d'énergie que les produits congelés. • Offrir des menus saisonniers mettant en valeur les aliments régionaux.

ORIENTATION 3 : Favoriser l'accessibilité physique et économique à une variété d'aliments de haute valeur nutritive

Objet	Mesures
1. Organiser l'offre de service de façon à favoriser l'accès physique à des aliments de haute valeur nutritive.	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir des horaires de service adaptés aux besoins de la clientèle. • Prévoir plusieurs points de service. • Disposer les machines distributrices d'aliments sains à des endroits stratégiques, de façon à répondre aux besoins de la clientèle.
2. Aménager les services alimentaires afin de favoriser la consommation d'aliments de haute valeur nutritive dans une atmosphère agréable.	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir, au besoin, les aménagements des cafétérias et des autres lieux de consommation de repas. • S'assurer que les équipements permettent la production d'une variété d'aliments de haute valeur nutritive et le maintien de leur qualité nutritionnelle.

ORIENTATION 4 : Promouvoir la saine alimentation auprès des clientèles des services alimentaires

Objet	Mesures
1. Promouvoir la saine alimentation et l'acceptation sociale de la politique alimentaire.	<ul style="list-style-type: none">• Sensibiliser les clientèles (patients, visiteurs et personnel) aux saines habitudes alimentaires. Prendre en compte les interventions reconnues comme efficaces.• Promouvoir l'allaitement maternel comme mode optimal d'alimentation auprès des clientèles en périnatalité.• Sensibiliser les clientèles à la politique alimentaire et à ses raisons d'être. Planifier une stratégie de communication pour diffuser la politique.• Rendre accessible l'information sur la valeur nutritive des mets, des boissons et des aliments offerts. Indiquer la présence d'allergènes.
2. Promouvoir une saine alimentation, respectueuse des préférences alimentaires des communautés culturelles.	<ul style="list-style-type: none">• Prévoir des menus qui tiennent compte, dans la mesure du possible, des préférences alimentaires des communautés culturelles, le cas échéant.

ORIENTATION 5 : Assurer le développement des compétences du personnel

Objet	Mesures
1. Assurer le développement des compétences du personnel.	<ul style="list-style-type: none">• Offrir des programmes d'information et de formation à l'intention du personnel des services alimentaires et d'autres services impliqués dans l'alimentation des patients ou des autres clientèles. Ces programmes pourront porter sur les besoins et les particularités des clientèles, les principes d'une saine alimentation, la qualité globale des aliments et les processus optimaux de transformation.• Former le personnel conformément à la Loi sur les produits alimentaires*.

ORIENTATION 6 : s'assurer de la qualité globale des aliments et des boissons offerts.

Objet	Mesures
1. S'assurer que la qualité nutritive des aliments et des boissons soit prise en compte lors de l'approvisionnement.	<ul style="list-style-type: none">• Établir des normes d'achats qui incluent des critères nutritionnels.
2. S'assurer de la qualité globale des aliments à chaque étape, de l'entreposage au service des repas.	<ul style="list-style-type: none">• Mettre en place des mécanismes de suivi afin d'assurer l'application des normes établies en matière d'hygiène et de salubrité alimentaires.• Mettre en place des mesures de contrôle de la qualité sensorielle (apparence, saveur, texture et odeur) et de la qualité nutritive des aliments et des repas.• S'assurer qu'un temps suffisant soit alloué à l'alimentation.• Mettre en place des mesures de satisfaction de la clientèle et en faire le suivi.

* Une formation en hygiène et salubrité alimentaires à l'intention des gestionnaires et des manipulateurs d'aliments est maintenant obligatoire. De l'information est accessible sur le site Internet du MAPAQ à l'adresse suivante : www.mapaq.gouv.qc.ca.

La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation*

Le cadre de référence guide l'élaboration de politiques alimentaires locales dans chaque établissement pour un environnement alimentaire sain. Le succès de la mise en œuvre de cette démarche est tributaire de l'acceptation et de l'adoption de la politique par les décideurs et de leur engagement ainsi que de la mobilisation de tous les acteurs concernés, y compris les usagers. Sensibiliser l'ensemble des acteurs concernés (notamment le personnel de l'éta-

blissement, les comités des usagers et les membres de la direction) est une étape incontournable afin que tous saisissent les raisons d'être de la politique et l'approche préconisée. D'ores et déjà, des indications nous permettent d'affirmer que le personnel des milieux de santé est « ouvert » à la modification de l'offre alimentaire⁴⁸. Il faut toutefois envisager des réticences et prévoir des stratégies pour les atténuer.

