



**Mémoire de  
l'Ordre professionnel des  
diététistes du Québec  
dans le cadre  
de la consultation  
des Agences de développement  
de réseaux locaux de services  
de santé et de services sociaux  
sur la création  
des Réseaux locaux de services**

**Avril 2004**

## **1 Introduction**

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) existe en vertu du *Code des professions*. Il assure la protection du public en matière de nutrition humaine et d'alimentation par le contrôle de l'exercice de la profession, le maintien et le développement de la compétence professionnelle des diététistes/nutritionnistes. Il contribue également à l'amélioration de la santé de la population et des individus en favorisant l'accès à des services professionnels de qualité ainsi qu'à une information judicieuse, rigoureuse et d'intérêt public qui permettent une prise de décision éclairée en matière d'alimentation<sup>1</sup>.

Il coule donc de source que nous nous intéressions de près à la question de la création des réseaux locaux de services (RLS). Parmi l'ensemble des aspects touchés par cette réorganisation, nous ne traiterons pas de la configuration géographique des RLS. Nous nous concentrerons essentiellement sur les principes en vue d'améliorer l'accès et la continuité aux soins nutritionnels ainsi que ceux liés à la prévention.

## **Table des matières**

1	Introduction.....	2
2	La continuité des soins nutritionnels et le contexte légal .....	4
3	La pertinence d'assurer la continuité des soins nutritionnels .....	4
3.1	Les quatre conditions pour améliorer la continuité des soins nutritionnels ....	5
3.1.1	l'harmonisation de l'offre de service nutritionnel .....	5
3.1.2	Des services accessibles selon les besoins .....	6
3.1.3	Une continuité des soins nutritionnels pertinente pour le public .....	8
3.1.4	Un indice d'efficacité de la continuité des soins nutritionnels .....	9
4	La prévention : l'oublié de la présente réforme ? .....	10
5	Conclusion.....	12
6	Annexe .....	13
7	Références .....	15

## 2 La continuité des soins nutritionnels et le contexte légal

La nutrition a connu un essor important au cours de la dernière décennie. Cette évolution s'est notamment démarquée par le développement de pratiques professionnelles qui permettent de mieux servir les besoins du public afin de leur permettre de maintenir et de rétablir leur santé. Face à ces importants changements, et reconnaissant la complexité de ceux-ci, le législateur québécois a cru sage de mieux encadrer ce type d'intervention afin de limiter les risques de préjudice que comporte l'exercice de certaines activités en nutrition et qui pourraient porter atteinte à l'intégrité physique, psychologique et patrimoniale des individus ainsi qu'à la confidentialité et la vie privée<sup>2</sup>.

Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003, suite à l'entrée en vigueur de la loi (dite 90) qui modifie le *Code des professions*, les diététistes/nutritionnistes se sont vues octroyées deux activités réservées. La première vise la détermination du 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 d'une personne<sup>3</sup>.

La deuxième est la surveillance de l'état nutritionnel de cette personne dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé<sup>4</sup>. Cette seconde activité nécessite « d'observer avec une attention soutenue, de manière à exercer un contrôle, une vérification ». Ainsi, la surveillance de l'état nutritionnel consiste à évaluer la réponse au traitement et à redéfinir au besoin les objectifs et les composantes de ce traitement. Le patient qui s'est vu déterminé un plan de traitement nutritionnel par une diététiste/nutritionniste a droit à ce que la surveillance de son état nutritionnel soit assurée par une diététiste/nutritionniste afin que puisse se poursuivre cette activité jusqu'à l'atteinte des objectifs<sup>5</sup>. D'ailleurs, rappelons que le nouveau cadre légal reconnaît que la surveillance de l'état nutritionnel ne peut être confiée qu'aux diététistes/nutritionnistes<sup>6</sup>, en partage avec les médecins.

Il est donc dans le meilleur intérêt des patients que leurs plans de traitements les suivent jusqu'à l'atteinte des objectifs, nonobstant le centre de services ou la région où ils se trouvent.

