

MÉMOIRE

de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

présenté dans le cadre de la consultation

du Ministère de la Santé et des Services sociaux

en regard du document intitulé

« Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité »

Avril 2006

Table des matières

| | | |
|-------|---|-----------|
| 1 | Introduction..... | 3 |
| 2 | LA PRÉVENTION COMME FACTEUR D'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ | 4 |
| 2.1 | Les environnements favorables à la santé..... | 4 |
| 2.1.1 | Conditions pour acquérir de saines habitudes alimentaires | 4 |
| | 2.1.1.1- RECOMMANDATION | 4 |
| 2.2 | Lutte aux inégalités sociales : | 5 |
| 2.2.1 | Un portrait alimentaire de la pauvreté..... | 5 |
| | 2.2.1.1- RECOMMANDATION | 6 |
| 2.3 | Politique nationale d'alimentation et de nutrition..... | 6 |
| | 2.3.1.1- RECOMMANDATION | 7 |
| 2.4 | Une population vieillissante..... | 8 |
| 2.4.1 | Un portrait nutritionnel du vieillissement | 8 |
| | 2.4.1.1- RECOMMANDATION | 9 |
| 2.5 | Un financement à garantir | 19 |
| | 2.5.1.1- RECOMMANDATION | 19 |
| 3 | L'AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION ET DES MODES DE PRESTATION DES SERVICES | 10 |
| 3.1 | La consolidation des services de première ligne | 10 |
| 3.1.1 | Aujourd'hui ? | 10 |
| | 3.1.1.1- RECOMMANDATION | 11 |
| 3.1.2 | La création des GMF..... | 12 |
| | 3.1.2.1- RECOMMANDATION | 12 |
| 3.2 | Mettre à profit toutes les compétences : le partage optimal des tâches | 12 |
| | 3.2.1.1- RECOMMANDATION | 13 |
| 4 | LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES MÉDICO-HOSPITALIERS: COHÉRENCE, CONTINUITÉ ET COMPLÉMENTARITÉ..... | 14 |
| 4.1.1 | L'architecture des services médico-hospitaliers | 14 |
| 4.1.2 | Des « corridors » de services fonctionnels et efficaces..... | 14 |
| | 4.1.2.1- RECOMMANDATION | 14 |
| 5 | L'OPTIMISATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES..... | 15 |
| 5.1.1 | La sécurité des soins et services | 15 |
| 5.1.2 | Les nouveaux leviers pour améliorer la qualité des services | 15 |
| | 5.1.2.1- RECOMMANDATION | 15 |
| 6 | L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS POUR RÉDUIRE LES DÉLAIS D'ATTENTE | 16 |
| 6.1 | L'option privilégiée par le gouvernement : un Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente | 16 |
| | 6.1.1.1- RECOMMANDATION | 17 |
| 6.2 | Le fonctionnement général de la garantie d'accès aux services | 17 |
| | 6.2.1.1- RECOMMANDATION | 17 |
| 6.3 | Au delà du neuf mois d'attente..... | 18 |
| | 6.3.1.1- RECOMMANDATION | 18 |
| 7 | LES ENJEUX DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX | 19 |

Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec
Dans le cadre de la consultation du MSSS
« Garantir l'accès » : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité »

OPDQ - Avril 2006

| | | |
|-------|--|----|
| 8 | Conclusion | 20 |
| 9 | Présentation de l'Ordre..... | 21 |
| 9.1 | L'Organisme | 21 |
| 9.2 | Sa mission | 21 |
| 9.3 | Ses membres | 21 |
| 9.3.1 | La profession de diététiste/nutritionniste | 21 |
| 9.3.2 | La formation | 21 |
| 9.3.3 | Le champ d'exercice des diététistes/nutritionnistes..... | 22 |
| 9.3.4 | Les activités réservées des diététistes/nutritionnistes..... | 22 |
| 10 | Annexe..... | 23 |
| 11 | Bibliographie | 25 |

1 INTRODUCTION

La décision de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaouli et Zeliotis ne traite pas directement d'accès aux soins nutritionnels. Néanmoins et à l'instar du Gouvernement du Québec, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec voit dans ce jugement une occasion de réflexion et d'évolution. Par ce mémoire, l'OPDQ cherche d'une part à sensibiliser le gouvernement à la problématique de l'accès aux soins de santé et à leur continuité d'un point de vue nutritionnel.

Comme une majorité d'observateurs, nous constatons que le réseau de santé et de services sociaux, bien qu'imparfait, offre des services de très grande qualité accessible à tous. Il s'agit là d'un bien collectif précieux que nous devons maintenir et auquel nous contribuons déjà par nos activités dont, les formations continues et l'inspection professionnelle de nos membres.

C'est dans un esprit constructif qu'à chaque point du document de consultation (prévention, organisation et modes de prestation des services, la hiérarchisation des services médico-hospitaliers, l'optimisation de la qualité des services, l'amélioration de l'accès aux services médicaux et hospitaliers, le financement) nous exposerons, références à l'appui, des difficultés préjudiciables à la population qui, à terme, mènent à l'engorgement de nos services de santé. Puis nous énoncerons des pistes de solutions qui contribueront, nous le souhaitons, à une meilleure santé collective de l'ensemble des Québécois et Québécoises et à un désengorgement de ces services essentiels.

