



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



SANTÉ PUBLIQUE

Vers une stratégie d'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements de santé du Québec : sélection d'outils existants et retours d'utilisateurs potentiels



Towards a new strategy for assessing the quality of the food supply in healthcare facilities from Québec, Canada: Selection of existing tools and feedback from potential users

Justine Chouinard^{a,b}, Mylène Turcotte^a,
Stéphanie Harrison^a, Jeanne Loignon^a,
Anne-Sophie Morisset^{a,b,c}, Laure Saulais^{a,d},
Marie-Ève Labonté^{a,b,*}

^a Centre Nutrition, santé et société (NUTRISS), Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF), Université Laval, Pavillon des services, 2440 boulevard Hochelaga, Québec, QC G1V 0A6, Canada

^b École de nutrition, Université Laval, Pavillon Paul-Comtois, 2425 rue de l'Agriculture, Québec QC G1V 0A6, Canada

^c Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, Université Laval, 2705 boulevard Laurier, Québec QC G1V 4G2, Canada

^d Département d'économie agroalimentaire et des sciences de la consommation, Université Laval, Pavillon Paul-Comtois, 2425, rue de l'Agriculture, Québec QC G1V 0A6, Canada

Received 19 December 2022; accepted 20 February 2023

Available online 12 mars 2023

MOTS CLÉS

Offre alimentaire;
Établissements de
santé;

Résumé Dans les établissements de santé de la province de Québec, au Canada, aucun outil complet et standardisé n'existe afin d'assurer une évaluation et un suivi de la qualité de l'offre alimentaire dans sa globalité. Cette étude s'inscrit dans une démarche gouvernementale visant à poser les bases d'une telle stratégie d'évaluation. Elle avait pour objectifs de : 1) sélectionner

* Auteur correspondant.

E-mail address: marie-eve.labonte@fsaa.ulaval.ca (M.-È. Labonté).

Outil d'évaluation;
Qualitatif

des outils validés scientifiquement, utilisés pour l'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements de santé, et 2) recueillir les retours d'utilisateurs potentiels quant à la pertinence et l'applicabilité de ces outils en contexte québécois. Six outils s'apparentant le plus aux établissements de santé québécois ont été sélectionnés selon des critères préétablis, à partir d'une revue systématique de la littérature scientifique et grise à l'échelle internationale. La présentation de ces outils à des gestionnaires de services alimentaires ($n=6$) et des partenaires gouvernementaux ($n=6$) a permis de constater qu'aucun des outils présentés ne correspond parfaitement aux réalités et aux besoins du système de santé québécois. Ces résultats suggèrent la nécessité de créer un nouvel outil modulable, adapté aux besoins des utilisateurs québécois.

© 2023 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Société française de nutrition. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

KEYWORDS

Food supply;
Healthcare facilities;
Assessment tool;
Qualitative study

Summary Healthcare facilities in the province of Québec, in Canada, do not have a comprehensive and standardised tool for the assessment and monitoring of the overall quality of their food supply. This study is based on a governmental initiative that aims to set the grounds of such an evaluation strategy. The study objectives were to: 1) select validated tools used to assess the quality of the food supply in healthcare facilities, and 2) collect feedbacks of potential users regarding the relevance and applicability of these tools in healthcare facilities from Québec, Canada. Six tools corresponding the most to the needs of Québec's healthcare system were selected from a systematic review of the literature based on preestablished criteria. The presentation of selected tools to governmental stakeholders ($n=6$) and managers of institutional food services ($n=6$) led to the conclusion that no existing tools correspond to the reality and needs of the healthcare system in the province of Québec, Canada. Creating a new customizable tool, adapted to the needs of its users, is therefore necessary in Québec.

© 2023 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Société française de nutrition. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

[...] six outils considérés comme étant davantage pertinents pour le contexte québécois ont été retenus.

En résumé, les participants ont spontanément dégagé davantage de limites ($n=83$ mentions de limites) que de forces ($n=28$ mentions de forces) pour les six outils présentés.

[...] aucun des outils présentés ne répond entièrement aux besoins des établissements de santé du Québec.

afin de fournir des aliments nutritifs et acceptables aux usagers, des repères nutritionnels ont été définis et des menus harmonisés ont été développés dans la plupart des établissements de santé du Québec (Canada) [6]. Ceux-ci incluent les centres hospitaliers (courte durée) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Ces actions, soutenues par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), ont amené des changements considérables dans les menus servis au sein des établissements de santé concernés. Cependant, les impacts de ces changements n'ont pas été mesurés auprès des usagers. D'ailleurs, à ce jour, il n'existe pas d'outil fiable et harmonisé, commun à l'ensemble des établissements de santé du Québec, pour effectuer l'évaluation et le suivi de la qualité de leur offre alimentaire dans sa globalité (c.-à-d. incluant des critères de qualité nutritionnelle et de satisfaction des usagers). La présente étude s'inscrit dans une démarche appuyée par le gouvernement du Québec, visant à poser les bases d'un tel outil d'évaluation au Québec. En effet, le Plan d'action interministériel 2017–2021 du gouvernement du Québec, développé dans le cadre de la Politique gouvernementale de prévention en santé, inclut une mesure qui vise à « Améliorer la qualité nutritive des aliments au Québec » [7]. De cette mesure a découlé un mandat de recension des outils d'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire des

Introduction

La prévalence de la malnutrition chez les usagers des établissements de santé est élevée et génère des coûts sociétaux importants [1]. Au Canada, la malnutrition touche 40 à 45 % des patients dans les centres hospitaliers [2,3] et 29 à 54 % des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée [4]. La qualité de l'offre alimentaire dans ces milieux influence la satisfaction et la qualité de l'alimentation des patients et des résidents qui s'avèrent « captifs » (c.-à-d. dépendants des aliments proposés par le service alimentaire pour se nourrir). Elle affecte également leur processus de rétablissement, le maintien de leur santé et leur qualité de vie [5]. Dans les dernières années,

établissements de santé à travers le monde, dans le but d'adapter certains outils au contexte québécois [8].