## 3 La pertinence d'assurer la continuité des soins nutritionnels

La pertinence d'assurer une continuité des soins pour le bien-être public n'est plus à démontrer. Cependant, notons qu'en 2000 la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (dite Commission Clair) appuyait 9 principes directeurs dont 2 traitaient de la nécessité de renforcer cette continuité (*L'importance des services intégrés de 1<sup>re</sup> ligne médicale et sociale comme assise du système de santé* et *Une culture de l'innovation, de la recherche et de l'évaluation*). De plus, la deuxième recommandation de cette commission était l'établissement d'un réseau de première ligne de services médicaux et psychosociaux accessibles, efficaces et efficients, dans une perspective de prise en charge et de continuité<sup>7</sup>. Quant à elle, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (dite Romanow) affirme que la

Avril 2004

continuité des soins est un des 4 axes essentiels autour desquels devrait s'articuler le système canadien de santé.<sup>8</sup>

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec est d'avis que, puisque la continuité des soins, notamment à domicile, remplace les soins à l'hôpital, les Québécoises et Québécois méritent d'avoir des soins équivalents en qualité. Par conséquent, il ne faudrait pas s'attendre à ce que les Québécoises et Québécois acceptent un niveau inférieur de soins, et ce, en raison d'une incapacité d'accéder à des services offerts à l'hôpital.

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec croit donc, à certaines conditions, que la création de réseaux locaux de services pourra théoriquement contribuer à l'amélioration de la continuité de soins nutritionnels et ainsi respecter les deux premiers points de la mission des Réseaux locaux de services<sup>9</sup>. Pour que ce nouveau cadre ne soit pas qu'un avantage théorique pour le public, l'OPDQ émet quatre conditions.

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec croit donc, à certaines conditions, que la création de réseaux locaux de services pourra théoriquement contribuer à l'amélioration de la continuité de soins nutritionnels et ainsi respecter les deux premiers points de la mission des Réseaux locaux de services. Pour que ce nouveau cadre ne soit pas qu'un avantage théorique pour le public, l'OPDQ émet quatre conditions.

### **3.1 Les quatre conditions pour améliorer la continuité des soins nutritionnels**

#### **3.1.1 L'HARMONISATION DE L'OFFRE DE SERVICE NUTRITIONNEL**

Bien qu'elle soit souhaitée de longue date, la commission Clair constatait en 2000 que l'organisation des services de santé n'a pas pu s'adapter de façon dynamique et adéquate aux transformations sociales importantes (réduction de l'institutionnalisation, déplacement d'activités vers la famille, la communauté et ses organismes). « Elle les a plutôt subies. D'autant plus qu'elle a dû faire face à des contraintes budgétaires majeures, concentrées dans le temps, et à une perte d'expertise par suite de la mise à la retraite massive de milliers de professionnels. Il en résulte aujourd'hui une organisation en difficulté qui connaît des problèmes croissants d'accessibilité et de continuité »<sup>10</sup>.

Toujours en 2000, la Direction de la Santé publique, Montréal-centre, notait : « Compte tenu de la réduction des services dispensés en milieu hospitalier et de la prise en charge des soins de courte durée par le secteur communautaire, il est d'autant plus nécessaire de transformer les processus de prestations de services. On s'attendait à ce que la coordination et l'intégration des services aillent dans le même sens. Or, à Montréal, les services communautaires ont absorbé la demande de services à des degrés très variables. Les technologies médicales nécessaires aux soins actifs dispensés à domicile n'ont pas été uniformément adoptées par tous les CLSC »<sup>11</sup>

Avril 2004

L'état actuel du réseau québécois de la santé porte l'OPDQ à croire que le public n'a pas accès aux services professionnels en nutrition lorsque requis et ainsi il ne peut profiter d'une véritable continuité de soins nutritionnels

Encore aujourd'hui au Québec, 11 CLSC sur 144 n'offriraient pas de services de professionnels en nutrition à la population de leur territoire<sup>12</sup>. Quant à ceux qui offrent les services de diététistes/nutritionnistes, nous les retrouvons à l'intérieur de programmes ciblés. Tous les CLSC n'offrent pas nécessairement l'ensemble de la gamme des services en nutrition. Quant au CHSLD, 29% des établissements publics et 47% des privés<sup>13</sup> ne seraient pas dotés de services en nutrition clinique.

La situation qui découle de ce constat n'étonne guère. Les témoignages reçus à l'Ordre professionnel des diététistes du Québec font état de la difficulté d'assurer une continuité des soins nutritionnels, partout où le besoin se manifeste. Les observations faites par la commission Clair, il y a 4 ans, sont malheureusement toujours d'actualité, partout au Québec.