Adaptations pour les établissements considérés comme des milieux de vie « substitués »**

Les usagers des établissements, hébergés dans un CHSLD, un centre jeunesse ou parfois dans un centre de réadaptation, s'alimentent quotidiennement dans ces établissements et pendant de longs séjours. L'objectif visé ici est de miser sur la qualité optimale de l'offre de service alimentaire, tout en tenant compte de certaines conditions particulières d'un milieu de vie « substitué ». Des adaptations de l'orientation 1 sont alors possibles. Ainsi, pour que l'alimentation offerte en établissement épouse davantage celle qui le serait dans la vie de tous les jours, on pourra prévoir offrir à l'occasion des aliments de moins bonne valeur nutritive. Ainsi, on pourra, si on le souhaite, inclure occasionnellement :

- des menus dont la teneur en gras saturés pourrait excéder 10 % des calories totales;
- de la friture et l'usage d'aliments préalablement frits;
- des desserts dont la teneur en gras saturés excède 10 % de la valeur énergétique;
- des boissons sucrées ou additionnées d'édulcorants.

L'atmosphère qui règne lors des repas est un élément important de l'alimentation dans ces milieux et dont il faut tenir compte. Les occasions spéciales permettent souvent de renouveler le plaisir associé à des traditions culinaires. L'alimentation quotidienne doit également être une source de plaisir pour l'ensemble des clientèles.

Dans les CHSLD, il pourrait être nécessaire d'adapter l'offre d'aliments, notamment concernant la teneur en sodium. Le sens du goût est altéré lors du vieillissement. Les recettes devront donc être ajustées en conséquence. L'objectif est toujours d'offrir une alimentation de qualité qui favorise une prise alimentaire optimale chez les personnes âgées hébergées.

Conditions favorables à la mise en œuvre

Bien que les connaissances actuelles concernent essentiellement l'implantation de politiques alimentaires en milieu scolaire, elles peuvent tout de même guider la mise en œuvre de ces politiques dans le secteur de la santé et des services sociaux. À cette fin, des moyens doivent être pris en vue de maximiser les chances de succès de l'implantation d'une politique alimentaire⁴⁹. Une démarche de mise en œuvre pourrait comprendre les étapes suivantes :

- mobilisation (former un comité réunissant l'ensemble des acteurs, désigner une équipe responsable de la démarche) ;

- analyse (portrait de la situation, décrire l'environnement de l'établissement, les clientèles et les services) ;
- conception et planification (rédaction de la politique et plan d'action de son implantation en tenant compte des orientations, des objets et des mesures du cadre de référence) ;
- implantation (mise en œuvre du plan d'action) ;
- évaluation (suivi et évaluation périodique des actions de la politique). Cette démarche demande une réévaluation régulière de la situation en vue d'apporter des améliorations de manière continue.

* On trouve une proposition d'une grille de suivi dans l'annexe 3.

** D'autres outils pourront être élaborés dans la mise en œuvre afin de soutenir les milieux concernés dans leurs adaptations possibles.

Au préalable, il est nécessaire qu'une personne soit mandatée comme responsable de la politique alimentaire et de toute la démarche. Par ailleurs, comme le cadre de référence mise d'abord sur la qualité, son application pourrait constituer une occasion d'intégrer certaines des mesures de la qualité préconisées dans les processus existants, en particulier la démarche d'agrément, obligatoire dans tous les établissements du réseau, ainsi que les visites d'appréciation ministérielles menées dans les établissements qui constituent des milieux de vie « substitués ».

Les deux organismes d'agrément reconnus au Québec, soit le Conseil québécois d'agrément et Agrément Canada, pourront jouer un rôle prépondérant afin d'intégrer certaines mesures de la qualité de l'offre alimentaire dans leurs cadres normatifs et de s'assurer de la cohérence entre les différents mécanismes d'évaluation existants.

En ce qui a trait au cas précis des CHSLD, ces derniers doivent demander l'agrément et reçoivent déjà des visites d'appréciation. Il serait pertinent que les critères de qualité de l'alimentation soient en accord avec le cadre de référence.

Le partage d'expertise, d'expérience et d'outils serait souhaitable entre les établissements ayant déjà adopté des politiques alimentaires et ceux qui sont à en élaborer. De plus, on doit prévoir des mesures visant à favoriser l'acceptabilité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), du conseil des infirmières et infirmiers (CII), du conseil multidisciplinaire (CM), du comité d'usagers et des syndicats.

