



Consultation publique du Commissaire à la santé et au bien-être
Panier de services assurés en santé et en services sociaux
Commentaires
de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

Janvier 2016

Ordre professionnel des diététistes du Québec
550, rue Sherbrooke Ouest, tour Ouest, bureau 1855, Montréal (Québec) H3A 1B9
Tél. : 514 393-3733 • Sans frais : 1 888 393-8528 • Téléc. : 514 393-3582
opdq@opdq.org • www.opdq.org



La mission de l'Ordre est de valoriser l'importance de la nutrition, de la saine alimentation et des soins nutritionnels pour la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé humaine.

À cette fin, l'Ordre privilégie des interventions de qualité optimale de la part de ses membres, et ce, en fonction des divers besoins de la population québécoise. Ce faisant, l'Ordre contribue à la protection du public et contrôle la qualité de l'acte professionnel tout en favorisant la promotion, le développement et la reconnaissance des compétences de ses membres.

Nous tenons à remercier, pour leur précieuse collaboration à la rédaction des commentaires de l'OPDQ en réponse à la consultation du Commissaire à la santé et au bien-être, les personnes suivantes:

L'ensemble des membres des comités aviseurs sectoriels en nutrition clinique, nutrition en santé publique, nutrition en agroalimentaire et biopharmaceutique, gestion des services d'alimentation.

Les membres de la permanence de l'Ordre :

Mme Paule Bernier, Dt.P., M. Sc., présidente de l'OPDQ

Mme Joanie Bouchard, Dt.P., M. Sc. (c), directrice aux affaires professionnelles, OPDQ

Me Annie Chapados, directrice générale et secrétaire, OPDQ

Mme Marie-Noël Geoffrion, Dt.P., conseillère principale, affaires scientifiques, OPDQ

Mme Marie-Ève Guérette St-Amour, Dt.P., M. Sc., nutritionniste aux affaires professionnelles et à la formation continue, OPDQ

Me Sarah Thibodeau, conseillère principale, affaires juridiques, OPDQ

Table des matières

INTRODUCTION.....	4
CHAPITRE I – PRÉOCCUPATIONS ET ENJEUX EN REGARD DU PANIER DE SERVICES ASSURÉS	6
CHAPITRE II – PERTINENCE, IMPORTANCE RELATIVE ET ENJEUX SOULEVÉS PAR L'UTILISATION DES CRITÈRES.....	10
CHAPITRE III – RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS.....	14
CONCLUSION	16

Introduction

À l'automne 2015, le Commissaire à la santé et au bien-être a choisi de mener des travaux sur le panier de services assurés en santé et en services sociaux au Québec, soit les soins et services qui sont couverts par l'État, par le biais de diverses consultations. Tel que la loi l'indique, « le Commissaire est responsable d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux et de fournir à la population les éléments nécessaires à une compréhension globale des actions entreprises par le gouvernement, eu égard aux grands enjeux dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il exerce ces responsabilités notamment en regard de la qualité, de l'accessibilité, de l'intégration, de l'assurabilité et du financement des services, des déterminants de la santé et du bien-être, des aspects éthiques liés à la santé et au bien-être, des médicaments et des technologies ».

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec (ci-après « OPDQ ») est interpellé par cette consultation publique du Commissaire à la santé et au bien-être portant sur le panier de services assurés, dans le cadre de son rôle et mandat unique. L'OPDQ a pour mission de valoriser l'importance de la nutrition, de la saine alimentation et des soins nutritionnels pour la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé humaine. À cette fin, l'Ordre privilégie des interventions de qualité optimale de la part de ses membres, et ce, en fonction des divers besoins nutritionnels de la population québécoise. Ce faisant, l'Ordre contribue à la protection du public et contrôle la qualité de l'acte professionnel tout en favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de ses membres.

La science nutritionnelle est reconnue et fait l'objet d'une multitude de projets de recherche et de publications, et bien qu'elle soit en constante évolution, ses liens avec la santé ne sont plus à démontrer. En effet, la nutrition (qui s'exprime par l'alimentation) est une discipline qui sous-tend tous les aspects de la vie, de la préconception aux soins de fin de vie. S'alimenter est un acte quotidien, un acte social et un acte vital, un pilier de la qualité de vie grâce auquel les gains en capitaux monétaires et les impacts sur la santé peuvent être significatifs. La nutrition est un facteur déterminant de la santé physique et mentale et du bien-être en général. Elle est aussi un élément essentiel du succès des traitements médicaux, chirurgicaux, pharmacologiques et oncologiques. Son importance est mesurable tant sur une base populationnelle, au niveau de la prévention et du maintien de la santé dans les différentes communautés et populations (santé publique), que sur une base individuelle en milieu hospitalier ou, pour plusieurs patients, en milieu ambulatoire (soins curatifs ou de réadaptation). La nutrition fait partie intégrante des traitements requis par la condition de la personne.