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ), de par sa mission de protection du public et à titre de partenaire du réseau de la santé, est heureux de participer à cette réflexion initiée par le Gouvernement du Québec sur l'accès aux services de santé et de services sociaux.

2 LA PRÉVENTION COMME FACTEUR D'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Depuis sa création il y a 50 ans, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec a fait de la prévention un de ses principaux sujets d'intervention tant dans ses documents officiels¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰ que dans ceux auxquels il a participé¹¹. Les constats fait par le MSSS dans son document de consultation « Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité » font une place intéressante à la prévention. D'ailleurs, la prévention semble être la première piste d'action afin d'assurer la pérennité du système de santé québécois. Force est de constater que notre voix a été en partie entendue.

Par contre, nous notons que les conditions et les ressources préalables à la santé mentionnées dans ce document de consultation pourraient être complétées. Il s'agit notamment des milieux, des conditions de vie et du statut socioéconomique. Toute amélioration du niveau de santé doit nécessairement être solidement ancrée dans ces éléments de base (Charte d'Ottawa en promotion de la santé)¹².

Selon notre compréhension, ces points doivent être à la racine de toute action pour que la prévention soit utile et efficace et ce, dans l'intérêt du public. Les sujets à améliorer ou à ajouter afin de réellement garantir un accès aux soins et qui méritent d'être soulignés sont :

2.1 Les environnements favorables à la santé

Le document de consultation « Garantir l'accès », selon nous, n'accorde pas au développement d'environnements favorables à la santé toute l'importance qu'elle mérite. Pourtant, la Direction de la Santé publique affirme que nos milieux de vie affectent directement et indirectement notre santé et influencent nos modes de vie. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé rappelle également que le lien qui unit les individus à leur milieu est inextricable et constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé¹³.

Pour promouvoir et améliorer la santé de façon durable et permanente, il faut agir sur les milieux de vie. C'est là le fondement à la source de toutes interventions proposées par le Rapport Perrault.

2.1.1 Conditions pour acquérir de saines habitudes alimentaires

En alimentation et en nutrition, comme ailleurs, tout transfert de connaissances qui ne serait que théorique n'aurait que des effets limités voire nuls. Il importe donc de s'assurer que ces nouvelles connaissances puissent s'exercer rapidement, facilement et à répétition afin qu'elles soient intégrées et, pour ainsi dire, transformées en compétences.

L'OPDQ est d'avis que c'est le seul moyen qui permette au plus grand nombre d'acquérir ces saines habitudes de vie nécessaire à la santé.

2.1.1.1 - RECOMMANDATION

Attendu que :

- Le Rapport Perrault fait largement état des actions qui visent à rendre nos environnements de vie plus propice à la santé.

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec recommande au Gouvernement de mettre en œuvre, sans attendre, les recommandations du Rapport Perrault afin de favoriser le développement de milieux de vie propice à la santé tant pour les personnes que les collectivités. Bien qu'elles ne soient pas toutes à caractère alimentaire, elles leur sont complémentaires voire essentielles dans la promotion et l'acquisition de saines habitudes de vie.

Ces recommandations sont disponibles en annexe.

2.2 Lutte aux inégalités sociales :

Que ce soit dans le Rapport national sur l'état de la santé de la population du Québec¹⁴ ou dans le Rapport de l'Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention (dit Rapport Perrault), tous conviennent de l'importance d'intervenir afin de réduire les écarts entre les riches et les pauvres.

La direction de la santé publique du Québec rappelle dans son rapport que « *les conditions socio-économiques ont assurément un impact sur la santé. Les exemples abondent pour illustrer l'association entre les caractéristiques socio-économiques et les divers problèmes de santé comme l'infection par le VIH et le sida, les principales maladies chroniques, certains types de traumatismes, les problèmes de développement chez les jeunes enfants et les problèmes de santé mentale, pour ne nommer que ceux-là* ». En d'autres mots, si les maladies touchent toutes les classes de la population, tous ne sont pas touchés de la même manière. La pauvreté attire la morbidité et, en particulier les maladies chroniques. Or, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les maladies chroniques représenteraient 47% de la charge de morbidité mondiale¹⁵. Au Québec, les maladies chroniques dominent le tableau de morbidité.

2.2.1 Un portrait alimentaire de la pauvreté

- Les personnes qui vivent avec l'insécurité alimentaire¹ sont plus à risque de souffrir de maladies cardiovasculaires, de diabète, d'hypertension artérielle et d'allergies alimentaires. De plus, l'insécurité alimentaire est une contrainte importante quand vient le temps de soigner ces affections, ce qui engendre des conséquences d'autant plus dévastatrices (Diététistes du Canada, 2005).
- Au Québec, on estime que 9,7 % des ménages vivent en situation d'insécurité alimentaire. (Source : ENSP, 1998-1999).
- À Montréal, l'accès à une alimentation adéquate et nécessaire au maintien et au rétablissement de la santé varie selon les quartiers. Cette alimentation serait accessible dans un rayon de 500m du domicile en quartier favorisé alors que dans ceux moins favorisés, la distance à parcourir peut atteindre 2 km¹⁶.
- Les femmes, particulièrement les mères de familles monoparentales, sont atteintes par l'insécurité alimentaire. En effet, 33% d'entre elles avaient été touchées par ce problème, soit presque le double du pourcentage retrouvé chez les pères dans des situations identiques. Par contre, le taux représentait environ 9% chez les couples sans enfant (Statistiques Canada, Avril 2005).
- Bien que les Québécois jouissent de l'un des paniers d'épicerie les moins chers au monde, il demeure que près de 750 000 d'entre eux n'ont pas accès à suffisamment de denrées