Rôles et responsabilités partagés entre différents acteurs

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

- Assurer la diffusion du cadre de référence.
- S'assurer de l'acceptation et de l'adoption du cadre de référence par les acteurs du réseau.
- Soutenir le réseau dans l'application des orientations du cadre de référence.
- Soutenir la conception et le partage d'outils facilitant l'élaboration de politiques alimentaires et l'application des orientations.
- Favoriser le réseautage en vue d'un partage des meilleures pratiques et du transfert des connaissances.
- Soutenir l'offre de formation.
- Mettre sur pied un comité provincial de suivi de l'implantation.
- Assurer le suivi et l'évaluation de l'application du cadre de référence.
- Informer les regroupements d'achat des orientations relatives à l'achat d'aliments de qualité et de valeur nutritive élevée respectant les orientations du cadre de référence.
- Poursuivre les efforts de sensibilisation de l'industrie alimentaire en collaboration avec le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec afin qu'une variété d'aliments correspondant aux orientations du cadre de référence soit offerte au secteur institutionnel.
- Mettre à jour le cadre de référence en accord avec le développement des connaissances et des pratiques.

Les regroupements d'achat

- En collaboration avec les établissements concernés, prendre en compte les orientations des politiques alimentaires de chaque établissement qu'ils desservent.
- Favoriser un approvisionnement d'une grande variété d'aliments de haute valeur nutritive et respectant les principes de développement durable.

Les agences de la santé et des services sociaux

- Accompagner les établissements dans l'élaboration et l'implantation de leur politique alimentaire.
- Adapter, au besoin, le cadre de référence aux réalités régionales.
- Assurer la coordination et le suivi de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques alimentaires par les établissements de la région.
- Accompagner les établissements de la région dans la réalisation d'activités visant l'acceptabilité sociale des politiques alimentaires.
- Fournir une expertise concernant les actions reconnues comme efficaces en promotion de la saine alimentation.
- Mettre en place des mesures de suivi de l'implantation des politiques sur leur territoire.

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux

- Rédiger et entériner une politique alimentaire respectant les orientations du cadre de référence et en tenant compte des réalités locales et des besoins des clientèles desservies.
- Informer les regroupements d'achat sur leurs besoins d'aliments respectant les orientations de la politique alimentaire.
- Assurer le transfert des connaissances auprès de la population.
- Faciliter la formation continue du personnel, notamment en libérant les employés afin qu'ils puissent y participer.

Évaluation

Au regard de la Politique d'évaluation du MSSS⁵⁰, l'évaluation sera abordée sous deux angles, soit l'évaluation d'implantation et l'évaluation des résultats. L'évaluation d'implantation portera sur la portée de la diffusion du cadre de référence dans les différentes régions et selon les types d'établissement. En outre, elle pourra également inclure des mesures d'acceptation et d'adoption des orientations ou encore du degré d'implantation des orientations selon les types d'établissement afin de cerner les obstacles et les facteurs facilitants. Les mesures pourraient inclure des études économiques afin de connaître les effets de l'application des orientations, par exemple sur le coût des aliments dans les établissements.

En ce qui a trait à l'évaluation des résultats, il serait souhaitable de mesurer les effets des politiques alimentaires sur la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements du réseau et la satisfaction de la clientèle. Par ailleurs, il est pertinent de préciser que l'évaluation du cadre de référence s'inscrira aussi dans l'évaluation plus globale du *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir*, puisqu'il constitue une cible de l'axe d'intervention 1. De plus, des liens seront établis entre l'évaluation du programme d'amélioration de la qualité de l'alimentation dans les CHSLD et l'évaluation du cadre de référence.

Conclusion

Compte tenu des problématiques d'excès de poids et de la présence inquiétante des maladies chroniques dans la population générale du Québec, l'urgence d'agir est indéniable.

Le présent cadre de référence, intitulé *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité*, s'inscrit dans la foulée du *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir*, dans lequel des actions relatives aux milieux de vie sont recommandées. De par leur mission et leurs responsabilités concernant la santé de la population, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux doivent assurer l'offre d'aliments de qualité à leurs patients, à leurs résidents, à leurs visiteurs ainsi qu'à leurs employés.

Ce cadre de référence s'adresse aux acteurs du réseau et reconnaît les différentes vocations des établissements, qu'il s'agisse d'un milieu de travail, d'un milieu de soins de courte durée ou d'un milieu de vie « substitut ». Il vise à offrir un soutien et un accompagnement aux acteurs des différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans l'adoption de politiques alimentaires.

