

Ratios d'effectifs en nutrition pour la population inscrite dans les groupes de médecine familiale (GMF)



Remerciements aux diététistes/nutritionnistes membres du groupe de travail sur les ratios

Mireille Abran, Dt.P., Clinique familiale des Prairies
Christiane Bergeron, Dt.P., Clinique Médicale 3000 inc.
Joanie Bouchard, Dt.P., M. Sc. (c), Ordre professionnel des diététistes du Québec
Nadine Caza, Dt.P., GMF Rousseau-Montcalm
Geneviève Filteau, Dt.P., CSSS du Sud de Lanaudière
Virginie Meloche-Dumas, Dt.P., Ordre professionnel des diététistes du Québec, CHU Sainte-Justine
Suzanne Roy, Dt.P., Clinique Nutrition Estrie
Michel Sanscartier, Dt.P., M. Sc., C. Gér., Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Paola Vergara, Dt.P., CRI Maisonneuve-Rosemont

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, mars 2015
Bibliothèque et Archives du Canada, mars 2015
ISBN : 978-2-9813464-8-3 (Version Imprimée)
ISBN : 978-2-9813464-9-0 (Version PDF)
ISBN : 978-2-924628-00-3 (Version PDF - 2^e édition, août 2015)

Ordre professionnel des diététistes du Québec
550, rue Sherbrooke Ouest
Tour Ouest, bureau 1855
Montréal (Québec) H3A 1B9
www.opdq.org

Première édition entérinée par le conseil d'administration de l'OPDQ le 29 novembre 2014
Deuxième édition entérinée par le conseil exécutif de l'OPDQ le 28 août 2015 (modifications faites à la section introduction du document)

Ratios d'effectifs en nutrition pour la population inscrite dans les groupes de médecine familiale (GMF)

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Lorsqu'ils apparaissent pour la première fois en 2001, les groupes de médecine familiale (GMF) sont définis comme des regroupements de médecins travaillant avec des infirmières, en collaboration étroite avec des professionnels des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des centres hospitaliers. En 2013, le ministre Réjean Hébert annonce l'ajout de ressources professionnelles supplémentaires dans 60 GMF du Québec, telles que des nutritionnistes, des travailleurs sociaux ou des kinésiologues. L'objectif de cet ajout est d'assurer un meilleur suivi des patients, en particulier ceux atteints de maladies chroniques.

Afin de proposer un ratio optimal d'effectifs de diététistes/nutritionnistes au sein des groupes de médecine familiale, l'OPDQ (Ordre professionnel des diététistes du Québec) a consulté la littérature pertinente et créé un comité d'experts pour obtenir un consensus sur le sujet.

Les soins prodigués par les GMF font partie des services de première ligne, et une amélioration de leur efficacité engendre des effets positifs sur les services d'urgence et d'hébergement. Actuellement, 5000 hospitalisations annuelles causées par une maladie chronique pourraient être évitées dans la région de Montréal seulement. Le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des établissements en santé et services sociaux misent sur les équipes interdisciplinaires de première ligne, incluant des diététistes/nutritionnistes, afin de prendre en charge les maladies chroniques.

Il est prévu que la population âgée de 65 ans augmentera de 80,5 % entre les années 2011 et 2031, et qu'elle sera affectée par de nombreux problèmes de santé chroniques liés aux habitudes de vie, incluant l'alimentation. Les jeunes sont également touchés par ce phénomène, car 44 % des Québécois de 20 ans et plus avaient au moins une maladie chronique

en 2009-2010. De plus, une étude québécoise effectuée en 2005 révèle que près de 90 % des patients suivis en 1^{re} ligne pour une maladie chronique présentaient au moins une autre comorbidité. Cette notion de « multimorbidité » (plusieurs pathologies) appuie l'idée que pour répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques, il faut miser sur une approche clinique intégrée traitant plus d'une pathologie.

On remarque que les GMF sont le deuxième endroit habituel de soins de la population. Il apparaît donc important que tous les professionnels nécessaires à la prise en charge des maladies chroniques soient présents en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la population. Actuellement, moins de 1 % des diététistes/nutritionnistes du Québec travaillent au sein d'un GMF; or, 18 % des membres seraient potentiellement disponibles pour travailler en première ligne.