En lien avec ce mandat, une récente revue systématique par Bélanger et al. [9] a permis d'identifier et d'établir une classification des outils d'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements de santé développés et utilisés dans le monde au cours des 20 dernières années. Dans cette revue systématique, les outils ont été classés selon s'ils évaluaient :

- la perception des usagers à l'égard de la nourriture servie (p. ex. goût et apparence) ;
- les caractéristiques des repas servis (p. ex. valeur nutritive et variété) ; ou bien
- les deux volets de manière simultanée.

Cette revue systématique a ainsi permis de démontrer qu'il existe une grande variété d'outils, avec prépondérance de ceux évaluant la perception des usagers [9]. Dans la continuité du mandat ministériel, le premier objectif de la présente étude était de sélectionner, à partir de la revue de littérature [9], les outils d'évaluation de la qualité des repas servis en établissements de santé qui seraient les plus pertinents pour le contexte québécois. Le deuxième objectif était de recueillir les retours d'utilisateurs potentiels (c.-à-d. gestionnaires de services alimentaires en établissements de santé et partenaires gouvernementaux) quant à la pertinence et la faisabilité d'utilisation de ces outils dans les établissements de santé du Québec.

Méthodes

Sélection des outils potentiellement les plus pertinents pour le Québec

Priorisation des outils identifiés dans la revue systématique de la littérature

Les outils identifiés dans la revue systématique de Bélanger et al. [9] ($n=77$) ont d'abord été priorisés à partir des critères suivants :

- **Fiabilité** : Priorisation des outils classifiés par Bélanger et al. [9] comme étant « fiables » ou « partiellement fiables » sur le plan scientifique. Un outil était jugé « fiable » s'il était adapté d'un outil précédemment validé ou lorsqu'une mesure de fiabilité était présentée dans l'article associé à l'outil. Un outil était jugé « partiellement fiable » s'il était basé sur une étude pilote ou un pré-test, mais qu'aucune mesure de fiabilité n'était disponible. Les outils ayant une fiabilité « imprécise » ou « inconnue » ont été exclus, à l'exception des outils mesurant uniquement les caractéristiques des menus, puisqu'ils avaient tous une fiabilité considérée inconnue. Ces outils ont été inclus pour répondre à l'objectif de sélectionner des outils évaluant les perceptions des usagers, les caractéristiques des menus ou ces deux aspects à la fois, afin de pouvoir proposer aux établissements de santé du Québec un outil permettant une évaluation complète des différents aspects de la qualité de l'offre alimentaire ;
- **Type d'outils** : Priorisation des questionnaires auto-administrés afin de faciliter la future collecte des données

via un outil informatisé pouvant être déployé dans les établissements de santé.

Développement d'un cadre d'analyse pour les outils priorisés

Un cadre d'analyse incluant les indicateurs et les sous-indicateurs considérés essentiels à l'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements de santé du Québec a été développé afin d'évaluer les outils priorisés (Fig. 1). L'identification des indicateurs et des sous-indicateurs à inclure dans le cadre d'analyse s'est faite en s'appuyant sur la littérature scientifique [10–17] et sur la définition de la qualité de l'offre alimentaire établie par l'Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire [18]. La construction du cadre d'analyse s'est également appuyée sur des consultations réalisées auprès de gestionnaires de services alimentaires dans les établissements de santé au Québec, auprès des représentants gouvernementaux des deux ministères impliqués dans le projet (le MSSS et le Ministère de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation du Québec (MAPAQ)), ainsi que sur les politiques gouvernementales promues par ces derniers [19].

À partir de ce cadre d'analyse, deux scores ont pu être générés pour chaque outil priorisé, soit un score de qualité perçue par les usagers et un score de qualité objective des menus servis. Chaque indicateur (ou sous-indicateur, le cas échéant) inclus dans les deux scores valait 1 point, qui était alloué si l'outil considérait cet indicateur dans son évaluation de la qualité de l'offre alimentaire. Ainsi, plus un outil évaluait d'indicateurs jugés essentiels au contexte québécois, plus celui-ci avait un score élevé. Au total, le score de qualité perçue par les usagers comportait six indicateurs jugés essentiels desquels étaient issus 19 sous-indicateurs, pour un maximum de 19 points possible (Fig. 1). Le score de qualité objective des menus servis comportait 6 indicateurs desquels ne dérivait aucun sous-indicateur, pour un maximum de 6 points possible.

Extraction des informations sur les outils priorisés

Les indicateurs et sous-indicateurs présents dans chaque outil priorisé ont été extraits dans un fichier Excel afin de permettre le calcul des scores de chacun. L'extraction des informations a été effectuée en double-codeurs (AL et MT) avec une mise en commun hebdomadaire. L'avis d'une troisième réviseuse (MEL ou ASM) a été sollicité en cas de discordance.

Analyse de la pertinence des outils

Les scores calculés ont ensuite servi de base à la sélection d'un nombre restreint d'outils pertinents pour le contexte québécois en vue d'être présentés aux utilisateurs potentiels. Cependant, les scores calculés n'ont pas permis, à eux seuls, de sélectionner un nombre restreint d'outils. Il a donc été nécessaire de se doter de critères supplémentaires :

- Score calculé à partir du cadre d'analyse : scores plus élevés priorisés ;
- Degré de fiabilité scientifique : outils « fiables » priorisés [9] ;