Plus que jamais, la recherche de la qualité est un enjeu de première importance et le droit à la saine alimentation doit transparaître dans les établissements du réseau de la santé et de services sociaux du Québec. Ce cadre de référence souhaite y contribuer, avec la participation de tous et chacun pour un bien-être collectif.

■ Annexe 1 : Types de services alimentaires dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ⁵¹

Services de repas et de collations aux patients et aux résidents

Les menus respectent habituellement le *Guide alimentaire canadien* et sont adaptés en fonction des besoins particuliers des clientèles (régimes thérapeutiques, texture modifiée, etc.). Ces menus sont cycliques et proposent généralement plus d'un choix de plat principal par repas. La longueur du cycle est à la discrétion de l'établissement, mais tient compte de la durée de séjour de la clientèle. La très grande majorité des patients de courte durée reçoivent leur repas sur un plateau servi à leur chambre. Ce service peut se faire en liaison* chaude ou froide. La production des mets est effectuée sur place ou par impartition ou une combinaison des deux.

Selon la méthode de liaison chaude, lorsque les plateaux sont assemblés, les aliments sont à leur température de consommation et maintenus à bonne température à l'aide de contenants ou de plateaux isolés ou encore de chariots chauffés.

Selon la méthode de liaison froide, les mets sont préparés à l'avance et refroidis. Lors de l'assemblage des plateaux, les aliments sont froids et la rethermalisation s'effectue de 45 à 60 minutes avant le service. Les plateaux sont ensuite servis aux patients. En milieu d'hébergement, on peut trouver un service en vrac où un chariot contenant la nourriture destinée à toute l'unité est livrée à une salle à manger. Des préposés servent les plateaux aux résidents.

Services des repas et des collations au personnel et aux visiteurs

Cafétérias

Les cafétérias sont des comptoirs ou des aires de services offrant généralement des repas chauds ou froids en vente libre. Certaines cafétérias comprennent un comptoir de restauration rapide à la carte, un bar à salades et occasionnellement un comptoir à sandwich et à soupes.

Certaines n'offrent un service qu'aux employés alors que d'autres sont également ouvertes aux usagers et au public. Les heures d'ouverture des cafétérias peuvent varier d'un établissement à un autre, certaines n'étant ouvertes que sur les heures de repas du midi ou du soir. La gestion est habituellement assurée par le service alimentaire de l'établissement.

Les menus du jour sont habituellement cycliques. Selon les établissements, ces menus s'apparentent à ceux des usagers ou sont distincts. La variété est généralement conditionnée par le volume de clientèle et les installations (espace et équipements) disponibles.

Afin de dégager certaines tendances, une équipe de l'Université Laval mandatée par le MSSS a visité neuf établissements du réseau. Dans la plupart des établissements visités, le cycle de menu a récemment été revu afin d'offrir des aliments de meilleure valeur nutritive. Par exemple, tous les établissements ont diminué les fritures et n'offrent des frites qu'un nombre très limité de jours par cycle. Les établissements ont fait un ou plusieurs changements parmi les suivants dans leur menu cyclique :

- augmentation du nombre de repas de poisson ;
- augmentation du nombre de repas sans viande ;
- diminution du sel et de la quantité totale de gras ;
- augmentation de la quantité de fibres ;
- utilisation d'huiles de meilleure qualité.

Ces changements ont été apportés en vue d'offrir un menu de meilleure valeur nutritive et une plus grande variété. Ces nouveaux menus, plus attrayants, reçoivent une réponse positive des employés.

Casse-croûte

Les comptoirs de restauration rapide des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont exploités soit par un concessionnaire externe, soit par le service alimentaire de l'établissement et souvent par une fondation qui en confie l'exploitation ou la gestion à un concessionnaire et en retire les profits. Leurs heures d'ouverture sont généralement plus étendues, y compris la nuit. Certains de ces casse-croûte offrent des menus complets, mais la plupart complètent l'offre de la cafétéria. Avec les machines distributrices, il s'agit de la source principale de nourriture de faible valeur nutritive.

Machines distributrices

Principalement situées dans les salles d'attente, les urgences et autour du casse-croûte, les machines distributrices sont exploitées la plupart du temps par la fondation ou le concessionnaire externe de l'établissement, quelquefois par le service alimentaire. Ainsi, des profits peuvent être versés à la fondation.

* Méthode de conservation d'un produit entre sa fabrication et sa consommation, consistant à le maintenir à une température donnée (chaude ou froide).