L'état actuel du réseau québécois de la santé, nous porte à croire que le public n'a pas droit aux services professionnels en nutrition lorsque requis et ainsi il ne peut profiter d'une véritable continuité de soins nutritionnels. Nous estimons que cette situation pourrait être préjudiciable au fonctionnement des GMF ou CMA. Nous constatons donc que la situation actuelle porte potentiellement atteinte à la protection du public.

Bien que nous la dénoncions, cette problématique ne nous surprend pas. Ainsi, l'Association des pharmaciens du Canada nous révélait, dans sa récente prise de position « pharmaciens et soins à domicile »<sup>14</sup>, qu'il n'existerait aucune norme canadienne sur ce que doivent comprendre les programmes de soins à domicile.

L'Ontario a compris l'importance de l'action des diététistes/nutritionnistes auprès du public. Ainsi, le gouvernement McGuinty a annoncé le 26 mars dernier qu'il élargissait l'accès de la population aux services de santé en introduisant les diététistes dans les cabinets des médecins. En intégrant les diététistes aux équipes de soins de santé de première ligne, le Gouvernement ontarien manifeste sa détermination à aider les gens à développer des habitudes alimentaires saines et à faire toute la différence au plan de leur santé et de leur qualité de vie<sup>15</sup>.

**Par conséquent, l'Ordre recommande aux Agences régionales de voir à l'harmonisation de l'offre de service en nutrition et que les services des professionnels de la nutrition que sont les diététistes/nutritionnistes soient partie intégrante des services offerts par les RLS.**

### 3.1.2 DES SERVICES ACCESSIBLES SELON LES BESOINS

Le décloisonnement proposé pourrait certes permettre à la population d'avoir un meilleur accès aux services des diététistes/nutritionnistes. Cependant, force est de constater que les ressources disponibles du réseau de la santé en matière de nutrition s'avèrent déjà limitées.

En effet, les diététistes/nutritionnistes qui oeuvrent en CH, CHUS, CHSLD ou encore en CLSC constatent que leurs listes d'attente peuvent atteindre 12 mois. Enfin,

Avril 2004

plusieurs établissements ne sont pas en mesure de d'offrir les services de professionnels en nutrition au public dès que les conditions le requièrent (7 jours/semaine). Si, grâce aux RLS, l'offre de services professionnels en nutrition puisse être mieux coordonnée, il appert que les professionnels de la nutrition que sont les diététistes/nutritionnistes, ne seront pas plus disponibles à prodiguer leurs services au moment opportun auprès du public qui le requiert.

Cette situation préoccupe grandement l'Ordre professionnel des diététistes du Québec car elle lui paraît préjudiciable à la santé du public. De fait, le Dr Jean-François Dorval, coroner-investigateur<sup>1</sup>, a produit un rapport à la suite d'un décès lié à l'absence de continuité des soins nutritionnels entre établissements.

Le décès de Madame Lavallée, 80 ans, à peine arrivée à la suite d'un transfert en Centre de soins de longue durée attire l'attention du coroner. Cette dame présentait des problèmes vasculaires cérébraux, avec atteinte tronculaire accompagnée de dysphagie. Un plan de traitement nutritionnel avait été recommandé par le diététiste qui l'avait sous ses soins au Centre hospitalier de soins de courte durée avant le transfert. Or, le plan de traitement n'a pas été suivi lors du transfert et la patiente décéda après son deuxième repas. L'autopsie effectuée révèle la présence de particules alimentaires dans tout l'arbre bronchique. Après l'analyse des causes de décès de Madame, le coroner a recommandé que les deux établissements impliqués dans le transfert assurent la continuité de soins, y compris sur le plan de l'alimentation et de la consistance requise pour les aliments à offrir pour répondre aux besoins nutritionnels<sup>16</sup>.

Le coroner a recommandé que les ...établissements impliqués dans le transfert assurent la continuité de soins, y compris sur le plan de l'alimentation et de la consistance requise pour les aliments à offrir pour répondre aux besoins nutritionnels

Le Gouvernement ontarien a imposé une norme minimale d'accès en matière de nutrition pour les CHSLD de toute nature, et ce dans l'intérêt des résidents de ces centres. Cette norme est de 15 minutes de services professionnels en nutrition par personne et par mois.