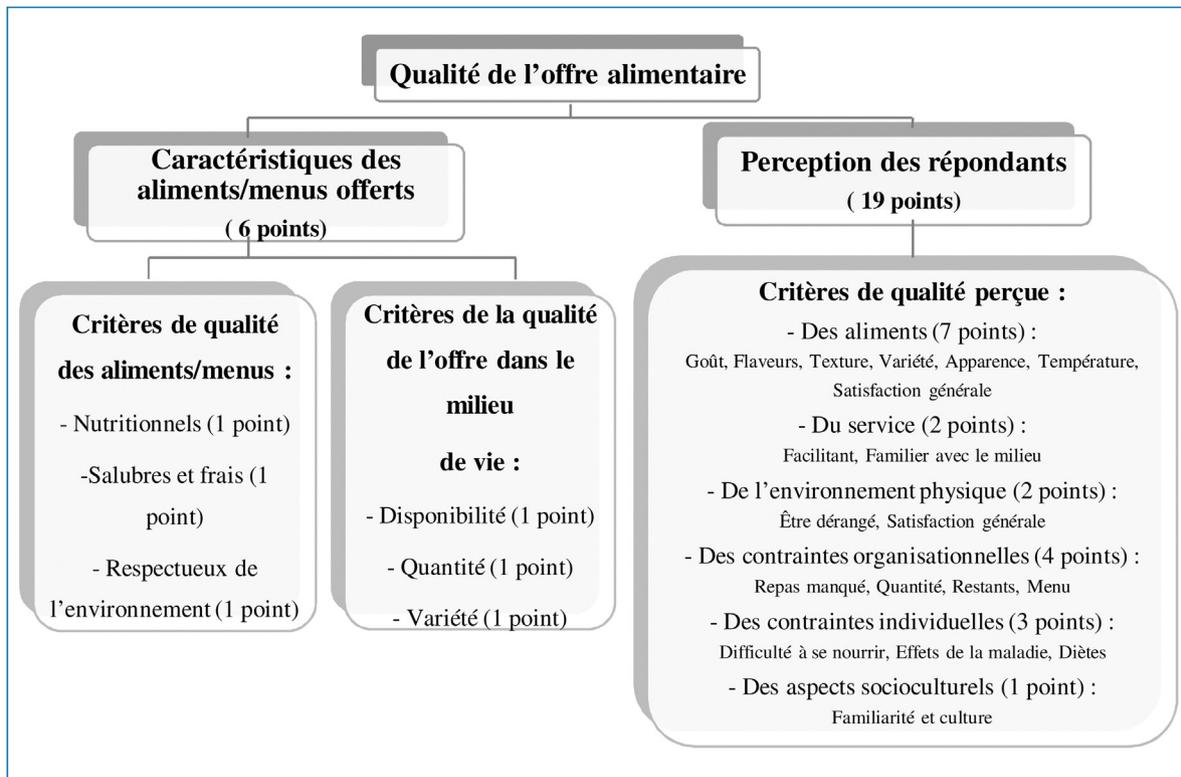


Figure 1. Auteures: Mylène Turcotte et Justine Chouinard. Cadre d'analyse développé incluant les aspects, les indicateurs et les sous-indicateurs considérés essentiels à l'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements du réseau de la santé au Québec.

- Faisabilité pratique : outils courts et simples à compléter pour l'utilisateur priorisés (p. ex. moins de questions) ;
- Généalogie : outil le plus récent d'une même famille priorisé (c.-à-d. outil dérivant d'un autre), si applicable [9] ;
- Potentiel d'adaptation : outils déjà déployés ou adaptés dans plusieurs pays et dans différents types d'établissements priorisés (c.-à-d. courte et longue durée).

Retours d'utilisateurs potentiels sur les outils sélectionnés

Exemption éthique

Une exemption a été accordée par le Comité d'éthique de la recherche (CER) du CHU de Québec–Université Laval en mars 2021 (#2021-5798) en raison de la nature de l'étude, qui visait à mieux comprendre les pratiques des intervenants dans le cadre de leur travail.

Recrutement des participants aux groupes de discussion

Afin d'explorer dans quelle mesure les outils sélectionnés étaient pertinents et adaptés aux réalités des établissements de santé du Québec, des utilisateurs potentiels ont été recrutés pour participer à des groupes de discussion. Les utilisateurs potentiels étaient des professionnels qui pourraient avoir à utiliser l'un des outils pour colliger des informations sur la qualité de l'offre alimentaire d'un établissement de santé ou encore à utiliser les données résultant

de l'utilisation d'un outil donné. Ces personnes étaient des gestionnaires de services alimentaires dans les établissements de santé ou des partenaires gouvernementaux dont les décisions pourraient reposer sur une évaluation de la qualité de l'offre alimentaire. Des courriels de recrutement ont été acheminés aux utilisateurs potentiels en mars 2021. Un mode d'échantillonnage intentionnel a été utilisé pour recruter des professionnels possédant des expériences pertinentes et des avis diversifiés [20]. Les courriels ont été acheminés à des personnes collaborant déjà au projet ou faisant partie des réseaux professionnels de l'équipe de recherche.

Développement du guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré selon les principes de Krueger [21] et de Patton [20] afin d'explorer les forces et les limites perçues de chaque outil retenu en termes de contenu (p. ex. : indicateurs évalués) et de forme (p. ex. : format et mode d'administration) et afin de colliger des données sur les caractéristiques d'un outil idéal d'après les participants (cf [matériel supplémentaire](#)). Ce guide d'entretien a permis de stimuler les échanges entre les participants et de recueillir des avis diversifiés. Le guide d'entretien et les outils sélectionnés ont été envoyés à l'avance aux participants afin qu'ils puissent se préparer à la rencontre, si souhaité.

Collecte des retours

Deux groupes de discussion virtuels ont été tenus sur la plateforme Zoom dans le but de questionner les

utilisateurs potentiels sur les outils préalablement sélectionnés. Brièvement, chaque outil était présenté aux participants oralement et visuellement avant de leur demander ce qu'ils appréciaient ou pas (c.-à-d. les forces et les limites des outils). Une modératrice expérimentée (MT) guidait les discussions et était assistée d'une assistante-modératrice (MEL ou ASM). Cette technique de collecte de données était pertinente dans la mesure où les différentes réalités vécues par un groupe donné concernant un sujet non sensible étaient recherchées.

Analyses qualitatives

Les groupes de discussion ont été enregistrés (audio et vidéo), transcrits sous forme de verbatim (de l'audio à l'écrit) et anonymisés. La transcription a été réalisée par un membre de l'équipe préalablement formé à cet effet (AL), révisée par la modératrice (MT) et par l'assistante-modératrice dans les cas d'extraits inaudibles (MEL ou ASM). La transcription finalisée selon les principes de Bazeley [22] a été importée dans le logiciel d'analyse qualitative NVivo [23]. Une arborescence de base a été créée selon les grandes sections abordées dans le guide d'entrevue. L'encodage a été réalisé en simple codeur (MT), selon le principe de l'analyse thématique [24], puis les codes créés ont été révisés par l'assistante-modératrice présente lors des groupes (MEL ou ASM). Des analyses selon les fréquences de mots (*words cloud*) et les discours similaires et différents (*matrix coding*) ont ensuite été réalisées avec des fonctions de requêtes avancées du logiciel NVivo [23].