Service de traiteur

Un service de préparation de repas ou de collations pour les réunions, les colloques ou les rencontres professionnelles est occasionnellement offert dans l'établissement, que ce soit par le service alimentaire ou le casse-croûte. Les coûts de ce service sont habituellement à la charge des organisateurs et les revenus, intégrés dans ceux du service responsable.

Boutique ou comptoir de vente

Généralement gérées par la fondation ou le service des bénévoles de l'établissement, ces boutiques vendent des cadeaux, des fleurs, des revues et des produits alimentaires (tels que des confiseries). Les revenus sont généralement versés à la fondation ou au comité des bénévoles de l'établissement.

■ Annexe 2 : Proposition d'un canevas de politique alimentaire

Chaque établissement sera libre de choisir son propre modèle de politique alimentaire conformément aux orientations proposées dans le présent cadre de référence. Il revient aux établissements d'élaborer leur politique alimentaire, laquelle tiendra compte des particularités de leur milieu. Le canevas présenté peut servir de point de départ aux travaux d'élaboration des politiques alimentaires.

Titre

Politique pour une saine alimentation

But

En accord avec la mission et les responsabilités de l'établissement, contribuer à l'amélioration de la qualité de l'alimentation dans l'établissement.

Portée

Toutes les activités associées à l'alimentation dans l'établissement, y compris les services d'aliments et de boissons destinés au personnel et aux visiteurs (cafétéria, casse-croûte, machines distributrices, service de traiteur et toute autre activité, de nature commerciale ou non commerciale, impliquant le service d'aliments) ainsi que les services de repas et de collations servis aux usagers ou aux résidents, selon les modulations requises par le plan de soins nutritionnels ou les particularités associées au milieu de vie « substitut ».

Destinataires

Tous les employés, les visiteurs et les usagers de l'établissement.

Fondements

- L'accès à l'alimentation saine est un droit inscrit dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme* de l'Assemblée générale des Nations Unies de 1948 ;
- État de santé de la population québécoise ;
- Loi sur les services de santé et les services sociaux ;
- *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008* ;
- *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir* ;

- Loi sur le développement durable (LDD) ;
- Loi sur les contrats des organismes publics ;
- Loi et règlements sur les produits alimentaires ;
- Cadre de référence *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité* ;
- Les principes directeurs.

Orientations relatives à l'offre d'aliments de haute valeur nutritive et respectueuse des principes du développement durable

- Définition de l'offre de repas et de collations de haute valeur nutritive :
 - Dispositions relatives aux menus offerts aux usagers, au personnel et aux visiteurs ;
 - Considérations thérapeutiques particulières ;
 - Offre alimentaire adaptée au milieu.
- Intégration des principes de développement durable à l'ensemble des activités des services alimentaires :
 - Dispositions relatives à la diminution des matières résiduelles ;
 - Dispositions relatives à la diminution des impacts environnementaux dans l'ensemble des activités des services alimentaires.

Orientations relatives à l'accessibilité physique et économique à des aliments de haute valeur nutritive

- Définition de mesures ciblant l'organisation de l'offre de service ;
- Définition des incitatifs économiques ;
- Précision des mesures visant l'aménagement des services alimentaires.

Orientations relatives à la promotion de la saine alimentation auprès des clientèles

- Précision des stratégies de communication associées à la diffusion de la politique alimentaire ;
- Précision quant à l'accès à l'information sur la valeur nutritive des mets, des aliments et des boissons offerts ;
- Mesures permettant de tenir compte des préférences alimentaires des communautés culturelles.

Orientations relatives au développement des compétences du personnel

- Évaluation des besoins et plan de formation adapté au milieu.

Orientations relatives à l'assurance qualité

- Mesures visant à assurer la qualité des aliments lors de l'approvisionnement ;
- Mesures visant à assurer la qualité à chaque étape, de la production au service ;
- Évaluation de la satisfaction de la clientèle.

Modalités d'application et de suivi

- Précision des mesures relatives à l'application et au suivi à l'intérieur de l'établissement ;
- Mise en place d'un comité de suivi.

Rôles et responsabilités des intervenants

Évaluation

Entrée en vigueur

■ Annexe 3 : Exemple d'une proposition d'une grille de suivi de l'implantation du cadre de référence

Il est possible de se doter d'une grille de suivi d'implantation regroupant l'ensemble mesures et des objets relatifs à chacune des orientations.

DATE :

Orientation 5 : Assurer le développement des compétences du personnel			
Objet Assurer le développement des compétences du personnel des services alimentaires	État de situation	Degré de réalisation de 0 à 100 %	Commentaires
1. Offrir des programmes d'information et de formation à l'intention du personnel des services alimentaires et d'autres services impliqués dans l'alimentation des patients ou des autres clientèles. Ces programmes pourront porter sur les besoins et les particularités des clientèles, les principes d'une saine alimentation, la qualité globale des aliments et les processus optimaux de transformation.			
2. Former le personnel conformément à la Loi sur les produits alimentaires.			