Lorsqu'un établissement n'est pas en mesure d'offrir un service de soins nutritionnels, ou que le délai d'attente est grand et que la complexité du cas l'autorise, il se peut qu'il n'y ait d'autres recours que de référer la population au secteur privé. Or, les services des diététistes/nutritionnistes sont couverts par peu de programmes d'assurance santé privés. En France, parmi les obstacles pour l'accès et la continuité des soins, tels qu'ils sont exprimés par les patients eux-mêmes, on observe notamment les difficultés financières pour 32,9% des répondants<sup>17</sup>. Ainsi, nous constatons que la capacité de payer des personnes devient une barrière à

l'accès aux soins de santé et aux services sociaux.

<sup>1</sup> Le docteur Jean-François Dorval est coroner-investigateur dans la région du Bas-Saint Laurent et exerce au Centre hospitalier régional de Rimouski.

Avril 2004

Il existe pourtant des solutions. À titre d'exemple, notons que le Gouvernement ontarien a imposé une norme minimale d'accès en matière de nutrition pour les CHSLD de toute nature, et ce dans l'intérêt des résidents de ces centres. Cette norme est de 15 minutes de services professionnels en nutrition par personne et par mois. À l'hiver 2004, le Collège des diététistes de l'Ontario entreprenait des représentations pour que cette norme passe à 60 minutes par personne et par mois afin de mieux répondre aux besoins d'une clientèle dont les problèmes de santé sont toujours plus complexes<sup>18</sup>.

**Par conséquent, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec recommande que les services diététistes/nutritionnistes soient accessibles dès que la situation le requiert et ce dans des délais respectueux des besoins des différentes clientèles.**

### 3.1.3 UNE CONTINUITÉ DES SOINS NUTRITIONNELS PERTINENTE POUR LE PUBLIC

La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique se situe entre 25% et 65% selon les critères utilisés<sup>1</sup>. Bien entendu, cet état de dénutrition pourra avoir un impact négatif sur l'intervention médicale, sur la durée, sur la complexité de la convalescence et sur les coûts globaux de l'intervention

Déjà en 1996, certains auteurs observaient que la prévalence de la dénutrition protéino-énergétique est particulièrement élevée en milieu hospitalier, se situant entre 25% et 65% selon les critères utilisés<sup>19</sup>. Bien entendu, cet état de dénutrition pourra avoir un impact négatif sur l'intervention médicale, sur la durée, sur la complexité de la convalescence et sur les coûts globaux de l'intervention. Récemment, une étude néerlandaise observait qu'en raison de la durée moyenne des hospitalisations dans ce pays de 8 à 10 jours (7,2 à 7,6 jours en 2002 au Québec)<sup>20</sup>, il est peu probable que la malnutrition soit causée par le séjour en milieu hospitalier. Par conséquent, l'auteur

recommande qu'on s'intéresse à l'état nutritionnel pré et post hospitalisation<sup>21</sup> et qu'une évaluation de l'état nutritionnel se fasse en pré-admission. Lorsque nécessaire, une intervention de la diététiste/nutritionniste pourrait prendre place afin de normaliser l'état nutritionnel.

Cette recommandation pourrait permettre d'améliorer l'efficacité des soins reçus ainsi que de limiter les possibilités de complications post-interventions : donc, elle se traduirait en économies pour le public et le système de santé québécois. D'ailleurs, en 1999, puis en 2000, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec rappelait, dans sa position sur la malnutrition et la personne âgée<sup>22</sup>, l'importance du dépistage avant l'admission en centre hospitalier.

Il est peu probable que la malnutrition soit causée par le séjour en milieu hospitalier

Lorsque l'évaluation nutritionnelle révélerait un état de dénutrition, le patient pourrait bénéficier d'une intervention qui viserait à normaliser son état nutritionnel avant l'intervention médicale. Cette proposition, notamment appliquée à des populations vulnérables, soit les enfants, les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques évolutives, contribuerait de manière tangible à

**Avril 2004**

réduire la pression sur le système de santé tant à l'admission qu'en soins post-interventions.