¹ L'insécurité alimentaire est définie par le manque d'aliments, la peur d'en manquer et lorsqu'on subit des contraintes dans le choix de ses aliments, contraintes qui affectent la qualité nutritionnelle du régime. Il y a, au contraire, sécurité alimentaire lorsque toute une population a accès en tout temps, et en toute dignité, à un approvisionnement alimentaire suffisant et nutritif à coût raisonnable, et acceptable au point de vue social et culturel. La sécurité alimentaire suppose également un pouvoir d'achat adéquat et l'accès à une information simple et fiable sur l'alimentation pour pouvoir faire des choix éclairés. (Source : OPDQ, 1996)

alimentaires pour se nourrir tous les jours (Source : Association québécoise des banques alimentaires et des moissons). De plus, le nombre de personnes ayant recours aux banques alimentaires a bondi de 190 000, en l'an 2000, à près de 350 000 aujourd'hui (Source : Association canadienne des banques alimentaires)

2.2.1.1- RECOMMANDATION

Attendu que :

- La prévention des maladies, et en particulier des maladies chroniques, passe par des actions qui auront pour effet de réduire les inégalités sociales entre les riches et les pauvres ;
- Le Rapport Perrault a mis en tête de liste la recommandation à l'effet d'appliquer des mesures afin d'agir sur la pauvreté et d'éliminer les inégalités sociales pour en arriver à réduire les écarts toujours présents entre l'état de santé des riches et l'état de santé des pauvres;
- Le document de consultation « Garantir l'accès » ne fait aucune mention de l'importance d'agir sur la pauvreté.

L'Ordre professionnel reprend à son compte la recommandation du Rapport Perrault et rappelle au Gouvernement l'importance d'appliquer des mesures afin d'agir sur la pauvreté et d'éliminer les inégalités sociales pour en arriver à réduire les écarts toujours présents entre l'état de santé des riches et l'état de santé des pauvres. Il en va de l'état nutritionnel de tous et donc de la santé de la population du Québec.

2.3 Politique nationale d'alimentation et de nutrition

L'OPDQ se réjouit de constater, tant dans « Garantir l'accès » que dans sa « Stratégie d'action jeunesse » que le Gouvernement souhaite doter le Québec d'une politique nationale sur l'alimentation et la nutrition. Au cours des dernières années, l'OPDQ, à l'instar de ses partenaires et collaborateurs, ont rappelé qu'une des grandes menaces à la santé était la perte d'un savoir-faire alimentaire, ce qui avait pour conséquence un recours progressif aux aliments pré-préparés et/ou aux produits prêts-à-manger qui sont non seulement généralement plus chers, mais également moins intéressants d'un point de vue nutritionnel. Plusieurs analystes voient dans cette tendance une des explications possibles à l'émergence de la problématique de notre excès de poids collectif. Toute initiative qui vise à inverser la vapeur est bienvenue.

Cependant, la politique annoncée ne saurait s'appeler nationale, puisqu'elle ne traite que du milieu scolaire. De mettre l'accent sur ce milieu est certes un excellent début et nous tenons à le souligner. Si ce programme éducatif qui devra s'intégrer au programme scolaire est conçu en collaboration avec les professionnels de la nutrition que sont les diététistes/nutritionnistes, ceci pourra contribuer à redonner une culture alimentaire aux générations à venir ce qui leur permettra de mieux maîtriser leur alimentation et à terme, leur santé.

Par contre, ce qui est annoncé ne nous semble pas suffisant pour permettre une véritable amélioration de l'état de santé de la population. D'une part, l'orientation annoncée mise plus sur la participation volontaire des gestionnaires de services alimentaires. Or, une véritable politique doit clairement avoir une dimension obligatoire afin de contribuer efficacement à un changement de culture. L'exemple de la lutte au tabagisme sert d'exemple.

D'autre part, le Rapport Perrault recommandait que cette politique touche plusieurs dimensions de l'environnement alimentaire dans lequel nous vivons. Nous ne retrouvons pas dans la politique

annoncée cette volonté pourtant nécessaire à une réelle politique nationale de l'alimentation et de la nutrition.

2.3.1.1- RECOMMANDATION

Attendu que :

- Les maladies chroniques touchent toute la population;
- La prévention demeure le meilleur moyen pour contrer le développement de ces maladies;
- L'alimentation est intimement liée à la prévention et au traitement de ces maladies afin de maintenir ou de rétablir la santé;
- Les efforts de prévention doivent certes toucher les jeunes mais également toute la population.