Les diététistes/nutritionnistes interviennent dans l'ensemble du continuum de soins. Plus de 80 % des membres de l'OPDQ exercent leur profession dans le domaine de la santé et des services sociaux, et ce, à l'intérieur du réseau public. Leurs secteurs d'intervention, très diversifiés, comprennent, entre autres, la nutrition clinique, la nutrition en santé publique et la gestion des services d'alimentation. Les diététistes/nutritionnistes œuvrent dans tous les milieuxⁱ, incluant les centres hospitaliers de soins de courte durée (CH), les centres

ⁱ Par *milieu*, nous entendons ici indistinctement des établissements (entité administrative), leurs installations (lieux physiques) ou les missions d'un établissement ou d'une installation (CHSLD, CLSC, CPEJ ou CJ, CR et CH)

locaux de services communautaires (CLSC), les centres de réadaptation (CR), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les directions de santé publique, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le Conseil québécois d'agrément (CQA) ainsi que dans plusieurs ministères. Les diététistes/nutritionnistes fournissent des soins de proximité à la population québécoise, agissent comme maîtres de stages et enseignent la discipline de la nutrition à de futurs professionnels de la santé, dont les médecins. Finalement, par leurs activités de recherche et d'évaluation, les diététistes/nutritionnistes contribuent au développement de nouvelles connaissances et ainsi à l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes, cela, indépendamment de leur secteur d'activités.

Le présent mémoire sera structuré en trois chapitres portant sur les aspects particuliers sur lesquels le Commissaire souhaite recevoir des commentaires : les préoccupations et enjeux au regard du panier de services assurés, plus particulièrement sur son contenu et les processus de décision y étant liés; la pertinence, l'importance relative et les enjeux soulevés par l'utilisation des critères proposés au tableau et enfin des propositions et recommandations concernant les critères décisionnels et le panier de services assurés.

Chapitre I – Préoccupations et enjeux en regard du panier de services assurés

A. Les processus de prise de décision liés au panier de services assurés québécois

Définition et méthodologie utilisée dans la consultation menée par le Commissaire

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), les services assurés au Québec sont ceux considérés comme requis par la condition de la personne, sans que la notion du « socialement requis » soit pleinement encadrée. Cette définition est également précisée par le Commissaire dans son document de consultation : « Le panier de services inclut tant des soins et services de santé que des services sociaux. Les services de santé assurés sont en grande partie hospitaliers et médicaux, c'est-à-dire ceux qui sont considérés comme « médicalement requis », qu'ils soient liés à la prévention, au diagnostic ou au traitement (de maladies, blessures, incapacités ou autres). Ils doivent répondre aux normes médicales et sont donnés soit sur une base individuelle, soit sur une base populationnelle (santé publique), en milieu hospitalier ou, pour plusieurs, en milieu ambulatoire ». Cette définition nous invite, en tant qu'organisme le mieux à même de connaître les besoins de la population en cette matière, à soumettre au Commissaire une vue d'ensemble des services intéressant l'OPDQ, soit les services en nutrition, dont la population peut s'attendre à bénéficier. Par ailleurs, aucune liste ne semble être disponible publiquement. Nous croyons qu'il est difficile de formuler des suggestions et recommandations pertinentes dans ce contexte. Une telle liste, sans qu'elle soit exhaustive, pourrait grandement aider la population à faire connaître ses préoccupations, préférences, valeurs et attentes et permettre ainsi aux instances gouvernementales de mieux les considérer dans leurs décisions subséquentes.

Pour la première étape de consultation, afin de connaître l'opinion du public sur ses préoccupations, ses valeurs, les principes et les critères qui pourraient guider les choix futurs en matière de soins et services assurés au Québec, un sondage a été mené auprès de 1 850 citoyens du Québec âgés de 18 ans et plus. L'OPDQ accueille positivement une telle démarche et les objectifs qui la sous-tendent. Les questions du sondage sont publiées sur le site web du Commissaire, mais nous n'avons malheureusement pas eu accès aux résultats, pour le moment. Nous serions intéressés à connaître, notamment, la distribution de l'échantillon selon les différents critères sociodémographiques. Une distribution similaire à celle de la population d'origine semble souhaitable, sans quoi nous croyons que l'analyse et l'utilisation des résultats du sondage pourraient être soumises à des limites importantes.

Contenu du panier de services assurés et accès aux soins

Au Canada, en 2015, plus de 60 % du total des dépenses de santé fut alloué aux hôpitaux, aux médicaments et aux médecins contrairement à 1,8% pour les autres professionnels de la santé et 5% pour la santé publique¹. Au Québec, comme au Canada, près de 71 % des services de santé sont financés par le secteur public et quelque 29 %, par le secteur privé². L'OPDQ constate qu'une partie des soins nutritionnels est incluse dans ce panier de services assurés, principalement par les services rendus aux populations, par le biais de la santé publique, et aux individus, par le biais de la nutrition clinique en établissements.

Cependant, une grande partie des services rendus en milieu ambulatoire ne sont pas inclus systématiquement.

Concernant les services de nutrition en santé publique, l'Ordre souhaite attirer l'attention du Commissaire sur le fait que, compte tenu de la structure organisationnelle en santé publique, l'accès à l'expertise et aux compétences des diététistes/nutritionnistes en santé publique est parfois compromis. En effet, les exigences pour accéder aux postes n'incluent pas toujours l'appartenance à l'OPDQ. Ainsi, différents professionnels peuvent y être nommés. Or, l'application et le déploiement de plusieurs initiatives nationales, régionales et locales actuellement en cours en santé publique nécessitent, selon nous, l'apport spécifique de diététistes/nutritionnistes. L'accès à des services professionnels qualifiés en nutrition dans tout le continuum et les différents paliers de santé est essentiel pour protéger et optimiser la santé populationnelle et individuelle.