En raison du nombre accru de patients affectés de multiples pathologies, il devient difficile pour le médecin d'assurer à lui seul leur prise en charge, d'autant plus que le manque de médecins omnipraticiens est toujours une réalité. L'intégration de diététistes/nutritionnistes et autres professionnels en GMF permet aux médecins, d'une part, de se concentrer sur d'autres éléments plus complexes de leur pratique, et, d'autre part, d'avoir une charge de travail raisonnable. Parmi les avantages de la collaboration interprofessionnelle, on note également l'augmentation de la satisfaction du patient et du professionnel ainsi que l'amélioration de l'efficacité des soins. En conséquence, le comité d'experts de l'OPDQ sur les ratios d'effectifs en nutrition pour les groupes de médecine familiale recommande la présence de 2 ETC (équivalents temps complet) diététistes/nutritionnistes par GMF comprenant une clientèle d'au moins 1 000 personnes affectées d'une ou plusieurs pathologies.



La recommandation de ratios d'effectifs en nutrition pour les groupes de médecine familiale s'inscrit dans une optique de protection du public. En effet, il est primordial que la population ait accès à des professionnels qualifiés, compétents et en nombre suffisant.

En 2001, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait son intention d'instaurer les GMF et, l'année suivante, les premiers GMF étaient accrédités. L'objectif premier de leur création était de favoriser l'accès pour tous à un médecin de famille et d'améliorer la qualité des soins médicaux généraux. Un groupe de médecine familiale était alors défini comme un regroupement de médecins travaillant avec des infirmières et en collaboration étroite avec des professionnels des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), des centres hospitaliers, des pharmacies, etc. En 2005, des cliniques réseau (CR) ont également été créées dans le but de coordonner les services médicaux de première ligne avec les CSSS. Dans le même ordre d'idées, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié en 2012 le *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne* (1). À l'heure actuelle, plusieurs autres professionnels de la santé ont fait leur entrée dans ces instances (GMF, CR).

Le 4 septembre 2013, le ministre Réjean Hébert annonçait l'ajout de ressources professionnelles supplémentaires dans 60 groupes de médecine familiale du Québec, soit un total de 181,5 équivalents temps complet, représentant un investissement de 13,6 millions de dollars. Plusieurs des augmentations d'effectifs se sont en effet concrétisées. On compte 256 GMF au Québec à l'heure actuelle et le nombre de 300 semble être la cible à atteindre (2). L'objectif de cet ajout de professionnels tels que des nutritionnistes, travailleurs sociaux ou encore kinésithérapeutes auprès des médecins était de soutenir la pratique médicale en GMF pour assurer un meilleur suivi des patients, en particulier ceux atteints de maladies chroniques, et ainsi de rendre les GMF plus performants. Le cadre

de référence pour les GMF est aussi en cours de révision par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les soins prodigués par les groupes de médecine familiale font partie des services de première ligne, et une amélioration de leur efficacité permet nécessairement d'engendrer des effets positifs sur les services d'urgence et d'hébergement, un grand défi dans l'organisation actuelle du réseau de la santé et des services sociaux. Actuellement, 5000 hospitalisations annuelles causées par une maladie chronique sont évitables dans la région de Montréal seulement (3).

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a fait de la prévention des maladies chroniques une priorité de son plan d'action 2011-2015. Deux de ses priorités régionales expriment bien cette vision et interpellent la contribution des groupes de médecine familiale (3) :

- Poursuivre le développement d'une première ligne forte, centrée sur la personne, qui offre un accès rapide à des services diagnostiques et de prise en charge.
- Assurer une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques.

Le plan d'action stratégique de la Capitale-Nationale s'inscrit dans le même ordre d'idées en énonçant un défi important parmi ses principaux objectifs :

- Favoriser l'intégration des pratiques cliniques préventives (PCP)¹ chez les cliniciens œuvrant en première ligne (4).

Il est d'ailleurs reconnu que les PCP peuvent avoir des effets importants sur l'amélioration de l'état de santé de la population (4). Les diététistes/nutritionnistes font partie des professionnels qui sont formés à cet égard.

¹Les pratiques préventives sont un ensemble d'interventions (dépistage, counseling, immunisation, chimioprophylaxie, etc.) accomplies par un professionnel de la santé auprès d'un patient.

Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'AQESSS (L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux) misent sur les équipes interdisciplinaires de première ligne, incluant des diététistes/nutritionnistes, afin de prendre en charge les maladies chroniques et ainsi obtenir des impacts favorables tels que décrits par les données probantes (1, 5).