Résultats

Sélection des outils

Outils priorités

La revue systématique de Bélanger et al. [9] comprenait 77 outils d'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements de santé de courte et longue durée. Parmi ceux-ci, 46 (60 %) rencontraient les deux critères de priorisation (Tableau 1).

Parmi les outils priorités, 38 (83 %) considéraient uniquement la qualité perçue par les usagers, six (13 %) considéraient uniquement la qualité objective des menus servis et deux (4 %) tenaient compte de ces deux aspects de la qualité de l'offre alimentaire.

Les informations extraites selon le cadre d'analyse développé (Fig. 1) ont permis de calculer un ou deux scores pour chacun des outils priorités (un score pour les outils n'évaluant qu'un seul des deux aspects de la qualité de l'offre alimentaire et deux scores pour les outils évaluant les deux aspects). Parmi les outils évaluant la qualité perçue par les usagers, de façon isolée ou en combinaison avec la qualité objective des menus ($n=40$), le score accordé variait de 1 à 13 sur 19 points possibles, avec une moyenne de 8,4. Parmi les outils évaluant la qualité objective des menus servis, de façon isolée ou en combinaison avec la qualité perçue par les usagers ($n=8$), le score accordé variait de 0 à 5 sur 6 points possibles avec une moyenne de 2,4.

Tableau 1 Description des outils priorités ($n=46$).

Critères de priorisation des outils		n (%)
Fiabilité ^a	Fiable	28 (61 %)
	Partiellement fiable	12 (26 %)
	Fiabilité inconnue	6 (13 %)
Types d'outils	Questionnaires auto-administrés	26 (56,5 %)
	Guides d'entrevue	13 (28 %)
	Combinaison de questionnaires auto-administrés et de guides d'entrevue	4 (9 %)
	Liste de contrôle (<i>checklist</i>)	3 (6,5 %)

^a Fiabilité sur le plan scientifique selon la classification de Bélanger et al. [9]. Voir Méthodes.

Outils sélectionnés

À la suite de l'analyse des 46 outils en fonction des critères de sélection préétablis, six outils considérés comme étant davantage pertinents pour le contexte québécois ont été retenus afin d'être présentés aux utilisateurs potentiels dans le cadre de groupes de discussion. Ces six outils et leurs caractéristiques sont présentés au Tableau 2.

Les six outils sélectionnés présentent une grande diversité dans leur contenu. Trois d'entre eux évaluent uniquement la qualité perçue par les usagers, deux mesurent uniquement la qualité objective des menus servis et un considère ces deux aspects. Ce dernier [10] inclut donc un mélange de questions de nature subjective (p. ex. les perceptions des équipes du service alimentaire et des soins) et de questions objectives (p. ex. la température mesurée des aliments qui composent le mets reçu à la chambre). La moitié des outils proviennent de l'Australie ($n=3$) et l'autre moitié de l'Amérique du Nord ($n=3$). Ils ont tous été développés et testés en langue anglaise, sauf l'outil de Carrier et al. (11) qui est en langue française. Les outils sont de type questionnaire auto-administré ($n=4$), questionnaire pouvant être auto-administré ou complété sous forme d'entrevue ($n=1$) ou liste de contrôle (*checklist*) ($n=1$). Quatre outils sont considérés fiables sur le plan scientifique, tandis que deux ont une fiabilité considérée inconnue, selon les critères établis par Bélanger et al. [9]. Ils sont majoritairement utilisés dans des établissements de soins de longue durée ($n=4$).

Retours d'utilisateurs potentiels sur les outils sélectionnés

Profil des participants

Douze utilisateurs potentiels ont été recrutés pour participer à des groupes de discussion. Ces derniers occupaient des emplois variés et ont été classés en deux groupes, soit les gestionnaires de services alimentaires ($n=6$) ou les partenaires gouvernementaux ($n=6$). Le premier groupe était composé de nutritionnistes occupant des fonctions de gestion de services alimentaires ainsi que de chef de production

Tableau 2 Caractéristiques des six outils sélectionnés.

Outils (Auteur, Année – Nom – Pays)	Qualité perçue par les usagers évaluée	Qualité objective des menus servis évaluée	Type d'outil	Fiabilité scientifique	Type d'établissement	Type de répondant	Nombre de questions et échelle	Aspects évalués	Score(s) issu(s) du cadre d'analyse ^a	Justification
Barrington 2018–Kings College Food Service Questionnaire (KCFSQ)–Australie [25]	X		Questionnaire auto-administré	Fiable	Centre hospitalier	Usager	n = 37, Échelle sur 4 points	1- Choix du menu 2- Barrières organisationnelles : en lien avec le contexte (p. ex : dérangement lors du repas) 3- Faim 4- Barrières physiques : en lien avec les aliments (p. ex : difficulté à couper les aliments) 5- Qualité des aliments : goût, apparence, odeur, portion, température 6- Effets de la maladie ou des traitements sur l'appétit	Qualité perçue par les usagers : 13/19	– Fiabilité : Basé sur un questionnaire validé – Outil ayant obtenu la note la plus élevée pour le score de qualité perçue par les usagers, outil complet – Généalogie : Le plus récent de la famille d'outils
Crogan 2006–The shortened FoodEx-LTC–États-Unis [26]	X		Questionnaire auto-administré ou entrevue	Fiable	Centre d'hébergement de soins de longue durée	Usager	n = 28, Échelle « Vrai–Faux » sur 4 points	1- Apprécier la nourriture et le service 2- Exercer un choix de menu 3- Fournir un service client adéquat (p. ex : aide à l'alimentation) 4- Cuisiner de bons repas : compétences du personnel du service alimentaire	Qualité perçue par les usagers : 12/19	– Fiabilité : Basé sur un questionnaire validé – Score élevé de qualité perçue par les usagers – Généalogie : Le plus récent de la famille d'outils – Faisabilité : Court

Tableau 2 (Continued)