Pour ce qui est des services individuels, principalement de l'évaluation de l'état nutritionnel incluant l'évaluation de la déglutition, la détermination et la mise en œuvre du plan de traitement nutritionnel incluant la voie d'alimentation ainsi que la surveillance de l'état nutritionnel, ils semblent être disponibles pour diverses populations et ce, dans plusieurs types d'établissements (CH, CLSC, CHSLD). Ils rejoignent également une partie des individus dans leurs milieux de vie respectifs. Cependant, à notre connaissance, il existe une variation dans l'étendue des services (accès et type) pour plusieurs secteurs et clientèles en fonction des territoires. Les rapports du Vérificateur général relatifs à une partie des services rendus ont mis en lumière des écarts, notamment en soins à domicile et soins de longue durée : non seulement des services en nutrition n'étaient pas toujours disponibles, mais aussi les temps d'attente étaient parfois très longs et l'accès aux services était compromis, voire impossible. Notons qu'il n'y a pas eu de rapport du Vérificateur général spécifique aux services de nutrition clinique en établissements de courte durée ni en réadaptation et qui aurait pu mettre en lumière d'autres lacunes ou problématiques particulières et importantes. Dans un souci d'accès à des professionnels qualifiés, compétents et en nombre suffisant, l'OPDQ a commencé à recommander des ratios d'effectifs en nutrition clinique. Nous sommes convaincus que l'utilisation optimale de l'expertise des diététistes/nutritionniste, et donc de la science nutritionnelle, contribue à protéger le public et à assurer une meilleure prise en charge des pathologies. Nous constatons cependant que le nombre de diététistes/nutritionnistes travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux semble actuellement en deçà des ratios établis.

D'ailleurs, selon le *Health Council of Canada*, seuls 17% des Canadiens atteints d'une maladie chronique ont accès à d'autres professionnels de la santé que leur médecin de famille, dont les diététistes/nutritionnistes³. Ce chiffre met à nouveau en lumière l'accès limité aux services professionnels et nous paraît faible en comparaison de l'importance des bénéfices potentiels des soins nutritionnels auprès de cette clientèle, dont il sera question au chapitre suivant. Nous croyons qu'une offre de service minimale doit être assurée dans chaque milieu. De plus, d'un point de vue éthique et de protection du public, les inégalités dans l'accès aux soins nutritionnels devraient être considérées judicieusement afin d'être équitables envers la population pour laquelle l'accès aux soins de santé privés n'est pas toujours possible.

L'enjeu de la couverture des services en santé, qu'ils soient publics ou privés, introduit plusieurs problématiques spécifiques en nutrition. En effet, la nutrition est une science en constante évolution dont la popularité est indéniable et qui intéresse beaucoup de gens, que ce soient les professionnels de la santé ou d'autres intervenants n'étant pas régis par le droit professionnel. Toutefois, seule la profession de diététiste/nutritionniste est reconnue par la loi dans le domaine de la nutrition. Mais ce n'est pas une profession à exercice exclusif. Ainsi, d'un point de vue juridique, en dehors des activités réservées à la profession dans des situations déterminées, tout individu peut formuler des conseils, des allégations ou exercer des activités en nutrition auprès de la population. Au Québec, ces individus non qualifiés sont nombreux. L'OPDQ est à même de constater les conséquences désastreuses de conseils nutritionnels inappropriés ou inexacts, voire dangereux, sur la santé des personnes. Nous recevons plusieurs plaintes provenant de la population et de nos membres qui sont amenés à voir en consultation des personnes ayant suivi des conseils nutritionnels inappropriés. De plus, bien que certains Québécois bénéficient d'une assurance privée, les services en nutrition demeurent exclus de la couverture offerte par ces assurances et quand elles les couvrent, ce n'est qu'une petite partie des frais qui est remboursée.

Ce manque d'accès aux services professionnels qualifiés en nutrition est, selon nous, une problématique majeure qui mérite une attention dans le processus décisionnel du panier de services, et ce, considérant les besoins de la population québécoise décrits au chapitre suivant. Nous sommes d'avis qu'inclure les services en nutrition dans le panier de services assurés, et ce, en quantité suffisante, permettrait d'éviter des préjudices. Ce serait aussi une bonne manière de contribuer au maintien de l'état nutritionnel optimal des citoyens, en diminuant les risques de carence et de malnutrition. Enfin, la nécessaire prise en charge des patients atteints de maladies chroniques serait significativement plus efficace.

Une autre problématique est celle des produits et suppléments nutritionnels. Si la majorité des médicaments sont couverts dans les services de santé, il en est tout autrement pour les formules nutritives et les suppléments de vitamines et minéraux. L'intervention en nutrition vise à mettre en place une stratégie pour maintenir ou rétablir la santé, et ainsi, le recours à des suppléments nutritionnels sécuritaires et appropriés à la condition de l'individu peut être indiqué. Les carences ou déficiences nutritionnelles mènent à la malnutrition et fragilisent la santé des populations, surtout celle des populations vulnérables (enfants, femmes enceintes, personnes âgées, personnes immunosupprimées) en plus d'être à l'origine de plusieurs complications médicales et chirurgicales coûteuses pour le système de santé. Citons notamment les infections du site opératoire, les chutes, les infections nosocomiales ou acquises dans la communauté.