Les données de la littérature liées aux ratios d'effectifs pour les professionnels de la santé sont très limitées. Les diverses méthodes répertoriées proposent principalement des opinions et des consensus d'experts, des états de situation de la pratique actuelle ou encore un classement en fonction du type d'activités effectuées par le professionnel et de ses caractéristiques. Par exemple, une étude récente a calculé un ratio de diététiste/nutritionniste en soins aigus en tenant compte de la pratique actuelle dans plusieurs hôpitaux aux États-Unis². La méthodologie ne prenait cependant pas en compte les besoins spécifiques de la clientèle desservie, cette dernière étant aussi très hétérogène vu le milieu de soins. Quoiqu'elles apportent de l'information intéressante qui était auparavant peu documentée, ces données ne permettent pas de déterminer un ratio d'effectifs optimal et sont difficilement extrapolables au contexte québécois, puisque le cadre réglementaire des professionnels ainsi que le système de la santé sont différents. Ceci est d'autant plus vrai pour les milieux des GMF, où l'organisation des soins et le type de clientèle desservie diffèrent largement de cette étude. L'auteur conclut d'ailleurs, comme pour d'autres études de ce genre, qu'on ne peut utiliser ces données pour calculer les besoins réels en fonction d'un profil de clientèle particulier.

La littérature actuelle, bien que peu précise, soutient que la détermination de ratios doit impliquer une évaluation de la population qui utilise les services, la législation entourant les professionnels et les normes de pratique, ainsi que les lignes directrices existantes (6-9). Afin de proposer un ratio optimal d'effectifs de diététistes/nutritionnistes au sein des groupes de médecine familiale, l'Ordre professionnel des diététistes a documenté et consulté la littérature pertinente et créé un comité d'experts pour obtenir un consensus sur le sujet. Comme la pratique actuelle dans les GMF n'inclue que très rarement les services d'un ou d'une diététiste/nutritionniste, certaines personnes ayant une expérience pertinente et significative dans la pratique en clinique médicale de première ligne ont

été réunies. Les normes actuelles de l'OPDQ concernant les activités professionnelles et la documentation ont été considérées et le groupe de travail a suivi les différentes étapes en déterminant :

A) Le temps pour les soins directs

1. Le temps nécessaire (heures) pour les soins nutritionnels aux patients, établis selon une moyenne d'activités pour la clientèle type;
2. Le nombre de patients qui nécessitent des services en nutrition par année;
3. Le temps total (heures) pour les soins nutritionnels des patients par année (résultat de l'étape 1 x 2);

B) Le temps pour les autres activités

4. Le nombre d'heures travaillées par ETC par année, établies selon la convention collective;(exclut les heures payées pour congés et non remplacées)
5. Le pourcentage moyen de temps consacré aux activités indirectes (activités connexes qui ne sont pas liées à un patient en particulier, par exemple, révision de protocole, participation à un comité, tâche administrative...);
6. Le temps total (heures) alloué aux activités indirectes par année (résultat de l'étape 4 x 5);

C) Les besoins en effectifs en nutrition clinique

7. Le calcul des besoins en effectif en nutrition clinique (ETC) selon la formule suivante : (résultat de l'étape 3 + l'étape 6)/résultat de l'étape 4

Le contexte étant très différent de la détermination des autres ratios déjà réalisés à l'OPDQ, le comité d'experts a dû considérer plusieurs facteurs « impondérables » de la pratique en GMF : consultations planifiées à l'avance, disponibilité et besoins de la clientèle, temps d'attente, organisation, disponibilités et besoins des médecins, etc. Par la suite, le comité a considéré les mêmes facteurs de calcul que pour les autres ratios c'est-à-dire le nombre de patient qui présentent les facteurs de risques et les demandes de consultation potentielles dans un contexte de première ligne. Enfin, le comité d'expert a prévu un minimum d'une évaluation d'une heure et de 3 à 4 suivis de 30 minutes par patient.

² Hand RK et coll, Inpatient Staffing Needs for Registered Dietitian Nutritionists in 21st Century Acute Care Facilities, J Acad Nutr Diet, Mars 2015.

ÉTAT DE LA SITUATION ACTUELLE : BESOINS DE LA POPULATION

Il est bien établi que la population québécoise est vieillissante. En effet, la population âgée de 65 ans est celle qui connaît la croissance la plus rapide et élevée, soit une augmentation prévue de 80,5 % entre les années 2011 et 2031 (10). Cette population est affectée par de nombreux problèmes de santé chroniques liés aux habitudes de vie, incluant l'alimentation. En général, les groupes les plus défavorisés physiquement, socialement et économiquement ont un risque nettement plus élevé de développer diverses maladies, suivies de leurs complications. On constate au tableau 1 que les proportions de gens souffrant de maladies chroniques sont accrues à partir de 50 ans, avec une augmentation importante de problèmes de santé chez les 65 ans et plus.