■ Annexe 4 : Principes du développement durable pris en compte dans le cadre de référence

Principe	Nature du lien
Santé et qualité de vie	Amélioration de la qualité de vie, promotion de la santé et modification des environnements alimentaires (objectif même de l'action)
Équité et solidarité sociale	Prise en compte des différences entre les missions et les clientèles des établissements
Protection de l'environnement	Considération concernant l'emballage, le transport et les matières résiduelles lors de l'approvisionnement et de l'utilisation
Efficacité économique	Prise en considération de l'impact économique des changements de pratique : achat local, amélioration des choix alimentaires/état de santé, bénéfices sociétaux, partage des compétences dans un même CSSS ou agence, produits de remplacement sains et nutritifs
Participation et engagement	Consultation (non exhaustive) de plusieurs groupes visés par le changement, considération concernant l'acceptabilité sociale, engagement très fort pour amorcer le changement
Accès au savoir	Sensibilisation et formation du personnel.
Subsidiarité	Engagement des conseils d'administration dans les changements, politiques élaborées par les milieux en les adaptant selon leur réalité
Partenariat et coopération intergouvernementale	Implication d'acteurs hors du réseau de la santé et des services sociaux, lorsque nécessaire
Prévention	Nature de l'action visant la prévention, recherche de moyens de pallier les impacts financiers prévus
Protection du patrimoine culturel	Principe traité du point de vue du multiculturalisme, un peu moins de celui de la protection du patrimoine
Production et consommation responsables	Principe privilégié sur deux plans : 1. Production : offre alimentaire saine favorisant la santé des populations et respect de la mission des établissements dispensateurs de services de santé 2. Consommation : impact important des choix de consommation du réseau de la santé et des services sociaux, lui-même un important consommateur
Internationalisation des coûts	Considérations financières et sociétales prises en compte : bénéfices économiques sociétaux découlant d'une amélioration de l'environnement alimentaire et de la promotion des produits régionaux notamment

Lexique

Environnement alimentaire

« Ensemble des conditions dans lesquelles une personne ou un groupe de personnes a accès aux aliments, les choisit et les consomme. Les conditions socioculturelles, économiques, politiques, géographiques et agroalimentaires font partie de l'environnement alimentaire d'une personne ou d'un groupe de personnes⁵². »

Environnement alimentaire sain

« Résultat de la mise en place d'un ensemble de mesures et d'actions concertées visant à garantir, à toute la population, l'accessibilité durable à des aliments nutritionnellement appropriés, en quantité suffisante, de qualité (salubres) et à coût raisonnable, contribuant ainsi au bien-être et à la santé⁵³. » Un environnement alimentaire sain privilégie l'offre d'aliments et de boissons qui respectent de façon optimale les critères de qualité de leur groupe de référence et qui sont adaptés aux clientèles auxquelles ils sont destinés.

Habitude alimentaire

Choix récurrent que fait une personne, ou un ensemble de personnes, quant aux aliments qu'elle consomme et à la fréquence de leur consommation. Les habitudes alimentaires sont fondées sur des facteurs sensoriels (goût, texture, odeur et couleur), socioculturels et psychologiques de même que sur des facteurs socioéconomiques, environnementaux et politiques⁵⁴.

Milieu de vie

Ensemble des conditions extérieures dans lesquelles vivent et se développent les individus⁵⁵.

Saine alimentation

Une alimentation saine est constituée d'aliments diversifiés et donne priorité aux aliments de valeur nutritive élevée sur le plan de la fréquence et de la quantité, tout en laissant une place aux aliments qui, au-delà d'une valeur nutritive limitée, peuvent avoir une valeur gastronomique, culturelle ou affective. Cela se traduit par le concept d'aliments quotidiens, d'occasion et d'exception de même que par des portions adaptées aux besoins des personnes. Les divers milieux présenteront une offre alimentaire en accord avec leur mission et la proportion de ces trois types d'aliments pourra varier en conséquence, tout en respectant la priorité énoncée précédemment⁵⁶.