Enfin, combler ses besoins nutritionnels peut être complexe. Dans plusieurs cas, le soutien nutritionnel par voie entérale est nécessaire et comble 100% des besoins nutritionnels d'un individu, et ce, même au domicile, en dehors des établissements de santé. La fidélité à ce type de plan de traitement est généralement bonne malgré que les services des diététistes/nutritionnistes ne soient pas accessibles universellement et que les suivis nécessaires soient quelques fois inexistantes. Par ailleurs, chez les patients qui s'alimentent par la bouche, divers facteurs peuvent entraver la prise alimentaire adéquate. En effet, la précarité financière, l'accès à des aliments sains et équilibrés, la capacité ou l'autonomie à se préparer un repas et à s'alimenter sont tous des facteurs qui affectent la prise

alimentaire. De plus, selon le milieu de vie, le tableau clinique et la médication, les besoins nutritionnels varieront, rendant encore plus complexe l'atteinte des objectifs. Pour toutes ces raisons, l'utilisation des suppléments peut être particulièrement utile. Il peut s'agir ici de formules pour nutrition entérale utilisées pour combler l'écart entre les besoins et les apports, ou de substituts de repas. Malheureusement, la fidélité au traitement nutritionnel dans ces situations où la prise de suppléments nutritionnels est recommandée, est généralement faible en raison du coût qui y est lié. Actuellement, le formulaire 8052 « Demande d'autorisation de paiement – Formules nutritives polymériques avec résidus ou restreinte en résidu » prévoit un remboursement des suppléments nutritionnels seulement selon certains critères, par exemple lorsque ces derniers représentent plus de 50% de l'apport calorique quotidien. Ainsi, plusieurs patients n'ont pas accès à un remboursement de leurs suppléments alors que, dans le contexte du plan de traitement nutritionnel, il s'agit d'une composante aussi importante qu'un médicament. Nous ne saurions répéter suffisamment les impacts de la malnutrition sur le système de santé (augmentation des risques de chutes, augmentation des hospitalisations et de la durée de séjour, delirium, augmentation des infections nosocomiales, diminution de l'efficacité de plusieurs médicaments, etc.).

Chapitre II – Pertinence, importance relative et enjeux soulevés par l'utilisation des critères

L'acte de se nourrir est vital, en plus d'occuper de multiples rôles pour les individus et la population. L'aspect émotif et social rend cet acte personnel, individuel et incomparable d'une personne à l'autre. Les habitudes alimentaires sont le cumul, non seulement, de plusieurs variables, mais aussi de l'évolution d'une personne tout au long de sa vie. Le domaine de la nutrition est très vaste et les données scientifiques probantes existent pour toutes les sphères où la nutrition joue un rôle. Le contexte de cette consultation ne permet pas d'exposer la revue complète de la littérature. Cependant, l'Ordre tient à assurer sa disponibilité à échanger et fournir de la documentation au ministère si ce dernier a des besoins en ce sens.

L'OPDQ appuie la démarche objective de se doter de critères afin de soutenir les décisions prises entourant le panier de services assurés. Un tel processus transparent permet une meilleure compréhension des enjeux qui prédominent dans le réseau de la santé. Dans le cas de la nutrition, l'ensemble des critères proposés est en lien direct. Nous reprenons ainsi les thèmes principaux inclus dans les critères proposés (bénéfices du service, gravité de la maladie, nombre de personnes touchées, importance des coûts, solidité des données scientifiques, etc.) en y présentant les informations essentielles qui pourraient soutenir la prise de décision quant au panier de services assurés par le ministère.

Critères retenus et utilisés pour soutenir la prise de décision

Note : Le texte qui suit a été épuré afin de faciliter la lecture et d'éviter des redondances. Vous constaterez que l'argumentaire rencontre les critères suivants :

- La gravité des maladies ou problèmes de santé liés à la nutrition, le nombre de personnes touchées par la maladie ou le problème ayant un impact nutritionnel ou dont la nutrition constitue un facteur déterminant;
- Les bénéfices supplémentaires des services en nutrition et l'ensemble des bénéfices pour le patient, ses proches et la société;
- La gravité des maladies ou problèmes de santé liés à la nutrition, le nombre de personnes touchées par la maladie ou le problème ayant un impact nutritionnel ou dont la nutrition constitue un facteur déterminant;
- L'urgence du besoin;
- L'ensemble des bénéfices pour le patient, ses proches et la société, l'importance des coûts que l'État devrait assumer et l'importance des coûts du service pour l'État par rapport aux bénéfices qu'il apporte;
- La solidité des données scientifiques.

D'abord, rappelons que le total des dépenses de santé au Canada devait atteindre 219,1 milliards de dollars en 2015; soit une hausse de 1,6 % par rapport à 2014⁴. Environ 60% de ces coûts découle plus spécifiquement des maladies chroniques. Au Québec, parmi les adultes de plus de 20 ans en 2009, 45% de la population présentait deux maladies chroniques et plus, soit 2,7 millions de personnes⁵. Cette proportion est même plus élevée chez les personnes âgées. Selon le portrait de santé des Québécois de 2006, 17% souffrent d'hypertension et 5% ont le diabète⁶. Selon l'institut national de santé publique (INSPQ)⁷, 32,6 % de la population québécoise serait dans la catégorie d'embonpoint (IMC 25-29) et

11,2 % dans la catégorie d'obésité (IMC \geq 30). Selon ce rapport, l'obésité est associée à un excédent important d'utilisation de services de santé et conséquemment, engendre des coûts supplémentaires majeurs qui pourraient être évités par une prise en charge plus efficace. L'obésité est un facteur de risque en soit pour les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et l'hypertension, ce qui augmente leur risque de coexistence et de complications secondaires. À cet effet, l'intervention d'un diététiste/nutritionniste, combiné avec d'autres stratégies touchant les habitudes de vie, permet de réduire le poids et/ou d'améliorer la santé métabolique et les autres symptômes ou facteurs de risques liés à l'obésité^{8a,b,c}. Notons par ailleurs que l'Association pour la santé publique du Québec⁹ publiait, en 2015, un état des lieux des différents produits, services et moyens amaigrissants (PSMA) et relevait leur caractère non seulement inutile mais aussi les dangers liés au fait qu'ils ne sont pas soumis à l'examen de professionnels de la santé détenant une expertise en la matière.