Par conséquent, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec reprend à son compte les recommandations du Rapport Perrault, les bonifie, et rappelle au Gouvernement l'importance de doter le Québec d'une politique sur l'alimentation et la nutrition qui soit globale et touche toute la population. Cette politique devrait :

- S'appliquer à l'ensemble des services alimentaires et points de vente alimentaire de responsabilité publique et en particulier au long du continuum des établissements d'enseignement, des « centres de la petite enfance » jusqu'au secondaire inclusivement, qu'ils soient gérés ou non par un concessionnaire privé ;
- Se mettre en œuvre avec un souci **éthique** pour éviter toute forme de discrimination et de stigmatisation ;
- Permettre à ces établissements de se doter de critères de qualité en matière de sélection de produits alimentaires, basés sur les besoins de leurs clients, afin de pouvoir discriminer en faveur, d'influencer et d'orienter l'industrie dans le développement de nouveaux produits ;
- Faire du service alimentaire en milieu d'apprentissage, un lieu de transfert de connaissance de même nature qu'une classe et non plus d'un lieu de distribution ;
- Prévoir une validation des menus, lorsque cela est requis, par un diététiste/nutritionniste ;
- Offrir au personnel des services alimentaires une formation sur l'utilisation du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, sur l'hygiène et la salubrité ainsi que sur l'achat des aliments ;
- Maintenir et augmenter les subventions qui soutiennent l'offre d'aliments sains dans les services de garde et les établissements scolaires ;
- Accorder des avantages, économiques et fiscaux, aux épiceries et producteurs qui offrent des produits sains aux services de garde et aux établissements scolaires ainsi qu'à tout lieu offrant des activités pour les jeunes et les familles ;
- Développer, offrir et promouvoir, en collaboration avec les organismes communautaires, des activités visant la saine alimentation ;
- Revoir la réglementation concernant la publicité faite aux jeunes, notamment en matière d'alimentation.
- Réviser la réglementation des zones scolaires pour limiter l'installation des établissements de restauration rapide à proximité des écoles, y compris les cantines mobiles ;

- Valoriser l'utilisation des fontaines afin d'augmenter la consommation d'eau et limiter l'utilisation de contenants de plastique jetables ;
- Encourager le démarrage de projets de jardins communautaires avec les différents intervenants du milieu dont, les écoles, les familles, les camps de jour ou les maisons de jeunes, lors de la période des vacances ;
- Sensibiliser les acteurs du secteur agroalimentaire à la politique en alimentation et les mobiliser en vue de les inciter à promouvoir de saines habitudes alimentaires ;
- Contribuer à multiplier les initiatives visant à faciliter le contact entre les consommateurs et les producteurs alimentaires (ex. : établissement de marchés publics, distribution de paniers de produits agricoles, etc.).

2.4 Une population vieillissante

Si « Garantir l'accès » rappelle, avec pertinence, que le vieillissement de la population du Québec pourrait accroître la pression de la demande sur le système de santé, il fait peu état d'actions de prévention. Pourtant, ne serait-ce que du point de vue nutritionnel, des actions en prévention bien ciblées pourraient contribuer à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées.

2.4.1 Un portrait nutritionnel du vieillissement

- La littérature nord-américaine, ontarienne et québécoise rapporte que la prévalence de la malnutrition protéino-énergétique chez les 65 ans et plus est de l'ordre de¹⁷ :
 - 3 à 7% de la population vivant dans les communautés ;
 - 5 à 12% de la clientèle qui reçoit des services de soins à domicile ;
 - 25 à 60% de la clientèle hospitalisées ;
 - 85% des personnes âgées en centre d'hébergement / maison de retraite¹⁸ ;
- Selon les auteurs d'une étude commandée par Diététistes du Canada en 2003, 42% des personnes âgées vivant dans les communautés seraient à risques de connaître des problèmes nutritionnels¹⁹ ;
- La malnutrition augmente le risque de morbidité et de mortalité, elle affecte les capacités fonctionnelles et cognitives, l'immunocompétence ou l'efficacité du système immunitaire, le processus de guérison et, par conséquent, la qualité de vie des personnes atteintes. La malnutrition augmente de deux à six fois la morbidité infectieuse et multiplie le risque de mortalité par deux à quatre chez les personnes âgées. La détérioration de l'état nutritionnel entraîne un amaigrissement, une fonte musculaire, une diminution des capacités aérobiques et musculaires (force, tonus, endurance) et cause de l'asthénie (fatigue) chez la personne atteinte. Ces altérations fonctionnelles, entre autres, augmentent les risques de chute et réduisent l'autonomie de la personne. Au niveau du système immunitaire, la vigilance est de mise envers les déficiences, la malnutrition et l'innocuité. Une malnutrition transitoire peut déstabiliser l'équilibre immunitaire, alors qu'une malnutrition prolongée affecte l'efficacité de ce système parce que plusieurs nutriments y sont impliqués, par exemple, les protéines, les acides gras essentiels, le fer, le cuivre, le zinc, le sélénium et les vitamines. De plus, l'asthénie et l'anorexie sont présents dans tout hypercatabolisme. Les troubles psychiques, allant de la simple apathie à la dépression, sont présents au cours d'une malnutrition. La morbidité et la mortalité associées à la malnutrition justifient amplement l'intérêt pour réagir à ce problème. De

plus, la malnutrition peut engendrer d'autres complications graves comme la dysphagie, la déshydratation et les escarres de décubitus (plaies de pression).

La dysphagie entraîne, chez la personne atteinte, la peur constante de manger et de boire. La dysphagie mal compensée engendre des conséquences graves tels, la déshydratation, la perte de poids et le déséquilibre du statut nutritionnel. Elle est souvent associée à des pneumonies d'aspiration (la nourriture ou le liquide se retrouve dans les poumons) et peut même mener à l'asphyxie. Par ailleurs, la déshydratation fait partie des autres éléments qui ont des effets désastreux sur la santé. Elle peut, entre autres, causer de la confusion, une perte de poids et d'appétit, la baisse de la pression artérielle, un déséquilibre électrolytique et des arythmies cardiaques.