Bibliographie

1. Gouvernement du Québec (2006). *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 50 p.
2. Institut canadien d'information sur la santé (2007). Les dépenses de santé devraient atteindre 160 milliards de dollars cette année, Ottawa, ICIS.
3. Gouvernement du Québec (2008). *Le système de santé et de services sociaux au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 12 p.
4. Gouvernement du Québec (2008). *Op. cit.*
5. Gouvernement du Québec (2006). *Op. cit.*
6. Gouvernement du Québec (2007). *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, Pour un virage santé à l'école* ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 44 p.
7. Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (2005). *Les problèmes reliés au poids au Québec – Un appel à l'action*, Montréal, Association pour la santé publique du Québec, 58 p.
8. RAINE D, K (2005). *Les déterminants de la saine alimentation au Canada – Aperçu et synthèse*. Revue canadienne de santé publique, vol. 96 (S-3), S-8 à S-15.
9. Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (2003). *Le consommateur québécois et ses dépenses alimentaires*, Bioclip, vol. 6 (2), 12 p.
10. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.
11. RAINE D, K, *op. cit.*
12. Glanz, K., J. F. Salis, B. E. Saelens et coll. (2005). « Healthy Nutrition Environments: Concepts and Mesures », dans *American Journal of Health Promotion*, vol. 19, n° 5, p. 330-333.
13. Gouvernement du Québec (2006). *Op. cit.*
14. Audet, N. (2007). *L'évolution de l'excès de poids chez les adultes québécois de 1990 à 2004 : mesures directes*, Québec, Zoom Santé, Institut de la statistique du Québec, p. 1 à 5.
15. Mongeau, L. et al. (2005). *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Québec, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 23 p.
16. Gouvernement du Québec (2005). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Produire la santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 120 p.
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité – Document de consultation*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 63 p.
18. Données issues du système québécois de surveillance du diabète. <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/diabetef.nsf/2c8fcea3a329dbc85256d03006d3d34/6447f3eed5c1ea0f85256f4600742f25?OpenDocument>
19. Institut national de santé publique du Québec (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, 659 p.
20. World Health Organization, *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: Facts Related to Chronic Diseases*, Genève, mai 2004.
21. Institut national de santé publique du Québec (à paraître). *Données sur l'alimentation des adultes québécois*.
22. Garriguet, D. (2007). « Consommation de sodium à tous les âges », dans *Rapport sur la santé*, vol. 18, n° 2, p. 35-41.

23. Institut national de santé publique du Québec (2008). *Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques, population de 12 ans et plus, Québec, 2005*. Données issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. www.inspq.qc.ca/Sante/cope/element.asp
24. Organisation mondiale de la Santé (2005). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*, Genève, OMS, 34 p.
25. Joffres MR et al. (2007) « Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada », dans *Can J Cardiol*, 23, p. 437-443.
26. Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP), *op. cit.*
27. ÉCO-SANTÉ, *Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon le sexe et le diagnostic principal, Québec, 1991-1995 à 2000-2004 (Taux annuel moyen pour 10 000)*, Québec, Éco-santé.
28. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 – Synthèse – Un projet porteur de vie*. Gouvernement du Québec, 164 p.
29. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles*, Québec, 156 p.
30. Gouvernement du Québec (2008). *2,2 milliards de dollars sur cinq ans pour les aînés – Le gouvernement s'engage plus que jamais dans l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées*, ministère de la Famille et Aînés, [En ligne], http://www.mfa.gouv.qc.ca/ministere/ministre-responsable-des-aines/galerie-de-photos/communiqués_aines/index.asp?f=avril2008/24.htm
31. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). *Programme d'amélioration de l'alimentation dans les CHSLD – Cadre normatif 2009-2013*.
32. Gouvernement du Québec (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 24 p.
33. Données non publiées, Direction de la jeunesse et de la toxicomanie du MSSS.
34. Données non publiées, Direction de la jeunesse et de la toxicomanie du MSSS.
35. Scarlise, D. (2007). « Healthy Choices Coming to a Cafeteria Near You », *H&HN*, janvier, p. 18-20.
36. Bureau de normalisation du Québec, BNQ 9700-800 *Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail*, [En ligne], http://www.bnq.qc.ca/fr/communiqué/norme_santé_lancement.html
37. Ouellet D. et Marsolais J.F. (2008). *Portrait de l'offre alimentaire dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux*, Québec, Université Laval, 31 p.
38. Gouvernement du Québec (2006). *Loi sur le développement durable*, L.R.Q, Éditeur officiel du Québec, chapitre 1, article 2.
39. Site du ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne] <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/mission.php>
40. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). Ressources intermédiaires et ressources de type familial : rétribution de la ressource, contribution des usagers et contribution parentale, Circulaire 2008-047, Annexe 6 : Contrat entre un établissement et une ressource intermédiaire – adultes 10 usagers et plus, 31 pages.
41. Glanz, K., J. F. Salis, B. E. Saelens et coll., *op. cit.*
42. Cohen, D.A, R.A. Scribner et T.A. Farley (2000). « A structural model of health behavior: A pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level », dans *Preventive Medicine*, vol. 30, n° 2, février, p. 146-154.
43. Gouvernement du Québec (2006). *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 50 p.
44. Cohen, Deborah A., Scribner, Richard A., and Farley, Thomas, *op. cit.*
45. Egger G., Swinburn B. (1997). « An "ecological" approach to the obesity pandemic », *BMJ*, août, vol. 315, p. 477-480.