Les principaux facteurs de risque des maladies chroniques sont l'alimentation, le tabac, l'alcool, la tension artérielle, la sédentarité, le cholestérol et l'excédent de poids. Ainsi, 80% des cas de diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires pourraient être évités par l'adoption de saines habitudes de vie, telles qu'une alimentation équilibrée¹⁰. 40 % des cancers seraient aussi attribuables à une mauvaise alimentation, au tabagisme et à la sédentarité. Par ailleurs, une étude a démontré que les services nutritionnels permettraient de réduire de 87% les jours d'invalidité et ainsi d'augmenter la productivité¹¹. Les recherches scientifiques ont démontré, à bien des égards, que la prévention primaire, incluant les soins nutritionnels, permet de réduire considérablement l'incidence des maladies chroniques. D'ailleurs, des données provenant de trois études ont souligné qu'environ 20% des consultations auprès d'un médecin de famille étaient en lien avec une condition dont la nutrition est une composante centrale du traitement^{12a,b,c}.

De plus en plus de données sont disponibles quant à l'efficacité d'une approche interdisciplinaire pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. Cette prise en charge inclut le suivi nutritionnel et a été démontrée comme étant plus efficace et moins coûteuse que la prise en charge uniquement médicale ou pharmaceutique¹³. L'intervention nutritionnelle permet de réduire l'utilisation de médicaments ainsi que de diminuer le nombre d'admissions à l'hôpital et le risque de récurrence d'infarctus, le cas échéant. Les coûts liés à la prévention et la promotion de la santé en lien avec le diabète ont même été évalués comme étant de beaucoup inférieurs à ceux qui doivent être investis dans le traitement pharmaceutique^{14a,b}. Ces retombées économiques ne sont pas négligeables. En effet, selon différents scénarios d'investissement en approche de prévention du *Conference board of Canada*¹⁵, il serait possible de faire des économies de 800\$ millions par année en plus d'améliorer significativement la santé de la population. Parmi les approches de prévention citées dans le document, se trouvent les habitudes alimentaires et d'autres facteurs comportementaux qui y sont liés.

Par ailleurs, les lignes directrices cliniques nationales pour les maladies chroniques (diabète¹⁶, hypertension¹⁷, dyslipidémie¹⁸, obésité¹⁹, etc.), soulignent l'importance de la nutrition dans la prise en charge, la prévention et le traitement de la maladie.

Le vieillissement de la population québécoise, qui se démarque d'ailleurs parmi les provinces canadiennes, est également un facteur important à considérer pour les besoins spécifiques

en soins et services de santé. La proportion des personnes de 65 ans et plus dans la population totale sera d'une personne sur cinq dans moins de dix ans²⁰. Plusieurs études soulignent que l'apport alimentaire, un facteur modifiable, est un des principaux déterminants de l'état nutritionnel et de la qualité de vie de la personne âgée. Un pauvre état nutritionnel peut contribuer à exacerber des limitations fonctionnelles, et les limitations fonctionnelles peuvent contribuer à aggraver l'autonomie et la santé globale des personnes. Le vieillissement normal s'accompagne de plusieurs changements physiques et métaboliques. Ces changements, à eux seuls, peuvent affecter négativement l'état nutritionnel de la personne âgée et avoir un impact significatif sur sa santé et sa trajectoire de soins. La perte de masse musculaire, la diminution de la perception des saveurs et la difficulté à la mastication, liées à des changements bucco-dentaires, par exemple, sont des éléments qui affecteront l'alimentation de la personne âgée.

L'état nutritionnel d'un individu est le bilan entre son apport en éléments nutritifs et les besoins des différents organes, tissus ou cellules de son organisme. La malnutrition se caractérise par un apport insuffisant, excessif ou déséquilibré en calories, en protéines et en d'autres nutriments²¹. Elle a des effets sur les tissus de l'organisme, sur les capacités fonctionnelles et sur la santé en général. De façon plus macroscopique, l'état nutritionnel des individus a également une influence sur leur aptitude au travail et leur performance, sur leur autonomie et ultimement, il façonne le tissu économique et social.

Chez les patients hospitalisés, la malnutrition est souvent compliquée d'affections, d'infections et de maladies aiguës, qui causent de l'inflammation. De telles complications aggravent l'état de dénutrition et il est alors plus difficile de résoudre le problème en raison de changements physiologiques importants et de besoins nutritionnels accrus, en présence d'une diminution de l'appétit²². Les maladies liées à la malnutrition, telles que les infections, les plaies de pression et le delirium, augmentent les coûts hospitaliers jusqu'à 70%²³.