Outils (Auteur, Année – Nom – Pays)	Qualité perçue par les usagers évaluée	Qualité objective des menus servis évaluée	Type d'outil	Fiabilité scientifique	Type d'établissement	Type de répondant	Nombre de questions et échelle	Aspects évalués	Score(s) issu(s) du cadre d'analyse ^a	Justification
Wright 2010–Resident Foodservice Satisfaction Questionnaire–Australie (27)	X		Questionnaire auto-administré	Fiable	Centre d'hébergement de soins de longue durée	Usager	$n = 37$, Échelle « Toujours–Jamais » sur 5 points	1- Faim et quantité de nourriture servie 2- Personnel et service 3- Autonomie (p. ex : choix du menu) 4- Qualité des aliments et plaisir + 8 autres facteurs : environnement physique, aspects socioculturels, contraintes individuelles	Qualité perçue par les usagers : 11/19	– Fiabilité : Basé sur un questionnaire validé – Score élevé de qualité perçue par les usagers, outil complet – Faisabilité : Questions courtes et simples selon une échelle offrant précision, nuance et sensibilité aux changements – Potentiel d'adaptation : A été adapté pour le contexte de longue durée
Banks 2017–Meal Quality Audit Tool–Australie [10]	X	X	Questionnaire auto-administré	Fiable	Centre hospitalier	3 membres des équipes du service alimentaire et des soins	$n =$ dépend du nombre d'items au menu, Échelle sur 4-5 points	1- Apparence du plateau 2- Températures objectivées 3- Adéquation : ustensiles, aliments, portions, texture comme prévu 4- Évaluation sensorielle : arômes, température, apparence, goût et texture	Qualité perçue par les usagers : 4/19 Qualité objective des menus servis : 1/6	– Fiabilité : Fiable – Faisabilité : Court et format différent des autres outils sélectionnés (p. ex : utilisation d'un plateau test)

Tableau 2 (Continued)

Outils (Auteur, Année – Nom – Pays)	Qualité perçue par les usagers évaluée	Qualité objective des menus servis évaluée	Type d'outil	Fiabilité scientifique	Type d'établissement	Type de répondant	Nombre de questions et échelle	Aspects évalués	Score(s) issu(s) du cadre d'analyse ^a	Justification
Carrier 2007–Questionnaire destiné au gestionnaire du service alimentaire–Canada [11]		X	Questionnaire auto-administré	Inconnue	Centre d'hébergement de soins de longue durée	Gestionnaire du service alimentaire ou nutritionniste	n = 25, Échelles diversifiées	1- Menu : longueur du cycle, menu saisonnier, choix de menu, distinction selon le type de résidents 2- Production alimentaire : provenance des aliments, préparation des mets, aliments réfrigérés/congelés 3- Distribution alimentaire : type de liaison, livraison aux résidents	Qualité objective des menus servis : 3/6	– Score élevé de qualité objective des menus servis – Faisabilité : Questions fermées facilitant l'utilisation – Potentiel d'adaptation : Seul outil répertorié en langue française
British Columbia Ministry of Health 2008–Menu Audit–Canada [12]		X	Liste de contrôle (checklist)	Inconnue	Centre d'hébergement de soins de longue durée	Gestionnaire du service alimentaire ou nutritionniste	n = 14 (partie B), Échelle oui-non	1- Portions du Guide alimentaire canadien 2007 [27]) 2- Critères du Guide alimentaire canadien 2007 [27] 3- Préférences et besoins des résidents	Qualité objective des menus servis : 5/6	– Liste à cocher ayant le score de qualité objective des menus servis le plus élevé, outil très complet (cinq indicateurs essentiels sur les caractéristiques des menus) – Faisabilité : Simple, court et rapide à compléter – Potentiel d'adaptation : Adaptable au contexte québécois et à la version 2019 du Guide alimentaire canadien [28]

^a Voir section *Outils priorités* des Résultats.

et de distribution de services alimentaires en établissements de santé. À noter qu'au Québec, le terme nutritionniste est un titre professionnel réservé aux membres de l'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec [29]. Le deuxième groupe était, quant à lui, composé de nutritionnistes et de fonctionnaires travaillant pour le MSSS, pour le MAPAQ, pour une organisation mandatée par un ministère ou encore pour des organisations de santé publique. Ainsi, les deux groupes représentaient la division de la gouvernance du système de santé québécois, soit le MSSS et ses partenaires d'une part, et les établissements de santé d'autre part. Les participants provenaient principalement de régions urbaines du Québec.

Collecte des retours des utilisateurs potentiels

Deux groupes de discussion virtuels, d'une durée de 1h30 chacun, ont été tenus en avril 2021. Le [Tableau 3](#) présente les principales forces et limites de chaque outil, soulevées par les participants lors des groupes de discussion. En résumé, les participants ont spontanément dégagé davantage de limites ($n=83$ mentions de limites) que de forces ($n=28$ mentions de forces) pour les six outils présentés.

Pour les outils évaluant la qualité perçue par les usagers, la principale limite identifiée était leur difficulté de complétion en raison de leur lourdeur, leur longueur et leur complexité. Un gestionnaire de service alimentaire commente d'ailleurs : « *Oui en fait je rajouterais aussi sur l'aspect lourdeur là, c'est que ça demande quand même une bonne capacité de concentration quand on pense que l'échelle de cotation change d'une section à l'autre.* » (#02—Gestionnaire)

Pour les outils évaluant la qualité objective des menus servis, le manque d'information sur la qualité des aliments offerts a été la limite la plus souvent rapportée par les utilisateurs potentiels. Par exemple, l'absence de la valeur nutritive est soulevée par un partenaire gouvernemental : « *Puis euh, ça permet pas non plus d'apprécier la présence de, d'aliments de faible valeur nutritive. Euh, on, on a beaucoup les quatre groupes alimentaires, mais on n'a pas les autres aliments si on veut. Pis ça permet pas non plus d'apprécier la qualité des boissons qui sont offertes. Donc euh, l'eau, le lait, boissons sucrées, jus, on a aucune idée là-dessus.* » (#03—Partenaire gouvernemental).

Du côté des forces, l'outil de Barrington et al. [25] a suscité le plus d'intérêt au sein des groupes de discussion. Cet outil s'est démarqué par l'évaluation du contexte entourant l'utilisateur, notamment s'il est dérangé durant ses repas, comme le mentionne un participant du groupe des gestionnaires de services alimentaires : « *Nous en tout cas ici on a beaucoup d'exams, on a des étages que, souvent c'est sur l'heure du midi donc des patients qui se font constamment déranger ou souvent des fois c'est le midi, ben le repas c'est là que le patient va être à sa chambre donc y'en a qui prennent cette opportunité-là pour aller visiter les patients, soit des médecins, différents intervenants. Donc c'est sûr que ça l'a un, impact là sur ce qui mange, est-ce qu'il va manger froid, etc.* » (#04—Gestionnaire).