- 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)²⁰, il est peu probable que la malnutrition soit causée par le séjour en milieu hospitalier²¹. Ceci laisse sous-entendre que la malnutrition peut se développer à domicile ou dans un autre milieu de vie.
- « La durée d'hospitalisation est multipliée par deux à quatre fois pour une personne dénutrie, selon une référence européenne récente. Une étude américaine montre que le coût total moyen de séjour est plus élevé pour des personnes atteintes de malnutrition. Les patients dénutris présentent 2,4 fois plus de complications mineures et 3,6 fois plus de complications majeures que les patients bien nourris. Les complications mineures et majeures génèrent respectivement des augmentations de coûts de 180 % et de 250 à 450% du fait de l'utilisation accrue des ressources humaines et matérielles. De plus, les complications engendrées par la malnutrition augmentent la période durant laquelle les apports alimentaires sont inadéquats »¹⁷.

2.4.1.1- RECOMMANDATION

Attendu que :

- La malnutrition chez les personnes âgées est un problème de santé sérieux et prévalent ;
- Pour les personnes âgées le risque de morbidité déjà élevé s'accroît avec l'âge et est amplifié par la malnutrition ;
- Le document de consultation « Garantir l'accès » fait peu ou pas état de l'importance de faire de la prévention auprès des personnes âgées.

L'Ordre professionnel recommande au Gouvernement de concevoir et d'actualiser un programme de dépistage de la malnutrition auprès des personnes âgées du Québec. Cette action pourra contribuer non seulement à la prévention des maladies, à réduire une certaine pression sur le réseau de la santé, mais surtout à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées.

3 L'AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION ET DES MODES DE PRESTATION DES SERVICES

3.1 La consolidation des services de première ligne

D'entrée de jeu, l'OPDQ reconnaît que la mise en place des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) puisse permettre l'intégration des services de santé et des services sociaux d'un territoire local et d'assurer ainsi à la population de ce territoire un meilleur accès à ces services. Cependant, ce meilleur accès demeure essentiellement théorique, notamment en matière de soins nutritionnels.

En effet, en 2004, nous notions qu'au Québec, 11 CLSC sur 144 n'offriraient pas de services de professionnels en nutrition à la population de leur territoire²². Quant à ceux qui offraient les services de diététistes/nutritionnistes, nous les retrouvions à l'intérieur de programmes ciblés de telle sorte que ces CLSC n'offraient pas nécessairement l'ensemble de la gamme des services en nutrition.

Toujours en 2004, 29% des CHLSD publics et 47% des privés²³ n'étaient alors pas dotés de services en nutrition clinique.

Quant aux centres hospitaliers, faute d'enquête, il était impossible d'avoir un portrait précis en matière d'accès à des services en nutrition clinique. Cependant, lorsque des services externes ou ambulatoires en nutrition clinique étaient offerts, les délais d'attente peuvent atteindre 12 mois.

Le portrait que nous faisons à l'époque démontrait que trop souvent, faute d'offrir les services en nutrition clinique ou de limiter l'offre de services dans ce secteur, un nombre important d'établissements du réseau n'étaient pas en mesure d'offrir à la population un accès adéquat aux services en nutrition clinique et, par conséquent, il ne pouvait y avoir de continuité de soins. Aucune région n'échappait à cette observation. Puisque la nutrition est un facteur déterminant du traitement de plusieurs maladies et de prévention de morbidité associée à plusieurs pathologies, cette situation nous apparaissait très préjudiciable.

3.1.1 Aujourd'hui ?

Depuis, il apparaît que la situation a quelque peu évolué. L'intégration d'établissements en CSSS a certes fait apparaître des diététistes dans des réseaux de services. Ceci peut donner l'impression que l'accès aux services en nutrition clinique serait amélioré. Compte tenu que la nutrition est reconnue comme un déterminant du traitement d'un nombre important de maladies, cette nouvelle donnée pourrait être avantageuse pour le public. Or, il en est toujours rien.

Dans les installations de type CH, il y aurait eu une faible progression du nombre de diététistes. Par conséquent, et bien que la nutrition soit un facteur déterminant du traitement d'un nombre important de maladies, plusieurs centres limitent l'offre de services en nutrition clinique à des secteurs ciblés seulement.

Dans les installations de type CLSC, il y aurait eu, selon quelques enquêtes, notamment celle menée par l'Association des nutritionnistes cliniciens du Québec (2006), un accroissement important du nombre de diététistes. Il apparaît cependant que ces professionnelles oeuvrent essentiellement dans des programmes fermés du type « Enfance/famille ». Par conséquent, nous notons que la population n'a toujours pas accès à l'ensemble des services en nutrition clinique.

Quant aux installations de type CHSLD, la progression du nombre de professionnels en nutrition pourrait être qualifiée, au mieux, de modeste²⁴.

De plus, en matière de soins de longue durée, nous sommes encore très loin de la norme ontarienne d'intervention en nutrition clinique. Selon nos sources, il y aurait au Québec, environ 69,4 équivalent temps complets en nutrition clinique pour environ 52 000 lits en CHSLD, soit environ 1,33 diététistes par 1000 lits. Nos voisins ontariens en soins de longue durée peuvent compter sur 1 diététiste par 500 lits et des discussions sont en cours pour porter cette norme à un équivalent de 1 diététiste par 250 lits²⁵.