46. Brug, J., F. J. V. Lenthe et S. P. J. Kremers. (2006). « Revisiting Kurt Lewin. How to Gain Insight into Environmental Correlates of Obesogenic Behaviors », dans *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 31, n° 6, p. 525-529.
47. Kremers, S. P., G.-J. d. Bruijn, T. L. Visscher et coll. (2006). « Environmental influences on energy balance-related behaviors: A dual-process view », dans *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 3, n° 9 (non disponible).
48. Brada-Quirion K. et coll. (2008). *Virage santé dans les cafétérias et casse-croûtes du CHUS*, Projet de recherche en santé communautaire, Sherbrooke, Université de Sherbrooke.
49. Institut national de santé publique du Québec (2008). *Les politiques alimentaires en milieu scolaire – Une synthèse de connaissances sur le processus d’implantation*, Québec, Direction du développement des individus et des communautés, 128 p.
50. Gouvernement du Québec (2003). *Politique d’évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 26 p.
51. Ouellet D. et Marsolais J.F., *op. cit.*
52. Office québécois de la langue française, *Le grand dictionnaire terminologique*, [En ligne], http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp
53. Proteau M. et coll. (2005) *Rapport Chantier – Environnement alimentaire sain*. Rapport final, juillet 2005, 54 p.
54. Office québécois de la langue française. *Le grand dictionnaire terminologique*, [En ligne], [<http://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/gdt.html>] (page consultée le 2 juillet 2008)
55. ROBERT, P. (1994). *Le Nouveau Petit Robert – Dictionnaire de la langue française*, Paris, Dictionnaire Le Robert, 2 467 p.
56. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique Gouvernement du Québec (à paraître). *Vision de la saine alimentation*.

Documents et articles consultés

Politique sur les marchés publics, novembre 2001

Loi sur les contrats des organismes publics » (2006, c.29), décret 530-2008, 28 mai 2008

Healthier Choices in Vending Machines in B.C. Public Buildings [http://www.lcs.gov.bc.ca/Healthier Choices/pdf/CompletePolicy.pdf](http://www.lcs.gov.bc.ca/Healthier%20Choices/pdf/CompletePolicy.pdf)

Malnutrition In The UK: Under-Recognised And Costly Reveals New Report Today, [En ligne], <http://www.prnewswire.co.uk/cgi/news/release?id=111683>

Merrick J. Hospitals Face Fines for Poor Food <http://www.freedomyears.com/tabid/82/itemid/1879/pageid/6/Hospitals-Face-Fines-for-Poor-Food.aspx>

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, Réponses SST, Bien s'alimenter au travail

National Audit Office (2006), Londres. Smarter food procurement in the public sector. House of Commons, mars, vol. 27.

Sproul AD et al. Does point-of-purchase nutrition labeling influence meal selections? A test in an Army cafeteria. *Mil Med.* 2003 juillet ;168(7):556-60

Perimutter CA. (1997). "Profitability and acceptability of fat and sodium modified hot entrees in a worksite cafeteria", *Journal Am Diet Association*, avril, vol. 97, no 4, p.391-5.

Steenhuis I et al. (2004). "The impact of educational and environmental interventions in Dutch worksite cafeterias", *Health Promo Int.* septembre, vol. 19, no 3, p.335-43

Engers LH et al. (2006). The effects of a controlled worksite environmental intervention on determinants of dietary behaviour and self-reported fruits, vegetable and fat intake. *BMC public Health*, octobre, vol. 17, n° 6, p.253.

Kjaernes U. (2003). Food and nutrition policies of Nordic countries: how have they been developed and what evidence substantiates the development of these policies, *Proceedings of the Nutrition Society*, vol. 62, p. 563-570

MacKenzie et Hoy (2003). *Food Policy*. Worksite Health Promotion Wellness Initiative. NYC DOHMH

www.msss.gouv.qc.ca