Une étude canadienne récente, incluant le Québec, a révélé que 45% des patients souffrent déjà de dénutrition modérée ou sévère le jour de leur admission en centre hospitalier de soins en courte durée²⁴. Cette étude a révélé que les patients souffrant de malnutrition avaient une durée de séjour significativement plus longue. Ils avaient aussi un taux de réadmission à 30 jours ainsi qu'un taux de mortalité intra hospitalière à 30 jours significativement plus élevé²⁵. L'état nutritionnel se détériore (20%) ou demeure inadéquat (29%) chez les patients admis pour plus de 7 jours, principalement parce que cette dénutrition ne fait pas l'objet d'un dépistage, pourtant simple et systématique²⁶.

Durant une hospitalisation, 23 % seulement des patients ont accès aux services d'une diététiste/nutritionniste²⁷. Et de ce nombre, 44% des consultations étaient demandées pour des raisons autres que la malnutrition. Ainsi, 75% des patients avec dénutrition modérée et 60% des patients avec dénutrition sévère n'ont pas accès aux services d'une diététiste/nutritionniste.

Cela illustre bien une problématique vécue par nos membres sur le terrain, soit le fait que même en présence de données scientifiques et probantes, les services nutritionnels, qu'ils fassent partie du panier de services ou non, ne sont pas disponibles pour la population. Pourtant, la LSSSS indique que les services rendus à la population doivent être sécuritaires. Or nous le répétons, un état nutritionnel inadéquat est lié au développement de complications et à l'augmentation de la mortalité^{28a,b,c} et représente donc un risque de préjudice non négligeable. En ce sens, nous croyons que la trajectoire des patients du réseau de la santé pourrait être optimisée. L'Ordre est d'avis que, pour le bénéfice des citoyens, du système de santé et de la société québécoise en général, les services des diététistes/nutritionnistes, tant en établissement qu'en ambulatoire, doivent être inclus

dans le panier de services. Nous pensons qu'un accès universel aux traitements nutritionnels est urgent compte tenu de la prévalence des différentes maladies chroniques et des coûts importants que celles-ci génèrent pour le réseau de la santé, pour le patient et pour la société, en termes de productivité notamment.

Chapitre III – Recommandations et propositions

Panier de services assurés actuellement

L'OPDQ réitère l'importance du maintien des services actuellement couverts en nutrition. À l'opposé, nous rappelons que le retrait de services en nutrition peut être lourd de conséquences considérant l'importance de la nutrition dans tous les processus métaboliques de la vie.

Nous pensons qu'un accès universel aux services de santé en dehors des établissements du réseau de la santé et des services sociaux doit également être assuré. Une uniformisation des services et un accès équitable sont essentiels pour diminuer les risques de préjudices et générer des impacts positifs sur la santé au bénéfice de l'ensemble de la société.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'inclusion ou le maintien des services de nutrition dans le panier de services assurés ne constitue pas une garantie d'accès à ces services, surtout dans le réseau de la santé et des services sociaux. À titre d'exemple, un grand écart existe dans l'offre de services en nutrition pour la population des 0-5 ans ainsi que dans les services de soutien à domicile et soins de longue durée. Il s'agit ici d'une problématique que nous souhaiterions voir étudiée par le Commissaire.

Enfin, le faible budget alloué aux services de prévention en santé n'est pas sans conséquence au Québec. Pourtant, les impacts de ces approches et services de prévention sont documentés comme étant positifs et elles ne devraient pas faire l'objet de compressions au détriment de budget additionnel consacré à d'autres postes de dépenses ne pouvant être efficaces à eux seuls.

Critères retenus pour soutenir la prise de décision

Tel que mentionné dans le guide de consultation du Commissaire, des mécanismes formels d'évaluation et de décision existent actuellement, quant à l'introduction de certains services, particulièrement dans le domaine du médicament. Par contre, pour de nombreux autres soins et services, ces mécanismes sont beaucoup moins explicites ou moins soutenus par des critères clairement définis. Par ailleurs, selon le Commissaire, les mécanismes de révision sur la pertinence et l'efficacité des interventions demeurent à développer et à optimiser. En ce sens, l'OPDQ reconnaît l'importance des rôles complémentaires de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), par exemple, et de tout autre organisme pertinent. La loi sur l'INESSS inclut la responsabilité d'évaluer notamment les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels, dans la mission de l'organisme.

Ainsi, au terme de cette consultation et nonobstant les critères retenus à l'appui de la prise de décision du ministère, nous croyons qu'il serait opportun qu'un organisme indépendant, tel l'INESSS, participe à l'analyse des interventions selon ces critères, particulièrement lorsqu'il est question de données probantes, d'avantages cliniques et d'efficacité. La vision d'ensemble que possède l'INESSS, son expertise et son réseau de partenaires lui confèrent un rôle complémentaire particulier, qui pourrait être optimisé par le ministère.

Enfin, nous recommandons d'inclure un critère qui permettrait d'évaluer distinctement l'impact pour le citoyen, pour la société et pour l'État, de ne pas inclure un service, une activité ou un bien dans les régimes financés par l'État dans le cadre du panier de services assurés.

Conclusion

S'alimenter est un besoin vital, que tous doivent répéter chaque jour, plusieurs fois par jour. Les recherches et données probantes en nutrition et en santé sont nombreuses. La force des évidences scientifiques quant à la plus-value de l'intervention nutritionnelle, que ce soit en prévention ou en traitement, est devenue incontestable. La nutrition doit être considérée comme un moyen efficace transcendant tout le continuum des services en santé, pour tous les stades de la vie. Non seulement, l'intervention nutritionnelle peut-elle prévenir ou retarder l'apparition de certaines maladies chroniques, elle permet aussi de réduire les coûts des services de santé de diverses façons : diminution de la thérapie médicamenteuse, diminution de morbidités, diminution du nombre des hospitalisations et optimisation de la trajectoire des patients.