Tableau 1. Types de problèmes de santé de longue durée selon l'âge, Québec, 2010-2011

	15-64 ans	15-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65 ans et plus	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
Problèmes de santé	%							
Arthrite/arthrose/ rhumatisme	10,3	1,1	5,8	22,8	40,5	37,0	43,2	50,2
Diabète	4,2	0,4	2,2	9,5	18,7	18,1	20,1	17,7
Bronchite chronique/ emphysème/ MPOC ¹	2,3	0,8	1,4	4,7	9,6	8,7	10,8	11,0
Hypertension	11,1	0,7	5,7	25,6	45,8	42,9	49,0	50,8
Maladies cardiaques	3,5	0,6	1,8	7,9	22,7	18,8	25,8	34,1
Autres ²	27,7	17,0	25,0	38,0	38,9	40,1	36,3	39,9
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	22,3	3,1	13,7	47,2	75,0	71,1	79,2	82,9

¹ Maladie pulmonaire obstructive chronique. ² La catégorie « autres » contient les problèmes de santé autres que ceux mentionnés dans le tableau, par exemple l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement*, 2010-2011.

Bien que les personnes âgées représentent une forte proportion des personnes atteintes de maladies chroniques, les habitudes de vie néfastes font en sorte que ces problèmes de santé apparaissent chez des personnes de plus en plus jeunes. En considérant près de 10 maladies chroniques, soit celles prises en compte dans le cadre de référence³, 44 % des Québécois de 20 ans et plus avaient au moins une maladie chronique en 2009-2010 (11).

La prévalence de l'obésité chez l'ensemble des Québécois de 18 ans et plus était de 13 % en 2000-2001 et a augmenté à 16,4 % en 2009-2010 (12). Dans la région de Montréal, la prévalence de ces maladies, notamment du diabète et de l'insuffisance cardiaque, a évolué de façon importante depuis les dernières années. En effet, on a recensé 66 288 personnes de 20 ans et plus atteintes du diabète en 2001-2002 (4,5 % de la population totale de 20 ans et plus) alors qu'on en comptait 114 943 en 2009-2010 (7,6 %) (12). Une hausse non négligeable est également présente chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque chez la population montréalaise de 40 ans et plus. Effectivement, on dénombrait 12 054 personnes en 2001-2002

(1,4 % de la population montréalaise de 40 ans et plus) pour atteindre 22 631 en 2009-2010 (2,5 % de la population de 40 ans et plus) (12).

La proportion de patients affectés de plus d'une maladie chronique est également élevée. En effet, une étude québécoise effectuée en 2005 a révélé que près de 90 % des patients suivis en 1^{re} ligne pour une maladie chronique présentent au moins une autre comorbidité (13).

De plus, on remarque au tableau 2 que les **GMF sont le deuxième endroit habituel de soins de la population** (après les cliniques ou bureaux de médecins) et particulièrement des personnes ayant un problème de santé chronique. Cette constatation fait ressortir **l'importance que tous les professionnels nécessaires à la prise en charge des maladies chroniques soient présents en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la population**. Il est aussi important de souligner que la clientèle consultant un médecin hors GMF devrait également bénéficier d'un accès rapide aux ressources nécessaires en première ligne.

³ Diabète, arthrite rhumatoïde, arthrose, MPOC, asthme, hypertension, maladies vasculaires cérébrales, insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique, fractures ostéoporotiques (majeure, mineure, probable).

Tableau 2. Type d'endroit habituel de soins, population de 15 ans et plus, 2010-2011

Endroits habituels de soins	Avec problème de santé de longue durée	Sans problème de santé de longue durée
	%	
Clinique ou bureau de médecin	84,7	82,0
CLSC	7,3	8,4
Urgence d'un hôpital	2,1	4,9
Clinique externe d'un hôpital	3,2	3,4
Autre	2,7	1,3
Groupe de médecine de famille (GMF)	65,5	62,5

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement, 2010-2011.

Même si cette instance n'apparaît pas au tableau ci-dessus, il est également indispensable de mentionner le rôle que jouent les UMF (Unités de médecine familiale) sur la santé de la population. Les UMF sont des entités affiliées aux facultés de médecine pour la formation des résidents en médecine familiale. On dénombrait 43 UMF en 2011 réparties parmi

les 4 universités québécoises⁴ (14). Les clientèles ayant recours aux services des UMF ont des profils de pathologies variés et sont de tous âges. Des diététistes/nutritionnistes traitant ces clientèles participent d'ailleurs à la formation des résidents en médecine familiale.

CONTRIBUTION DES DIÉTÉTISTES/NUTRITIONNISTES AUX GMF

Comme décrit par le Code des professions, les diététistes/nutritionnistes sont les professionnels de la santé dont le champ d'exercice est : « Évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé »⁵. Les activités réservées à la profession de diététiste/nutritionniste déterminées dans le cadre de la loi 90 s'énoncent comme suit⁶ :

- Déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance individuelle indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie;
- Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé.