Néanmoins, les participants des deux groupes ont fait valoir qu'aucun des outils présentés ne répond entièrement aux besoins des établissements de santé du Québec. En l'absence d'un outil adéquat parmi les six outils évalués, les

participants ont soulevé le besoin de développer un nouvel outil répondant mieux à leurs réalités et attentes.

L'outil idéal

La dernière partie des groupes de discussion portait sur l'outil d'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire idéal, selon les participants. Comme le montrent les nuages de mots faits à partir des transcriptions de chaque groupe ([Fig. 2](#)), les préoccupations saillantes de chaque groupe d'utilisateurs potentiels étaient différentes.

Les partenaires gouvernementaux ont davantage mis de l'avant le contenu d'un tel outil en lien avec l'évaluation de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire. Selon eux, une telle évaluation devrait être réalisée annuellement afin de suivre son évolution dans le temps. La valeur nutritive en termes de nutriments à limiter (p. ex. sodium) ou à augmenter (p. ex. : fibres alimentaires), ainsi que les concepts de variété, de quantité (p. ex. : grosseur des portions) et de provenance des aliments (p. ex. : produits localement) sont des priorités. Les gestionnaires de services alimentaires ont, pour leur part, mis de l'avant la satisfaction et la perception des patients. Pour ceux-ci, une évaluation de la qualité de l'offre alimentaire devrait être effectuée sur une base régulière, dans un souci d'amélioration continue.

Les deux groupes ont par ailleurs soulevé une préoccupation quant à la réduction du gaspillage alimentaire, même si cet aspect n'est pas ressorti dans les nuages de mots de chaque groupe de discussion. Selon les partenaires gouvernementaux et les gestionnaires de services alimentaires, un indicateur sur le gaspillage alimentaire devrait faire partie de l'outil idéal, puisqu'il s'agit d'un enjeu majeur des services alimentaires des établissements de santé du Québec.

Discussion

La qualité de l'offre alimentaire des établissements de santé est déterminante pour la santé des usagers, il est donc primordial de bien l'évaluer. Actuellement, l'évaluation et le suivi de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements de santé n'est pas faite de manière systématique ni harmonisée au Québec. Dans ce contexte, l'objectif de cette étude était d'identifier des outils existants qui pourraient être utilisés à cette fin et de récolter les retours d'utilisateurs potentiels sur ceux-ci. Six outils semblant être les plus adaptés aux établissements de santé québécois ont été identifiés selon des critères préétablis. La présentation de ces outils à un échantillon composé de gestionnaires de services alimentaires et de partenaires gouvernementaux a permis de constater qu'aucun des outils identifiés dans la littérature ne correspond parfaitement aux réalités et aux besoins du système de santé québécois. Enfin, il a été intéressant de constater que le volet portant sur l'évaluation de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire était le plus important pour les partenaires gouvernementaux, alors que la satisfaction des usagers était prioritaire pour les gestionnaires de services alimentaires.

Le processus de sélection des outils les plus pertinents pour le contexte québécois parmi ceux précédemment identifiés dans la littérature par Bélanger et al. [9] a mené au

Tableau 3 Principales forces et limites des six outils présentés, selon les participants des groupes de discussion.

Auteur, Année de l'outil	Qualité perçue par les usagers évaluée	Qualité objective des menus servis évaluée	Forces (Minimum $n = 1$ référence ^a)	Limites (Minimum $n = 3$ références ^a)
Barrington, 2018 [25]	X		–Évaluation du contexte entourant l'utilisateur ($n = 4$; 3) (p. ex. : impact de la maladie et des traitements sur l'appétit)	–Trop lourd et complexe pour les usagers ($n = 4$; 3) –Évaluation trop générale ($n = 4$; 0) : manque de précision afin d'identifier les mets problématiques
Crogan, 2006 [26]	X		N/A	–Trop lourd et trop complexe pour les usagers ($n = 3$; 0)
Wright, 2010 [30]	X		–Technicalités intéressantes ($n = 2$; 0) : échelle graduée plus sensible, possibilité d'encercler les réponses –Sections pertinentes ($n = 0$; 1) : faim et quantité, qualité des aliments et plaisir	–Trop lourd et long pour les usagers ($n = 10$; 5) : visuellement étourdissant
Banks, 2017 [10]	X	X	–Évaluation pertinente d'un plateau test « à l'insu » ($n = 2$; 0) –Évaluation possible d'un même menu dans différents établissements ($n = 2$; 0) –Évaluation pertinente de l'adéquation entre le menu prévu et le menu reçu ($n = 0$; 1) –Évaluation pertinente de l'apparence du plateau ($n = 0$; 1)	–Évaluation non-représentative ($n = 7$; 2) : un seul repas évalué, vue d'ensemble absente –Évaluation sensorielle par l'équipe peu pertinente ($n = 5$; 2) : appréciation des usagers à favoriser, exigeant pour le personnel
Carrier, 2007 [11]		X	–Portrait et historique de l'évolution du service alimentaire considérés ($n = 5$; 0) –Évaluation pertinente du processus ($n = 0$; 2) : production, distribution	–Informations manquantes sur la qualité des aliments offerts ($n = 2$; 1) –Distinctions superflues entre les usagers lucides et non-lucides ($n = 3$; 0)
British Columbia Ministry of Health, 2008 [12]		X	–Évaluation possible du menu d'un seul usager ($n = 1$; 0) : qualité nutritionnelle selon les choix individuels	–Informations manquantes sur la qualité des aliments offerts ($n = 4$; 5) : valeur nutritive, fraîcheur, apparence, variété –Désuet ($n = 2$; 2) : non-adapté aux repères nutritionnels et au plus récent Guide alimentaire canadien [16]

^a Une référence se rapporte à un extrait codé dans les groupes de discussions (n = gestionnaires de services alimentaires ; partenaires gouvernementaux).

développement d'un cadre d'analyse novateur. En effet, celui-ci considère non seulement la définition complète de la qualité de l'offre alimentaire développée par l'Observatoire [18] sur la base d'un examen de la portée réalisé par Loignon

et al. [31], mais il tient aussi compte de l'expérience pratique et des besoins de gestionnaires de services alimentaires et de partenaires gouvernementaux du Québec. Il est intéressant de noter qu'une approche incluant également

contribuant à l'organisation et la préparation des repas dans les établissements de santé, comme les questionnaires de services alimentaires. À ce sujet, Trinca et al. [35] ont réalisé une étude visant à mieux comprendre la vision du personnel de services alimentaires hospitaliers sur ce qui caractérise une offre alimentaire de qualité en Ontario (Canada). Au terme de cette étude, le respect des attentes des patients est également ressorti comme une préoccupation saillante dans la caractérisation d'une offre alimentaire de qualité [35].