La stagnation du nombre de diététistes en soins de longue durée s'avère très inquiétante d'autant plus que les personnes qui y ont élu domicile sont dans des états toujours plus fragiles et plus complexes (multi pathologies).

Force est de constater, en matière de nutrition clinique, que la mise en place des CSSS n'a pas encore permis de faciliter une meilleure prise en charge de l'usager qui a recours aux services et ne garantit toujours pas une continuité de services à travers le réseau de la santé et des services sociaux. Ces interruptions de services privent la clientèle de soins et de surveillance nutritionnelle adéquats risquant d'engendrer un retour en milieu hospitalier. De plus, nous observons des délais pour la prise en charge de cas, tant à l'intérieur d'un CSSS que d'une installation (CLSC), qui découlerait du cloisonnement des programmes.

3.1.1.1 - RECOMMANDATION

Attendu que :

- La nutrition est un facteur déterminant du traitement d'un nombre important de pathologies, complexes ou non ;
- Bien que les nouvelles structures du réseau, fruit de la fusion de quelques établissements, révèlent la présence de diététistes/nutritionnistes, il n'y a pas nécessairement un meilleur accès à leurs services ni une meilleure continuité des soins nutritionnels ;
- Actuellement et malgré la restructuration en cours, les délais d'attente dans le réseau de la santé pour rencontrer un professionnel de la nutrition, avec ou sans ordonnance médicale, peuvent encore atteindre 12 mois ;
- Il y a discontinuité des soins nutritionnels puisqu'un nombre important de CSSS n'offrent pas toute la gamme des services en nutrition clinique ;
- Le cadre légal québécois et des recommandations de certains coroners¹¹²⁶ rappellent l'importance d'assurer une continuité de soins nutritionnels.

L'OPDQ estime que l'amélioration de l'offre de services en nutrition clinique dont la continuité des soins nutritionnels devrait être prioritaire pour le Gouvernement d'autant plus qu'elle se traduirait

¹¹ Le Dr Jean-François Dorval, coroner-investigateur, 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.

vraisemblablement en économie substantielle pour le réseau de santé (durée de séjour plus court, diminution du risque de ré-hospitalisation, durée de convalescence plus court, etc...).

3.1.2 La création des GMF

Le concept de Groupe de médecine familiale (GMF) s'avère très intéressant puisqu'il a notamment pour objectif d'améliorer l'accès aux services médicaux. Parmi les avantages de cette structure souple et dynamique, il y aurait une collaboration avec d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. À cet effet, plus de la moitié des GMF actuels auraient signé des lettres d'entente formelle avec les CSSS de leur territoire.

C'est à regret que nous observons que cette nouvelle structure ne contribue pas à l'amélioration de l'accès aux soins nutritionnels de qualité dispensés par des diététistes et ce, même pour les cas complexes. Cette situation est notamment attribuable à l'état des services offerts en nutrition décrit au point précédent.

De plus, l'avènement des infirmières praticiennes de première ligne pressenties pour exercer dans ce cadre, conjointement avec les médecins, ne nous apparaît pas être une solution à la carence observée. En effet, selon le Code des professions, les diététistes/nutritionnistes sont les seules professionnelles de la santé qui ont fait de la nutrition et de l'alimentation leur champ d'exercice.

3.1.2.1 - RECOMMANDATION

Attendu que :

- La nutrition est un facteur déterminant du traitement d'un nombre important de pathologies, complexes ou non ;
- Une majorité de GMF n'ont pas recours ou ne peuvent pas recourir aux services de diététistes/nutritionnistes pour déterminer des plans de traitement nutritionnel aux usagers pour lesquels la nutrition est un facteur déterminant de leur maladie.

L'OPDQ demande au Gouvernement de travailler conjointement avec lui afin de mieux faire connaître les bénéfices de l'intervention nutritionnelle et d'améliorer l'accès aux professionnels de la nutrition et de l'alimentation que sont les diététistes/nutritionnistes.

3.2 Mettre à profit toutes les compétences : le partage optimal des tâches

L'OPDQ, par ses actions et ses écrits, souscrit depuis longtemps au principe de centrer toutes les actions sur les besoins du patient et, à cette fin, de mettre à profit par l'interdisciplinarité et la multidisciplinarité la mise en commun des expertises spécifiques de chaque professionnel. L'adoption de la loi qui est venue modifier le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le secteur de la santé (ladite Loi 90) confirme particulièrement ce principe ou cette façon de faire. Nous croyons qu'en tout temps, chaque professionnel doit exercer ses activités professionnelles selon la finalité et dans les limites du champ d'exercice de sa profession respective tel que défini par le Code des professions et conformément à son Code de déontologie.

Nous adhérons à cette orientation dans la mesure où la concertation et le partage optimal des tâches en regard du plan de traitement global n'altèrent en rien la responsabilité de chaque professionnel face au plan de traitement qui lui est propre.

3.2.1.1- RECOMMANDATION

Avant de recourir à de nouveaux types de professionnels de la santé, l'OPDQ suggère au Gouvernement :

- De contribuer activement à la mise en œuvre harmonieuse de ladite Loi 90 ;
- De valoriser, de développer l'expertise des professionnels de la santé déjà reconnus par le Code des professions ;
- De contribuer activement au développement d'une véritable culture de l'interdisciplinarité et de la multidisciplinarité au sein de ses professionnels de la santé.