Dans le cadre d'un groupe de médecine familiale, les diététistes/nutritionnistes jouent un rôle déterminant dans le traitement des maladies chroniques en contribuant à la modification des habitudes de vie, entre autres par l'enseignement et le développement de l'autogestion et l'autosoins. De façon plus concrète, dans le contexte d'un GMF, les diététistes/nutritionnistes (15) :

- évaluent l'état nutritionnel en relevant les habitudes alimentaires et les habitudes de vie;
- élaborent des interventions nutritionnelles, en font l'enseignement et en supervisent l'efficacité;

- déterminent des plans de traitement nutritionnel adaptés au contexte de la maladie chronique et tenant compte des besoins individuels du patient;
- ciblent, de concert avec le patient, des objectifs réalistes quant à son alimentation;
- proposent un suivi adapté;
- animent des interventions de groupe favorisant l'acquisition de connaissances en nutrition et l'intégration de saines habitudes alimentaires;
- contribuent à renforcer les changements axés sur les déterminants de la santé recommandés par l'équipe;
- contribuent à la mise en place d'une pratique collaborative visant l'implication du patient dans la prise en charge de sa santé;
- ont un statut d'experts-conseils auprès de l'équipe traitante.

Le comité d'experts formé par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec a déterminé les profils de patients les plus fréquemment vus par les diététistes/nutritionnistes travaillant dans un groupe de médecine familiale et les a regroupés en différentes catégories présentées au tableau 3. Le comité a ensuite associé un pourcentage approximatif à chaque catégorie en comptabilisant les pathologies de la clientèle de certains GMF.

⁴ Université de Montréal, Université Laval, Université McGill, Université de Sherbrooke

⁵ Code des professions, article 37 c).

⁶ Code des professions, article 37.1.1° a) et b).

Tableau 3. Principales pathologies des patients vus par les diététistes/nutritionnistes en GMF au Québec

Principales pathologies	Pourcentage approximatif de la clientèle totale suivie par les diététistes/nutritionnistes
1. Risque cardiométabolique (ce dernier inclut l'hypertension, le prédiabète, le diabète et les dyslipidémies)	60 %
2. Obésité, surpoids et troubles alimentaires variés	15 %
3. Troubles gastro-intestinaux divers (ex. colon irritable, maladie cœliaque, etc.)	15 %
4. Autres (maladies rénales, maladies hépatiques, MPOC, anémies, insuffisance cardiaque, etc.)	10 %

Actuellement, moins de 1 % des diététistes/nutritionnistes du Québec travaillent au sein d'un groupe de médecine familiale⁷. Le tableau 4 permet toutefois de constater qu'environ 18 % des membres seraient potentiellement disponibles pour travailler en première ligne.

Tableau 4. Diététistes/nutritionnistes disponibles pour travailler en première ligne

Nombre de membres de l'OPDQ	3 000
Nombre de nouveaux membres inscrits au tableau de l'OPDQ au 31 mars 2014	183 (6 % des membres)
Nombre de diététistes/nutritionnistes œuvrant en pratique privée en 2014	589 (environ 20 % des membres)

IMPACTS DE L'INTERVENTION NUTRITIONNELLE

Il est clairement établi que d'adopter de saines habitudes alimentaires est la clé pour le maintien d'un bon état nutritionnel et favorise la prévention et le traitement de plusieurs maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose et certaines formes de cancer (16). L'importance de l'intervention nutritionnelle pour la prévention et le traitement des maladies chroniques ainsi que son coût-bénéfice sont bien documentés dans la littérature (17). En effet, la thérapie nutritionnelle effectuée par un diététiste/nutritionniste améliore l'état de santé des patients et permet de réduire les coûts du système de santé. D'ailleurs, il est recommandé qu'elle soit entreprise d'emblée lors de la prise en charge de patients à risque élevé ou affectés de certaines maladies chroniques (17-23).

À titre d'exemple, les lignes directrices canadiennes recommandent une prise en charge des patients diabétiques par des diététistes/nutritionnistes en se basant sur le fait que l'intervention nutritionnelle effectuée par des diététistes/nutritionnistes améliore le contrôle des glycémies en abaissant l'hémoglobine glyquée de 1,0 à 2,0 % chez les individus atteints du diabète de type 2 (17-18). Ce traitement non pharmacologique équivaut à l'ajout d'une première molécule pharmacologique pour le traitement du diabète. L'Association américaine du diabète propose même que les individus prédiabétiques soient pris en charge par un diététiste/nutritionniste (19). Il a également été démontré que l'intervention nutritionnelle, combinée au traitement médical habituel, améliorerait davantage plusieurs

paramètres (plus grande perte de poids, diminution de la prise des médicaments, etc.) en comparaison avec le traitement médical seul, réduisant ainsi le taux d'hospitalisation (17). De plus, un suivi régulier par un diététiste/nutritionniste (aux 3 mois par exemple) était associé à une meilleure observance du traitement nutritionnel (21).