Nous souhaitons rappeler que les services décrits dans ce mémoire sont encadrés par le Code des professions et constituent des activités réservées, en partage avec les médecins. Ils sont considérés comme « médicalement requis », et liés à la prévention, au diagnostic ou au traitement (de maladies, blessures, incapacités ou autres).

L'OPDQ salue l'initiative du Commissaire à la santé et au bien-être d'avoir entrepris une telle consultation. Nous sommes convaincus de l'importance de considérer l'avis de l'ensemble des parties prenantes au système de santé et de services sociaux afin que les décisions du ministère puissent prendre en compte les enjeux actuels de notre système, de même que les valeurs de la société. C'est l'unique façon dont nous pourrions réellement améliorer la qualité de vie et la santé de la population québécoise. L'Ordre souhaite aussi rappeler que si l'inclusion d'un service de santé dans le panier de couverture publique est une chose, l'accès à ce service en est une autre. Nous espérons donc qu'au-delà des processus décisionnels qui soutiennent la prise de décision sur les services assurés, les ressources pour en permettre l'accès à la population seront aussi considérées.

Bien évidemment, l'OPDQ offre toute sa collaboration aux autorités concernées pour échanger davantage sur le panier de services assurés en nutrition et le potentiel d'impact des modifications qui pourraient y être apportées. Nous avons formulé quelques recommandations et suggestions dans ce mémoire que nous croyons réalistes et surtout efficaces. D'ailleurs, d'autres modèles de système de santé ont fait le choix de donner beaucoup plus de place à la nutrition, tant en prévention que dans le traitement de certaines maladies chroniques. Nous sommes donc persuadés que ces mesures sont exportables en sol québécois.

¹ Institut canadien d'information sur la santé (2015). Tendances des dépenses nationales en santé : Combien le Canada dépense-t-il en soins de santé? En ligne : <https://www.cihi.ca/fr/depenses-et-main-doeuvre-de-la-sante/depenses/tendances-des-depenses-nationales-de-sante/bddns2015-sujet4> (consultée le 28 janvier 2016)

² Institut canadien d'information sur la santé (2015). Tendances des dépenses nationales en santé : Combien le Canada dépense-t-il en soins de santé? En ligne : <https://www.cihi.ca/fr/depenses-et-main-doeuvre-de-la-sante/depenses/tendances-des-depenses-nationales-de-sante/bddns2015-sujet5> (consultée le 28 janvier 2016)

³ Health Council of Canada (HCC) (2008). Fixing the foundation: an update of primary health care and home care renewal in Canada. En ligne : http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/hc-sc/H174-14-2008E.pdf (consultée le 28 janvier 2016)

⁴ Institut canadien d'information sur la santé (2015). Tendances des dépenses nationales en santé : Combien le Canada dépense-t-il en soins de santé? En ligne : URL. (consultée de 28 janvier 2016)

⁵ Institut national de santé publique du Québec (2012). RUEL, Guillaume. Multimorbidité : Ampleur, impacts et défis. Présentation lors du 4^e Rendez-vous des maladies chroniques, Québec, p.12-31

⁶ Institut national de santé publique du Québec (2006). Portrait de santé du Québec et de ses régions. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/546-PortraitSante2006_Analyses.pdf (consultée le 28 janvier 2016)

⁷ Institut national de santé publique du Québec (2015), BLOUIN C. et al. Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1922_Consequences_Economiques_Obesite.pdf (consultée le 28 janvier 2016)

⁸ a) Obesity Canada, 2007

⁸ b) Dietitians of Canada (2006). CILISKA Donna et al. The effectiveness of nutrition interventions for prevention and treatment of chronic disease in primary care settings: A systematic literature review. En ligne : https://www.dietitians.ca/Downloads/Public/PHC_Systematic_Literature_Review.aspx (consultée le 28 janvier 2016)

⁸ c) World health organization (2003). Global strategy on diet, physical activity and health; Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. En ligne : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/summary/en/> (consultée le 28 janvier 2016)

⁹ Association pour la santé publique du Québec (2015). JALBERT Yves et al. La face cachée et l'imposture des produits services et moyens amaigrissants (PSMA), état des lieux 2008 – 2014. En ligne : http://www.aspq.org/uploads/pdf/55d48d966a814etat-des-lieux-psma_final.pdf (consultée le 28 janvier 2016)

¹⁰ WHO 2005

¹¹ Wolf AM, Siadaty M, Crowther JQ, et al. Impact of Lifestyle Intervention on Lost Productivity and Disability: Improving Control with Activity and Nutrition (ICAN). *J Occup Environ Med.* 2009 Feb; 51(2): 139–145.

¹² a) Van Weel C (2003). Dietary advice in family medicine. *Am J Clin Nutr.* 2003 Apr;77(4 Suppl):1008S-1010S.

¹² b) Eaton CB, Goodwin MA, Stange KC (2002). Direct observation of nutrition counseling in community family practice. *Am J Prev Med.* 23(3):174-9.