4 LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES MÉDICO-HOSPITALIERS: COHÉRENCE, CONTINUITÉ ET COMPLÉMENTARITÉ

L'OPDQ a déjà fait part de ses commentaires sur la situation qui prévaut en matière de soins nutritionnels notamment la discontinuité des soins nutritionnels dans la section trois qui porte sur l'amélioration de l'organisation et des modes de service.

Par conséquent, nous limiterons nos commentaires à quelques points.

4.1.1 L'architecture des services médico-hospitaliers

Que ce soit pour les services locaux ou régionaux, il est question de « plateau technique » dans le but d'offrir des services adaptés en lien avec leurs missions et lorsque les besoins de la population le justifient. L'OPDQ s'interroge sur cette nomenclature. En effet, qui déterminera les services offerts par ces plateaux techniques et qui déterminera les besoins de la population desservie par ces plateaux techniques ? Les énoncés du document de consultation ne nous éclairent pas sur le processus que le ministère de la Santé et des Services sociaux compte mettre de l'avant pour déterminer les services offerts par ces plateaux techniques. De plus, ce qui est proposé ne nous paraît pas conduire à une solution à la discontinuité des soins qui existe et, en particulier, en matière de soins nutritionnels.

4.1.2 Des « corridors » de services fonctionnels et efficaces

La notion mise de l'avant de « corridors » de services nous sourit puisqu'elle semble ressembler à ce que certains milieux ont déjà mis en oeuvre et qu'ils appellent la gestion par programme. Un tel mode de fonctionnement à l'intérieur d'un même centre nous a permis d'observer une amélioration marquée de la qualité des services professionnels rendus dont, en nutrition clinique.

Compte tenu de la disponibilité des ressources actuelles en nutrition clinique, nous nous interrogeons sur la faisabilité d'établir ces corridors à la dimension de territoires donnés.

4.1.2.1 - RECOMMANDATION

Attendu que :

- La disponibilité des ressources actuelles en nutrition clinique est, au mieux, limitée;
- Il y a discontinuité des soins nutritionnels ;
- Le processus qui vise à déterminer la nature des services offerts par les plateaux techniques n'est pas précisé.

L'OPDQ demande au Gouvernement de préciser rapidement le mode de fonctionnement qu'il entend mettre en oeuvre pour déterminer l'offre de services professionnels dispensés par ces « plateaux techniques » et les « corridors » de services.

5 L'OPTIMISATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec a fait de l'accès à des services professionnels de qualité un élément de sa mission. L'optimisation de cette qualité nous apparaît donc être un objectif louable. D'ailleurs, l'OPDQ contribue déjà à cet objectif en participant aux consultations du Gouvernement qui porte sur cette question.

5.1.1 La sécurité des soins et services

La sécurité des soins et des services est également une priorité pour l'OPDQ. À cet effet, nous nous sommes récemment doté de normes de compétences en nutrition clinique et avons procédé à une « réingénierie » de notre système d'inspection. Au cours du printemps 2006, l'OPDQ émettra son avis sur l'intervention spécifique des diététistes en dysphagie. Nos normes de compétences et notre avis, à l'instar de plusieurs de nos documents normatifs, feront l'objet d'une diffusion large au sein du réseau de la santé et seront disponibles au public sur notre site web. Nous privilégions déjà une certaine transparence et une communication ouverte.

Par ces actions, l'OPDQ est mieux en mesure de s'assurer que ses membres, en particulier ceux qui oeuvrent en nutrition clinique, travaillent avec une démarche centrée sur les priorités, les besoins et la sécurité du patient.

5.1.2 Les nouveaux leviers pour améliorer la qualité des services

Chaque ordre professionnel a pour principale fonction d'assurer la protection du public. À cette fin, il doit notamment contrôler l'exercice de la profession par ses membres²⁷. À cette fin, les ordres professionnels ont des responsabilités légales précises et afin de les exercer, ils ont reçu des pouvoirs du législateur dont :

- Le contrôle de la formation nécessaire à l'admission à la profession;
- Le contrôle de l'admission à la profession;
- La formation continue;
- L'inspection professionnelle de ses membres;
- La discipline.

5.1.2.1 - RECOMMANDATION

Compte tenu de cet état de fait, l'OPDQ est d'avis que le Gouvernement devrait d'abord s'appuyer sur le système professionnel pour s'assurer de la qualité des services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il nous apparaît important de rappeler qu'il faille éviter de doubler un système qui fonctionne déjà depuis plus de trente ans et qui fait ses preuves.

6 L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS POUR RÉDUIRE LES DÉLAIS D'ATTENTE

Cette dimension du document de consultation nous apparaît fort intéressante. Elle pose la question du droit à la santé et des moyens à mettre en œuvre et d'en garantir l'accès.

Ce droit serait inscrit dans le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* de l'Organisation des Nations unies²⁸. La Commission des droits de la personne et de la jeunesse définit ce droit comme étant « le droit de toute personne de bénéficier des programmes, biens, services, installations et conditions lui permettant de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle puisse atteindre »²⁹.

Conformément à l'avis de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse et à notre mission, nous affirmons que l'ensemble de la population du Québec a droit à des services médicaux dont ils ont besoin et ce, en toute dignité. Il importe donc de préserver et d'améliorer cet acquis social important.