Par la suite, l'intervention nutritionnelle est efficace pour réduire les facteurs de risque associés au développement de maladies cardiaques. En effet, une revue systématique comprenant 38 études a démontré que l'intervention nutritionnelle réduisait le LDL (mauvais cholestérol) de 0,16 mmol/L et de 0,18 mmol/L après 3 à 24 mois (22). Quant à la pression sanguine, elle était diminuée de 2,07/1,15 mmHg. Les suivis sur une longue période, soit au moins 4 rencontres avec le patient, avaient un impact encore plus marqué (22).

Pour ce qui est de l'obésité, le counseling nutritionnel par un diététiste/nutritionniste est recommandé pour atteindre une perte de poids et diminuer les symptômes liés à l'obésité. En raison de leur expertise spécifique, les diététistes/nutritionnistes sont les personnes toutes désignées pour mettre en place une approche globale adaptée à cette clientèle (23). En somme, la prévalence élevée de maladies chroniques au sein de la population justifie la présence de diététistes/nutritionnistes en première ligne, et leurs interventions contribuent à diminuer la charge du système de santé (24).

⁷ Considérant un total d'environ 3 000 diététistes/nutritionnistes membres de l'OPDQ.

MISER SUR UNE APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE

Cette citation, tirée du *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne*, exprime bien l'importance de l'approche interdisciplinaire :

« Si l'intégration des services est une des principales clés pour que l'organisation du réseau soit adaptée aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques, la collaboration interdisciplinaire est un aspect incontournable du travail des intervenants pour atteindre ce même objectif. » (1)

Bien que le comité d'experts formé par l'OPDQ ait choisi de regrouper les personnes atteintes de maladies chroniques en trois catégories (risque cardiométabolique; obésité, incluant le surpoids et les troubles alimentaires variés; troubles gastro-intestinaux divers), le vieillissement de la population ainsi que les habitudes de vie néfastes font en sorte qu'il est très fréquent que l'on retrouve plusieurs de ces maladies chez un même individu. **Cette notion de « multimorbidité » appuie l'importance de miser sur une approche clinique intégrée traitant plus d'une pathologie pour répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques.**

Les données provenant d'enquêtes populationnelles sur les facteurs de risque des maladies chroniques tels que le tabagisme, la sédentarité et une alimentation inadéquate indiquent que des interventions concertées sont nécessaires autant avant qu'après le développement de la maladie (25). Il devient évident que

l'interdisciplinarité prend tout son sens auprès de cette clientèle parce qu'elle nécessite une grande diversité de services et, souvent, une prise en charge intensive et à long terme.

En raison du nombre accru de patients affectés de multiples pathologies et de la complexité de ces cas, il devient difficile pour le médecin d'assurer à lui seul la prise en charge des patients, d'autant plus que le manque de médecins omnipraticiens est toujours présent (26). « Sans une équipe, le médecin de famille aurait besoin de 18 heures par jour pour offrir les soins à 2500 patients et faire de la prévention » (27). L'intégration de diététistes/nutritionnistes (afin d'individualiser et d'optimiser le traitement non pharmacologique, soit nutritionnel) et autres professionnels en GMF permet aux médecins de se concentrer, entre autres, sur d'autres éléments plus complexes de leur pratique, d'avoir une charge de travail raisonnable et un nombre de patients inscrits considérable (27-28).

Parmi les avantages de la collaboration interprofessionnelle, on note aussi l'augmentation de la satisfaction du patient et du professionnel et l'amélioration de l'efficacité des soins (29). Le processus clinique RCM (risque cardiométabolique) développé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal est un exemple concret d'approche interdisciplinaire qui offre une prise en charge complète et individualisée misant sur les déterminants de la santé (voir annexe 1).

RECOMMANDATIONS

Les experts du comité évaluent que pour la majorité des cas, le temps consacré pour une nouvelle consultation nutritionnelle en GMF (comprenant l'évaluation, le counseling et la détermination du plan de traitement) se situe entre 60 et 75 minutes, et le temps nécessaire pour un suivi est de 30 à 45 minutes. Ces intervalles de temps s'appliquent à l'ensemble des pathologies rencontrées. Par contre, il est aussi évident que certains cas peuvent nécessiter plus de rencontres afin d'accompagner le patient dans la prise en charge de sa santé. En effet, plusieurs facteurs, tels que la polymédication, la multimorbidité, l'âge, le statut social, la complexité du traitement nutritionnel, etc., font varier à la hausse le temps d'intervention par personne.