**Par conséquent, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec recommande, à tout le moins pour les populations vulnérables, qu'on s'intéresse à l'état nutritionnel pré et post hospitalisation<sup>23</sup> et qu'une évaluation de l'état nutritionnel se fasse en pré-admission et que, lorsque pertinent, l'intervention nutritionnelle commence dès que les problèmes de dénutrition sont identifiés et se poursuivent, toujours lorsque pertinent, jusqu'à ce que les objectifs de traitement soient atteints.**

#### **3.1.4 UN INDICE D'EFFICACITE DE LA CONTINUITE DES SOINS NUTRITIONNELS**

Nous convenons que l'amélioration de la continuité des soins nutritionnels est un objectif nécessaire tant en terme de conformité au *Code des professions* que d'un point de vue de protection du public. Cependant, il serait important de mesurer l'efficacité des réseaux locaux à assurer cette continuité de soins, notamment nutritionnels. Plusieurs ont déjà fait part de cette nécessité.

Ainsi, en 2000, la Direction de la santé publique, Montréal-centre, rapportait que les participants à l'un de ses colloques remarquaient certains indicateurs nécessitant des données de meilleures qualités. Parmi ceux-ci, ils notaient la continuité des soins<sup>24</sup>. Cette nécessité figure également comme un des 9 principes directeurs identifiés par le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux<sup>25</sup>. Cet outil de veille constitué de données de meilleure qualité permettrait l'amélioration continue des services, de mieux servir le public et, en particulier, en matière de nutrition.

**Par conséquent, l'OPDQ est d'avis qu'un indice, permettant d'attester de l'efficacité et de l'efficience des réseaux locaux à contribuer à la continuité des soins nutritionnels en fonction des besoins de la population du territoire de ces réseaux, doit être développé.**

Avril 2004

## 4 La prévention : l'oublié de la présente réforme ?

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec constate à regret que le virage pris par le Gouvernement vise essentiellement à valoriser et optimiser sa mission de prestation de soins médico-hospitaliers. De plus, ce ministère et les récents projets de loi qui en émanent, font foi d'un faible intérêt pour les actions en amont de la prestation de soins.

De fait, outre le premier alinéa de l'article 25 du projet de loi 25 qui stipule que les réseaux locaux de services devront « assurer à la population de son territoire l'accès à une large gamme de services de première ligne, notamment à des services de prévention... » et l'article 29 qui confère aux agences toutes les responsabilités, tous les pouvoirs et tous les devoirs des régies régionales. Il semble cependant que les départements de santé publique seront regroupés sous la Direction de la santé publique. Cette réorganisation confirmerait donc le déclin de l'action locale en matière de promotion de la santé et à la prévention des maladies. L'OPDQ s'inquiète de cet état de fait et observe que le ministère de la Santé et des Services Sociaux fait une place trop timide à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.

Cette mission de promotion de la santé et de prévention des maladies appartient notamment au réseau des CLSC. Cependant, avec le virage ambulatoire, trop souvent, les ressources professionnelles en nutrition des CLSC attribuées à la promotion de la santé et de prévention des maladies sont trop souvent en concurrence avec les services courants et le soutien à domicile. Ceci a eu pour résultat qu'aujourd'hui il est rarissime de trouver en CLSC une ressource professionnelle en nutrition consacrée au développement de programmes en promotion de la santé et en prévention des maladies adaptées aux besoins de la population d'un territoire donné.

L'Ordre se montre également inquiet quant à la contribution réelle qu'auront les Agences et les Réseaux locaux de services pour la population du Québec en terme de promotion de la santé et de prévention des maladies

Cette réorganisation confirmerait donc le déclin de l'action locale en matière de promotion de la santé et à la prévention des maladies. L'OPDQ s'inquiète de cet état de fait.

Pourtant, selon l'OMS<sup>26</sup>, l'épidémie de maladies non transmissibles, qui s'étend rapidement et qui est déjà la cause de quelque 60 % des décès dans le monde, est manifestement liée à des habitudes alimentaires universelles et à la consommation accrue d'aliments industriels gras ou salés.

Les problèmes cardiovasculaires et le cancer constituent les maladies les plus meurtrières dans nos sociétés d'abondance<sup>27</sup>. Les maladies chroniques font de plus en plus l'objet de préoccupations de santé publique étant donné le vieillissement rapide de la population et l'augmentation de plusieurs facteurs de risque qui y sont associés, telles que l'obésité et la

sédentarité.