Il est également intéressant de noter que la réduction du gaspillage alimentaire a été identifiée comme une préoccupation importante pour les deux groupes de discussion. Cette observation n'est en rien surprenante, puisque le gaspillage alimentaire est un problème d'envergure dans les établissements de santé au Canada. Selon un rapport de Gooch et Felfel [36], la nourriture gaspillée dans les hôpitaux canadiens s'élevait à une valeur d'environ 45 millions de dollars canadiens en 2010. Du côté de l'Australie, la qualité de la nourriture servie en hôpitaux a été identifiée comme un facteur clé pour contrer le gaspillage alimentaire [37]. En ce sens, la qualité de l'offre alimentaire et le gaspillage alimentaire dans les établissements de santé pourraient être interreliés, faisant du gaspillage un incontournable dans l'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire.

Cette étude comporte quelques limites qui doivent être soulignées. D'abord, la fiabilité scientifique, sur laquelle la priorisation des outils s'est basée, a été évaluée selon les informations disponibles dans les publications incluses dans la revue systématique de Bélanger et al. [9]. Ainsi, il est possible que certains outils pertinents pour le contexte québécois n'aient pas été considérés puisque l'information qui aurait permis d'évaluer leur fiabilité était indisponible ou incomplète. De plus, cette étude de nature exploratoire a été menée auprès d'un échantillon limité d'utilisateurs potentiels, provenant principalement de régions urbaines du Québec. Les opinions recueillies ne reflètent donc pas la réalité de tous les établissements de santé au Québec. Il est tout de même important de soulever la nature innovante, inclusive et intégratrice de l'étude. En effet, une démarche participative a été utilisée, impliquant des experts provenant de différents corps professionnels du début (identification des indicateurs essentiels) à la fin (groupes de discussions explorant l'applicabilité des outils), d'autant plus que les experts consultés appartenaient aux deux groupes décisionnels du système de santé québécois. Enfin, une méthodologie qualitative rigoureuse a été employée pour répondre à la question de recherche.

Conclusion

Cette étude exploratoire a mis en lumière le défi de passer d'une approche de l'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire spécifique à un établissement vers une approche standardisée permettant de dresser un portrait multidimensionnel de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements de santé à plus grande échelle. En effet, aucun outil d'évaluation actuellement disponible ne semble répondre aux besoins rapportés par les utilisateurs potentiels consultés et ce, malgré le nombre important d'outils

répertoriés à l'échelle mondiale. En ce sens, le développement et la validation d'un nouvel outil d'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire devrait être envisagé afin de bien répondre aux besoins des établissements de santé du Québec. Pour répondre à ces besoins, l'outil à développer devra permettre l'évaluation et le suivi de la qualité de l'offre alimentaire dans sa globalité et être informatisé, standardisé, simple et modulable aux réalités des établissements de soins de courte et de longue durée au Québec.

Remerciements

Les autrices remercient le comité de gestionnaires de services alimentaires des établissements de santé des régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches, les partenaires gouvernementaux et les participants aux groupes de discussion pour leur précieuse collaboration. Elles remercient aussi Laurélie Trudel et Véronique Provencher pour leur collaboration dans la gestion de ce projet. Cette publication rend compte des travaux rendus possibles grâce à la participation financière du MSSS, du MAPAQ et de l'INAF de l'Université Laval (Programme d'appui à la recherche et à la formation—Projets pilotes).

Déclaration de liens d'intérêts

Les autrices déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

supplément en ligne. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2023.02.001>.

References

- [1] Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003;22(3):235–9, [http://dx.doi.org/10.1016/s0261-5614\(02\)00215-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0261-5614(02)00215-7) [Epub 2003/05/27. PubMed PMID: 12765661].
- [2] Curtis LJ, Bernier P, Jeejeebhoy K, Allard J, Duerksen D, Gramlich L, et al. Costs of hospital malnutrition. *Clin Nutr* 2017;36(5):1391–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.009> [Epub 2016/10/22. PubMed PMID: 27765524].
- [3] Allard JP, Keller H, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, Gramlich L, et al. Malnutrition at hospital admission-contributors and effect on length of stay: a prospective cohort study from the canadian malnutrition task force. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2016;40(4):487–97, <http://dx.doi.org/10.1177/0148607114567902> [Epub 2015/01/28. PubMed PMID: 25623481].
- [4] Keller H, Vuca V, Slaughter SE, Jager-Wittenaar H, Lengyel C, Ottery FD, et al. Prevalence of malnutrition or risk in residents in long term care: comparison of four tools. *J Nutr Gerontol Geriatr* 2019;38(4):329–44,