¹² c) Witt J, Brauer P, Dietrich L, Davidson B (2006). Human resources and cost estimates of adding a Registered Dietitian to Ontario Family Health Networks. *Can J Diet Prac Res* 67:S30-S38

¹³ Les diététistes du Canada. Dietitians make a difference to employee health: Highlights from a systematic literature review of the effectiveness of nutrition counselling. Les diététistes du Canada. 2009. En ligne: <http://www.dietitians.ca/Downloadable-Content/Public/Dietitians-make-a-difference-employee-health.aspx>. (Consultée le 28 janvier 2016)

¹⁴ a) Herman WH, Hoerger TJ, Brandle M, Hicks K, Sorensen S, Zhang P, et al (2005). Diabetes prevention program research group. The cost-effectiveness of lifestyle modification or metformin in

preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. *Ann Intern Med.* Mar 1;142(5):323-32.

¹⁴ b) Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al (2002). Diabetes prevention program research group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med.* 7;346(6):393-403.

¹⁵ Le Conference Board du Canada (2014) FARES Bouhajm et al. Améliorer les habitudes de vie : des retombées importantes pour la santé et l'économie du Québec. En ligne : http://www.conferenceboard.ca/temp/606d8597-e62e-41a2-b359-23d3cb2fe596/6651_santeeteconomieduquebec_en-es.pdf (consultée le 28 janvier 2016)

¹⁶ Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète (2013). La prévention et le traitement du diabète au Canada. En ligne : http://guidelines.diabetes.ca/cdacpg_resources/cpg_2013_full_fr.pdf (consultée le 28 janvier 2016)

¹⁷ Hypertension Canada (2013). Recommandations 2013 du Programme Éducatif Canadien sur l'Hypertension. En ligne : https://www.hypertension.ca/images/CHEP_2013/2013_CHEPRecsFullVersion_FR_HCP1000.pdf (consultée le 28 janvier 2016)

¹⁸ Canadian Cardiovascular Society (2012). Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult. En ligne : [http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(12\)01510-3/pdf](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(12)01510-3/pdf) (consultée le 28 janvier 2016)

¹⁹ Canadian Medical Association (2006). Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. En ligne : <http://www.cmaj.ca/content/176/8/S1.full.pdf+html> (consultée le 28 janvier 2016)

²⁰ Statistiques Canada (2011). La population canadienne en 2011 : âge et sexe. En ligne : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011001-fra.cfm> (consultée le 28 janvier 2016)

~~[La malnutrition en centre hospitalier de courte durée un investissement rentable. Ordre professionnel des diététistes du Québec. Montréal.](#)~~

²² Le groupe de travail canadien sur la malnutrition. La malnutrition dans les hôpitaux, un problème grave. En ligne : file:///C:/Users/jbouchard/Downloads/M2013526-CMTF-Downloadable-Handout_FR_r1_HR.pdf (consultée le 28 janvier 2016)

²³ Elia M. The Economics of Malnutrition. Institute of Human Nutrition, University of Southampton and Southampton General Hospital. Southampton, UK. 2009.

²⁴ Allard JP, Keller H, Teterina A, Jeejeebhoy K, Laporte M, Duerksen D, Gramlich L, Payette H, Bernier P, Davidson B, Lou W. Factors associated with nutritional decline in hospitalized medical and surgical patients admitted for 7 days or more: a prospective cohort study. *British Journal of Nutrition* 2015;15:1-11. [Epub ahead of print]

²⁵ Allard JP, Keller H, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, Gramlich L, Payette H, Bernier P, Davidson B, Teterina A, Lou W. Decline in nutritional status is associated with prolonged length of stay in hospitalized patients admitted for 7 days or more: a prospective cohort study. *Clinical Nutrition.* Epub Jan 21 2015 doi:10.106/j.clnu.2015.01.009

²⁶ Allard JP, Keller H, Jeejeebhoy KN, Laprote M, Duerksen DR, Gramlich L, Payette H, Bernier P, Davidson B, Teterina A, Lou W. Decline in nutritional status is associated with prolonged length of stay in hospitalized patients admitted for 7 days or more: a prospective cohort study. *Clinical Nutrition.* Epub Jan 21 2015 doi:10.106/j.clnu.2015.01.009

²⁷ Keller H, Allard JP, Laporte M, Davidson B, Payette H, Bernier P, Jeejeebhoy K, Dureksen DR, Gramlich L. Predictors of dietitian consult on medical and surgical wards. *Clinical Nutrition*. e pub ahead of print 2014 Nov 29 doi:10.1016/j.clnu.2014.11.011

²⁸ a) Institut canadien pour la sécurité des patients (2014). Prévention des infections du site opératoire. En ligne :
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Documents/Interventions/Infections%20du%20site%20op%C3%A9ratoire/ISO%20Trousse%20En%20avant.pdf> (consultée le 28 janvier 2016)

²⁸ b) Institut canadien pour la sécurité des patients (2013). Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. En ligne :
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Documents/Interventions/Pr%C3%A9vention%20des%20chutes%20et%20des%20blessures%20caus%C3%A9es%20par%20les%20chutes/Chutes%20-%20Trousse%20En%20avant.pdf> (consultée le 28 janvier 2016)

²⁸ c) Institut canadien pour la sécurité des patients (2012). La prévention de la pneumonie acquise sous ventilation. En ligne :
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Documents/Interventions/Pneumonie%20sous%20ventilation%20assist%C3%A9e/PVA%20Trousse%20de%20depart.pdf> (consultée le 28 janvier 2016)