**Avril 2004**

Compte tenu de ces circonstances et dans une perspective de protection du public, l'Ordre s'interroge quant à l'avenir de la promotion de la santé et de la prévention des maladies à l'intérieur du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par conséquent, l'Ordre se montre également inquiet quant à la contribution réelle qu'auront les Agences et les Réseaux locaux de services pour la population du Québec en terme de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Une partie des pressions exercées sur les services et des coûts croissants du réseau de la santé seraient attribuables aux maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, etc...). **Par conséquent, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec recommande aux Agences de définir la nature de leurs interventions en matière de promotion de la santé et à la prévention des maladies et de prendre les actions pertinentes pour les offrir.**

Les récentes orientations gouvernementales en matière de santé font peu état de la question de santé publique. **L'Ordre annonce donc qu'il intensifiera ses représentations afin d'amener le Gouvernement à mieux définir ses actions en matière de promotion de la santé et de la prévention des maladies. Puis, le cas échéant, d'encadrer ses actions dans ce secteur à l'extérieur de l'organisation qui se préoccupe uniquement de l'offre de prestation de soins.** D'un point de vue de protection du public, c'est seulement ainsi qu'il sera possible de mieux soutenir la promotion de la santé et la prévention des maladies et ainsi contribuer réellement et tangiblement à l'amélioration continue de la santé de la population.

## **5 Conclusion**

D'un point de vue de protection du public, le concept de réseaux locaux de services apparaît prometteur puisqu'il pourrait permettre théoriquement d'améliorer la continuité des soins nutritionnels au plus grand bénéfice de la population. Par contre, pour que ce plan théorique se matérialise l'Ordre professionnel des diététistes du Québec émet quatre conditions : **l'harmonisation de l'offre de services nutritionnels ; des services accessibles selon les besoins ; une continuité des soins nutritionnels pertinente pour le public ; et le développement d'un indice d'efficacité de la continuité des soins nutritionnels.**

Quant à la mission de promotion de la santé et de la prévention des maladies, l'Ordre se montre sceptique quant aux retombées réelles qu'auront ces nouvelles structures sur le public. Par conséquent, l'OPDQ propose au Gouvernement de réfléchir sur la portée et sur l'importance réelle qu'il souhaite accorder à cette mission et de se doter des outils pertinents pour contribuer de manière tangible à l'amélioration continue de la santé de la population du Québec.

## **6 Annexe**

### **6.1 Le cancer :**

Selon Statistique Canada (1998), la probabilité de développer un cancer était de 40,9% pour les hommes et de 35,0% pour les femmes. La probabilité d'en mourir était respectivement de 26,9% et de 22,4%. De plus, au cours des prochaines années, l'incidence du cancer devrait continuer à croître à un rythme annuel avoisinant 3%<sup>28</sup>. Au Québec, l'incidence du cancer, chez les deux sexes et tous groupes d'âge confondus, était de 413 par 100 000 habitants entre 1990 et 2000<sup>29</sup>. En 2000, le ratio de mortalité normalisé au Québec, comparé au taux canadien de la même population, était plus élevé et se situait à 1.10.

Dans les pays industrialisés, environ 30 % des cancers seraient attribuables à des facteurs alimentaires<sup>30</sup>. Parmi les stratégies de prévention du cancer, la diète figure au deuxième rang, après la cessation tabagique

Ensemble, le poids corporel et la sédentarité causeraient de 20 à 30 % des types de cancer les plus fréquents (sein, côlon, endomètre, rein, œsophage)<sup>31</sup>.

### **6.2 Les maladies cardiovasculaires**

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de décès au Québec. En effet, elles ont provoqué 247 décès par 100 000 habitants en 1999<sup>32</sup>

La surcharge pondérale, l'obésité abdominale, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le diabète et une faible capacité cardio-respiratoire sont parmi les principaux facteurs biologiques contribuant à augmenter le risque de maladies cardiovasculaires.

Les habitudes alimentaires associées à une augmentation des risques sont une consommation élevée de gras saturés, de gras trans et de sel, de même qu'une faible consommation de fruits et légumes<sup>33</sup>.