- <http://dx.doi.org/10.1080/21551197.2019.1640165> [Epub 2019/07/25 PubMed PMID: 31335280].
- [5] Jeong J, Seo S. Importance of satisfaction with food for older adults' quality of life. *Br Food J* 2014;116(8):1276–90, <http://dx.doi.org/10.1108/BFJ-01-2013-0019>.
- [6] Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Les établissements de santé de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches unissent leur force pour améliorer l'offre alimentaire à la clientèle 2016 [cited 2022 28 novembre]. Available from: <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/actualites/offre-alimentaire.ciusscn-ciussca>.
- [7] Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé; 2022.
- [8] Comité d'orientation. Établissement de cibles de reformulation des aliments transformés et suivi des progrès de la qualité nutritive des aliments vendus au Québec; 2019. p. 6.
- [9] Bélanger P, Brisson M-P, Lachance A, Turcotte M, Saulais L, Morisset A-S, et al. Tools assessing the quality of the food supplied in short- and long-term healthcare facilities in developed countries: a systematic review. *Measurement: Food* 2023(9):100070, <http://dx.doi.org/10.1016/j.meafoo.2022.100070>.
- [10] Banks M, Hannan-Jones M, Ross L, Buckley A, Ellick J, Young A. Measuring the quality of Hospital Food Services: development and reliability of a meal quality audit tool. *Nutr Diet* 2017;74(2):147–57, <http://dx.doi.org/10.1111/1747-0080.12341> [Epub 2017/07/22. PubMed PMID: 28731634].
- [11] Carrier N, Ouellet D, West GE. Nursing home food services linked with risk of malnutrition. *Can J Diet Pract Res* 2007;68(1):14–20, <http://dx.doi.org/10.3148/68.1.2007.14> [Epub 2007/03/10. PubMed PMID:17346371].
- [12] BC Ministry of Health Services. Audits and more: a nutrition and food service audit manual for adult residential care facilities with 25 or more persons in care; 2008.
- [13] Capra S, Wright O, Sardie M, Bauer J, Askew D. The acute hospital foodservice patient satisfaction questionnaire: the development of a valid and reliable tool to measure patient satisfaction with acute care hospital foodservices. *Foodservice Res Int* 2005;16(1–2):1–14.
- [14] Allard JP, Keller H, Teterina A, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, et al. Factors associated with nutritional decline in hospitalised medical and surgical patients admitted for 7 d or more: a prospective cohort study. *Br J Nutr* 2015;114(10):1612–22, <http://dx.doi.org/10.1017/s0007114515003244> [Epub 2015/09/16. PubMed PMID: 26369948].
- [15] Crogan NL, Evans B, Velasquez D. Measuring nursing home resident satisfaction with food and food service: initial testing of the FoodEx-LTC. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59(4):370–7, <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/59.4.m370> [Epub 2004/04/09 PubMed PMID: 15071081].
- [16] Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. Devis d'évaluation de la satisfaction des repas du menu harmonisé dans les CH et CHSLD. In: Direction de la qualité de l'évaluation de la performance et de l'éthique editor. Sainte-Marie: Editor; 2017.
- [17] Glasgow RE, Riley WT. Pragmatic measures: what they are and why we need them. *Am J Prevent Med* 2013;45(2):237–43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2013.03.010> [Epub 2013/07/23. PubMed PMID: 23867032].
- [18] Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire. Définition - Qualité de l'offre alimentaire 2019 [cited 2021 22 novembre]. Available from: <https://offrealimentaire.ca/wp-content/uploads/Definition-Observatoire-19-6.pdf>.
- [19] Ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation. Stratégie nationale d'achat d'aliments québécois - Pour une alimentation locale dans les institutions publiques; 2020.
- [20] Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. SAGE Publications; 1990.
- [21] Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. SAGE Publications; 2009.
- [22] Bazeley P. *Qualitative Data Analysis with NVivo*. SAGE Publications; 2007.
- [23] QSR International Pty Ltd. *NVivo (Version 10)*; 2014.
- [24] Boyatzis RE. *Transforming qualitative information: thematic analysis and code development*. SAGE Publications; 1998.
- [25] Barrington V, Maunder K, Kelaart A. Engaging the patient: improving dietary intake and meal experience through bedside terminal meal ordering for oncology patients. *J Hum Nutr Diet* 2018;31(6):803–9, <http://dx.doi.org/10.1111/jhn.12573> [Epub 2018/07/03 PubMed PMID: 29963727].
- [26] Crogan NL, Evans BC. The shortened food expectations-Long-term care questionnaire: Assessing nursing home residents' satisfaction with food and food service. *J Gerontol Nurs* 2006;32(11):50–9, <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20061101-08> [Epub 2006/11/23 PubMed PMID: 17112138].
- [27] Santé Canada. *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*; 2007.
- [28] Health Canada. *Canada's Food Guide*; 2019.
- [29] Ordre des diététistes nutritionnistes du Québec. Qu'est-ce qu'une diététiste-nutritionniste ? [8 déc 2022]. Available from: <https://odnq.org/grand-public/quest-ce-quune-dietetiste-nutritionniste/>.
- [30] Wright OR, Capra S, Connelly LB. Foodservice satisfaction domains in geriatrics, rehabilitation and aged care. *J Nutr Health Aging* 2010;14(9):775–80, <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-010-0123-9> [Epub 2010/11/19 PubMed PMID: 21085909].
- [31] Loignon J. *Les critères de la qualité de l'offre alimentaire: un examen de la portée [Mémoire de maîtrise]*. Université Laval; 2018.
- [32] Trinca V, Iraniparast M, Morrison-Koechl J, Duizer L, Keller H. Hospital Food Experience Questionnaire (HFEQ): Reliable, valid and predicts food intake in adult patients. *Clin Nutr* 2021;40(6):4011–21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2021.04.041> [Epub 2021/06/19 PubMed PMID: 34144411].
- [33] Naithani S, Thomas JE, Whelan K, Morgan M, Gulliford MC. Experiences of food access in hospital. A new questionnaire measure. *Clin Nutr* 2009;28(6):625–30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2009.04.020>.
- [34] Trinca VM, Duizer LP, Heather Keller Rd FDC. The hospital food experience questionnaire predicts adult patient food intake. *Can J Diet Pract Res* 2022:1–11, <http://dx.doi.org/10.3148/cjdr-2022-024> [Epub 2022/11/23. PubMed PMID: 36412505].
- [35] Trinca V, Duizer L, Paré S, Keller H. Investigating the patient food experience: Understanding hospital staffs' perspectives on what leads to quality food provision in Ontario hospitals. *J Hum Nutr Diet* 2022;35(5):980–94, <http://dx.doi.org/10.1111/jhn.12964> [Epub 2021/11/18. PubMed PMID: 34786772].
- [36] Gooch MV, Felfel A. \$27 Billion'' Revisited. *The cost of Canada's annual food waste*; 2014.
- [37] Porter J, Collins J. A qualitative study exploring hospital food waste from the patient perspective. *J Nutr Educ Behav* 2021;53(5):410–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2020.10.008> [Epub 2021/02/03. PubMed PMID: 33526388].