Le jugement clinique de la diététiste/nutritionniste occupe donc une grande place dans la détermination de la fréquence de suivi du patient, laquelle peut être variable selon la complexité du cas. Le temps indirect au patient (comprenant la note au dossier, les réunions interdisciplinaires, la formation continue et autres) a également été inclus dans le calcul des ratios suggérés ci-dessous.

Ainsi, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec recommande les ratios minimaux suivants :

Tableau 5. Recommandations de ratios d'effectifs en nutrition dans les GMF

Pathologies	Ratio suggéré
Risque cardiométabolique (ce dernier inclut l'hypertension, le prédiabète, le diabète et les dyslipidémies)	1 ETC/400 patients (1 évaluation et 5 suivis sur 2 ans)
Obésité, surpoids et troubles alimentaires variés	1 ETC/550 patients (1 évaluation et 3 suivis sur 2 ans)
Troubles gastro-intestinaux divers (ex. colon irritable, maladie cœliaque, etc.)	1 ETC/550 patients (1 évaluation et 3 suivis sur 2 ans)

Globalement, afin d'assurer un minimum d'accès à des soins nutritionnels pertinents et adaptés aux besoins du patient, le comité d'experts recommande la présence de 2 ETC diététistes/nutritionnistes par GMF comprenant une clientèle d'au moins 1000 personnes affectées d'une ou plusieurs pathologies présentées au tableau 5.

Il est important de mentionner que les ratios d'effectifs en nutrition recommandés sont applicables à l'ensemble des clientèles desservies par les groupes de médecine familiale et non seulement aux trois principales catégories de problèmes de santé ciblées. Ces ratios prennent également en considération la multimorbidité, c'est-à-dire les patients souffrant de plus d'une maladie chronique.

SITUATION DANS LES GMF

« Il apparaît donc important que tous les professionnels nécessaires à la prise en charge des maladies chroniques soient présents en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la population. »

Afin de comparer les recommandations émises par l'OPDQ au tableau 5 et la situation qui prévaut dans les GMF, la population diabétique de Montréal en 2009-2010 a été choisie. On comptait dans cette période 15 058 patients diabétiques âgés de plus de 20 ans inscrits en GMF (11). Selon la recommandation de l'OPDQ énoncée au tableau 5, 37,6 équivalents temps complet (ETC) auraient été nécessaires pour prendre en charge ces patients au cours de cette période, soit environ 0,8 ETC par GMF⁸. Comme on dénombre 17 diététistes/nutritionnistes travaillant en GMF en 2014, il est logique de penser qu'en 2009-2010, ce nombre était moindre et que ces patients n'ont pas bénéficié de services nutritionnels suffisants. L'accroissement du nombre de diabétiques dans la région de Montréal durant les dernières années suggère fortement que la clientèle diabétique inscrite en

GMF est encore plus élevée à ce jour (les données plus récentes ne sont pas encore disponibles). Il est donc primordial que les GMF ajustent leurs effectifs en nutrition afin que tous les patients reçoivent des soins nutritionnels en nombre suffisant pour le traitement de leur maladie.

Il est important de souligner que bien que la démonstration de besoins en effectifs diététistes/nutritionnistes ci-haut concerne la clientèle diabétique, la situation est tout autant applicable aux clientèles prédiabétique, hypertendue, obèse, ayant des dyslipidémies, des troubles gastro-intestinaux divers, etc. qui nécessitent aussi un traitement nutritionnel que les diététistes/nutritionnistes sont en mesure d'assurer.

⁸ On dénombrait 48 GMF dans la région de Montréal en 2010.