Les données scientifiques actuelles démontrent de façon probante que la pratique régulière d'activité physique, la consommation régulière de poisson et d'huile de poisson et une alimentation riche en fruits et légumes diminuent les risques de maladies cardiovasculaires.

### **6.3 Le diabète**

Au Québec, plus de 550 000 personnes souffrent de diabète de type I ou II. La progression de la maladie est telle qu'à la fin de la décennie, plus de 750 000 personnes en seront atteintes. Or à l'heure actuelle, près de 40 % des cas de diabète ne sont pas diagnostiqués<sup>34</sup>. Les études démontrent que l'obésité, la sédentarité et une alimentation inadéquate sont autant de facteurs de risque du diabète<sup>35</sup>. Au Québec, en 2000, 1 631 décès étaient attribuables à cette maladie<sup>36</sup>.

Environ 80 % des personnes diabétiques de type II ont un surplus de poids ou sont obèses. La surcharge pondérale est un facteur de risque majeur dans l'apparition de cette maladie sournoise et sérieuse<sup>37</sup>.

Une intensification des mesures de prévention – dont l'alimentation fait partie- et des mesures visant à retarder les complications sont essentielles pour diminuer ce problème important de santé publique. Un problème qui risque fort de s'alourdir puisque sa prévalence augmente avec l'âge.

## **6.4 L'obésité**

Au Québec, la prévalence de l'obésité morbide (IMC = 35) chez les personnes âgées de 15 ans ou plus se situerait entre 2,13 et 3 %. Ces proportions représentent entre 116 000 et 162 800 personnes. Il convient de souligner qu'en général, la prévalence de l'obésité double chaque cinq ou dix ans dans les pays industrialisés<sup>38</sup>. De plus, la prévalence de l'obésité et de l'excès de poids est en hausse au Québec ; de 1987 à 1998, elle a ainsi augmenté de près de 50 % chez les adultes<sup>39</sup>. L'obésité est associée à plusieurs troubles et maladies, dont l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, le diabète de type II et de nombreux types de cancer.

La pratique régulière d'activité physique de même qu'une alimentation riche en fibres alimentaires sont étroitement liées à une diminution des risques de l'obésité. En contrepartie, une forte consommation d'aliments à densité énergétique élevée et la sédentarité sont significativement impliquées dans l'étiologie de cette maladie.

## 7 Références

- <sup>1</sup> Adaptation de la mission de l'OPDQ, [www.opdq.org](http://www.opdq.org)
- <sup>2</sup> [http://www.professions-quebec.org/systeme\\_pro.html#3](http://www.professions-quebec.org/systeme_pro.html#3)
- <sup>3</sup> Article 37.1 a) du Code des professions
- <sup>4</sup> Article 37.1 b) du Code des professions
- <sup>5</sup> Tiré de : Ordre professionnel des diététistes du Québec, Guide d'interprétation, loi modifiant le Code des professions du Québec et d'autres dispositions législatives dans le secteur de la santé, avril 2003
- <sup>6</sup> Tiré de : Ordre professionnel des diététistes du Québec, Guide d'interprétation, loi modifiant le Code des professions du Québec et d'autres dispositions législatives dans le secteur de la santé, avril 2003
- <sup>7</sup> Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, LES SOLUTIONS ÉMERGENTES, 2000
- <sup>8</sup> ROMANOW R, Guidé par nos valeurs, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Novembre 2002
- <sup>9</sup> Article 25, Projet de loi no. 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, sanctionné le 18 décembre 2003
- <sup>10</sup> Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, LES SOLUTIONS ÉMERGENTES, 2000, p.26
- <sup>11</sup> la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Actes du colloque : La réforme du système canadien de soins de santé et son impact sur la santé de la population, Nov. 2000
- <sup>12</sup> Syndicat professionnel des diététistes nutritionnistes du Québec, ENQUÊTE PROVINCIALE SUR L'OFFRE DE SERVICES PROFESSIONNELS EN NUTRITION DANS LES CLSC DU QUÉBEC 2004, p.8
- <sup>13</sup> Syndicat professionnel des diététistes nutritionnistes du Québec, MÉMOIRE Présenté DANS LE CADRE DES AUDIENCES PUBLIQUES SUR LE PLAN MONTRÉALAIS D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE, AVRIL 2003
- <sup>14</sup> Adaptation de : Association des pharmaciens du Canada, PHARMACIENS ET SOINS A DOMICILE, 2003
- <sup>15</sup> Gouvernement de l'Ontario, **Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée**, Le gouvernement McGuinty améliore l'accès aux services alimentaires, TORONTO, le 26 mars /CNW
- <sup>16</sup> Dorval JF, Couillard F, Roussel L, Roy J, Déglutir, est-ce dangereux, Le médecin du Québec, Volume 39, numéro 3 mars 2004, p. 91-98
- <sup>17</sup> Médecins du Monde, Observatoire de l'accès au soins, <http://www.medecinsdumonde.org/2missions/france/observatoire/5%20accesdroitsetsoins.htm>
- <sup>18</sup> DIETITIANS OF CANADA – Ontario Submission to the Standing Committee on Finance and Economic Affairs, février 2004
- <sup>19</sup> Ordre professionnel des diététistes du Québec, MANUEL DE NUTRITION CLINIQUE, Évaluation nutritionnelle, Chapitre 1.2 page 1, Montréal, 2000
- <sup>20</sup> ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Info-Stats, juin 2003
- <sup>21</sup> *Jonkers-Schuitema C. F.* Dietitian Nutrition Support Team, Academic Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands HOSPITAL MALNUTRITION A CHALLENGE FOR THE CLINICAL DIETITIAN? May 2003
- <sup>22</sup> Ordre professionnel des diététiste du Québec, position sur la malnutrition et la personne âgée, 1999
- <sup>23</sup> *Jonkers-Schuitema C. F.* Dietitian Nutrition Support Team, Academic Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands HOSPITAL MALNUTRITION A CHALLENGE FOR THE CLINICAL DIETITIAN? May 2003

<sup>24</sup> la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Actes du colloque : La réforme du système canadien de soins de santé et son impact sur la santé de la population, Nov. 2000, p. 40

<sup>25</sup> Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, LES SOLUTIONS ÉMERGENTES, 2000, p.32

<sup>26</sup> OMS, Rapport sur la santé dans le monde. Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève 2002.

<sup>27</sup> Evans, R.G., Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie, Chap. 1 p. 14-35. Presse de l'Université de Montréal, 1996

<sup>28</sup> [http://www.infocentres\\_rsss.gouv.qc.ca/appl/h33/H33PrincPr.asp](http://www.infocentres_rsss.gouv.qc.ca/appl/h33/H33PrincPr.asp) (consulté le 2004/01/07)

<sup>29</sup> <http://dsol-smed.hc-sc.gc.ca/> (consulté le 2001/01/07 et 2004/01/19)

<sup>30</sup> Doll R, Peto R. Epidemiology of cancer. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds. Oxford textbook of medicine. Oxford, Oxford University Press, 1996: 197-221.

<sup>31</sup> Weight control and physical activity. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol.6).

<sup>32</sup> <http://dsol-smed.hc-sc.gc.ca/> (consulté le 2004/01/07)

<sup>33</sup> FAO/WHO Expert consultation. Technical report series 916. Nutrition and the Prevention of Chronic diseases. Geneva, 2003.

<sup>34</sup> <http://www.servicevie.com/02Sante/Manchette/Manchette21042003/manchette21042003.html> (consulté le 2004/01/07)

<sup>35</sup> Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, Brunzell JD, Chiasson JL, Garg A et al. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. Diabetes Care 2003;26 Suppl 1:S51-61..

<sup>36</sup> <http://dsol-smed.hc-sc.gc.ca/> (consulté le 2004/01/07)

<sup>37</sup> Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, Brunzell JD, Chiasson JL, Garg A et al. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. Diabetes Care 2003;26 Suppl 1:S51-61..

<sup>38</sup> [http://www.aetmis.gouv.qc.ca/fr/publications/scientifiques/aetmis\\_x/1998\\_01\\_res\\_fr.pdf](http://www.aetmis.gouv.qc.ca/fr/publications/scientifiques/aetmis_x/1998_01_res_fr.pdf) (consulté le 2004/01/07)

<sup>39</sup> <http://www.inspq.qc.ca/domaines/HabitudesVie/ObesiteCardio.asp?D=2&D2=2> (consulté le 2004/01/07)