RÉFÉRENCES

1. Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne. [en ligne], Adresse URL : publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-942-01F.pdf
2. Centrale des syndicats du Québec (CSQ). Élections Québec 2014. Comprendre les différents enjeux. [en ligne], Adresse URL : www.lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/enjeux_sociaux/campagne_electorale/enjeux-elections-quebec-2014.pdf
3. Rapport annuel de gestion 2012-2013, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Rapport annuel de gestion 2012-2013 – Annexes, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Le portrait de la population montréalaise 2011, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
4. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Plan d'action stratégique 2011-2015., adopté le 6 octobre 2011, Québec, p.23, [en ligne], Adresse URL : www.dspq.qc.ca/publications/PAR_Planstrat%C3%A9gique20112015_WEB.pdf
5. AQESSS. Maladies chroniques, Agir là où ça compte, 2014, [en ligne], Adresse URL : www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/Agir_Maladies_chroniques_2014-04-08_VE.pdf 2014.
6. Biesemeier K. Achieving excellence: clinical staffing for today and tomorrow. American Dietetic Association, 2004.
7. Cartmill L et coll. Using staffing ratio for workforce planning: evidence on nine allied health professions. Hum Resource Health; 2012; 10:2.
8. Marcason W. What is ADA's staffing ratio for clinical dietitians? J Am Diet Assoc 2006; 106(11):1916.
9. McCaffre J. Clinical staffing: determining the right size. J Am Diet Assoc 2006;106(1):25-6.
10. Institut de la statistique du Québec (2009), Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056, édition 2009, « Scénario A-Référence » (compilation originale).
11. Institut national de santé publique du Québec (2012). Premier portrait de la multimorbidité à partir des données administratives, Collection Surveillance des maladies chroniques.
12. Agence de la santé et des services sociaux. L'utilisation des services de santé par les Montréalais atteints d'une maladie chronique et pour l'ensemble des utilisateurs – Années 2001-2002 à 2009-2010, [en ligne], Adresse URL : emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/etat-de-sante/sante-physique/utilisation-des-services-de-sante/
13. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe I, Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. Annals of Family Medicine, 2005; 3:223-228.
14. Collège québécois des médecins de famille. Les unités de médecine familiale, [en ligne], Adresse URL : cqmf.qc.ca/fr/etudiants/unites-de-medecine-familiale.php
15. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide d'intégration des professionnels en GMF : Nutritionniste, 2014, [en ligne], Adresse URL : publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-920-05W_nutri.pdf
16. Institut national de santé publique du Québec (2009). Coup d'œil sur l'alimentation des adultes québécois. Résumé du rapport « La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois » Québec, Gouvernement du Québec.
17. Les diététistes du Canada. Dietitians make a difference to employee health, 2009.
18. Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. Canadian Journal of Diabetes, Oct. 2013;37
19. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2014. Diabetes Care. 2014;37(suppl 1):S14-S80.
20. Franz MJ, Monk A, Barry B, McClain K, Weaver T, Cooper N, et al (1995). Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized, controlled clinical trial. J Am Diet Assoc. 1995, Sep; 95(9):1009-17
21. Huang M-C, Hsu C-C, Wang H-S, et al. Prospective randomized controlled trial to evaluate effectiveness of registered dietitian-led diabetes management on glycemic and diet control in a primary care setting in Taiwan. Diabetes Care 2010; 33:233e9.
22. Brunner EJ, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M (2007). Dietary advice for reducing cardiovascular risk. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD002128.
23. Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel (2007). 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. CMAJ. 2007;176(8 Suppl), [en ligne], Adresse URL : www.cmaj.ca/cgi/data/176/8/S1/DC1/1
24. Les diététistes du Canada. Adding a registered dietitian to your team? Key Information for Family Health Team Leads and Administrators, 2006.
25. Organisation mondiale de la santé (2003). Des soins novateurs pour les affections chroniques : éléments constitutifs, [en ligne], Adresse URL : whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242590177.pdf
26. Paré, Isabelle. Gestion Pratique, Le médecin du Québec. De pratique individuelle à pratique de groupe, 2013.
27. Ghorob A, Bodenheimer T. Share the Care: building teams in primary care practices. J Am Board Fam Med 2012 ; 25 (2) : 143-5.
28. ACPM (L'association canadienne de protection médicale). Nouvelles approches à l'intégration des soins de santé, juin 2013, p. 1.
29. ICP. Enhancing Interdisciplinarity Collaboration in Primary Health Care in Canada, 2005, p.16

PRÉVENIR ET AGIR SUR LE DIABÈTE ET L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE – PROGRAMME DE MODIFICATION DES HABITUDES DE VIE

	Programme	Recrutement	Visite 1 ou stage	Visite 2 1 mois	Visite 3 2 mois	Visite 4 3 mois	Visite 5 4 mois	Visite 6 6 mois	Visite 7 12 mois	Visite 8 15 mois	Visite 9 18 mois	Visite 10 24 mois	Visite 11 30 mois	Visite 12 36 mois
RENCONTRES INDIVIDUELLES	Médecin de famille	X				PRN		X	X		X	X	X	X
	Nutritionniste		X			X		X	X		X	X		X
	Infirmière		X					Si HTA	X			X		X
RENCONTRES DE GROUPE	Équipe interdisciplinaire : inf., dtp., kin, pharma, interv. psycho-soc.			Rencontre 1	Rencontre 2		Rencontre 3			Rencontre 4			Rencontre 5	
	Kinésiologue					Possibilité de participer à un programme d'activité physique en CSSS (Diabetaction) ou référence dans la communauté								
ÉVALUATION	Habitudes de vie													
	Pression artérielle							Si HTA						
	Relevé de la médication													
	A1c													
	Bilan complet													
	Rapport de suivi au médecin de famille													

Centre d'éducation pour la santé (PRN) ____ / ____ / ____

Centre d'abandon au tabac (PRN) ____ / ____ / ____