Par contre, nous laissons aux sociologues et aux économistes de la santé le soin de débattre avec nos politiciens de la forme et du type d'accès aux services médicaux qui doivent être mis de l'avant au Québec.

6.1 L'option privilégiée par le gouvernement : un Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente

Nous avons étudié avec attention le fonctionnement général de la garantie d'accès aux services. Bien que, dans un premier temps, le document de consultation ne traite pas les services en nutrition clinique, nous y voyons des pistes de solutions qui permettraient de palier la discontinuité des services en nutrition clinique et d'apporter des correctifs utiles et pertinents pour le public qui requiert de tels soins. Par contre, le fonctionnement proposé soulève des interrogations.

Nous comprenons mal pourquoi le plan de l'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente ne se limite, dans un premier temps, qu'à certains types d'interventions chirurgicales ou électives. Pourtant, et de l'aveu même du Gouvernement, ce sont les maladies chroniques qui représentent aujourd'hui la plus importante part de la charge de morbidité au Québec. D'ailleurs, l'Organisation panaméricaine de la santé (PAHO) note que les maladies chroniques ou non transmissibles représentent 70% des décès dans la Région des Amériques et que plus de la moitié de la mortalité prématurée chez les personnes âgées de moins de 70 ans est attribuée à ces maladies. De plus, la PAHO se dit alarmée par le coût croissant lié à ces maladies pour la société³⁰. Enfin, la demande croissante de soins à l'endroit de notre réseau de la santé serait en très grande partie attribuable à la montée des maladies chroniques.

Selon l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, le coût total des maladies, des handicaps et des décès au Canada dus aux maladies chroniques s'élèvent à plus de 80 milliards de dollars chaque année dont 28 seraient attribuables aux maladies cardiovasculaires, 14 au diabète et ses complications, 13 aux cancers, 8 aux maladies respiratoires et 1,8 à l'obésité³¹.

Par conséquent, nous aurions souhaité que le plan propose des solutions, des stratégies précises, en plus de la prévention, pour faire face, notamment, à ce fléau. Puisque la nutrition est un

facteur déterminant, voire central, du traitement de ces maladies, il aurait été pertinent, selon notre expérience et notre expertise, que la garantie d'accès s'étende également à la nutrition clinique.

6.1.1.1- RECOMMANDATION

Attendu que :

- La législation québécoise reconnaît que la nutrition est un facteur déterminant d'un nombre important de pathologies, simples ou complexe dont, les maladies chroniques qui sont responsables de l'accroissement des coûts au sein du réseau de la santé ;
- Nombres de traités internationaux rappellent que l'accès digne à une alimentation adéquate en qualité et en quantité est un droit³² ;
- L'absence d'une intervention nutritionnelle pertinente peut prolonger la durée de séjour, augmenter du risque de réhospitalisation et accroître la durée de convalescence ;
- Plusieurs centres n'offrent pas toute la gamme des services en nutrition clinique ;
- Ceux qui offrent un service en nutrition clinique accusent souvent des délais d'attente qui peuvent atteindre 12 mois ;
- Le coût de l'intervention nutritionnelle est relativement faible en comparaison avec d'autres types d'interventions.

L'OPDQ demande au gouvernement de faire de la nutrition clinique un des services visés par la garantie d'accès.

6.2 Le fonctionnement général de la garantie d'accès aux services

Le fonctionnement du mécanisme pour garantir l'accès aux services viserait à assurer aux patients un traitement à l'intérieur de délais définis.

Advenant que la garantie d'accès puisse s'étendre à d'autres types de services et en particulier à la nutrition clinique, le mode de fonctionnement proposé ajoute un échelon d'intervention supplémentaire à ce qui est prévu au Code des professions : le médecin spécialiste. Cette limitation, notamment en nutrition clinique, aura certainement pour effet de limiter l'accès et ainsi priver le public d'un service en santé.

Nous espérons que cet intermédiaire supplémentaire ne visait que les interventions chirurgicales précisées à la section 5.7.2 de *Garantir l'accès*.

6.2.1.1- RECOMMANDATION

Attendu que :

- Le mécanisme proposé est plus limitatif que celui prévu par le Code des professions pour ce qui est des activités réservées en nutrition clinique.

L'OPDQ demande au Gouvernement que les modalités de fonctionnement entourant la garantie d'accès soient conformes à ce qui est prévu au Code des professions.

6.3 Au-delà du neuf mois d'attente

L'OPDQ comprend mal pourquoi le mécanisme proposé pour garantir l'accès ne débouche sur une démarche « exceptionnelle » qu'au-delà d'une période d'attente de neuf mois. Cette norme nous paraît arbitraire et certainement mal adaptée aux problématiques pour lesquelles la nutrition est un facteur déterminant.

Néanmoins, nous croyons que la possibilité de recourir à un service à l'extérieur du réseau de la santé sans frais pour le requérant, peut être une solution intéressante dans certaines situations. Par exemple, elle pourrait permettre, dans le cas de petits CHSLD ou de résidences pour personnes âgées, de retenir les services d'une diététiste/nutritionniste pour que, lorsque requis, il y ait détermination d'un plan de traitement nutritionnel pour ceux-ci, d'assurer le suivi du traitement ainsi que la surveillance de leur état nutritionnel.

Cependant, 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 répondants³³. Ainsi, nous constatons que la capacité de payer des personnes devient une barrière à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux.

6.3.1.1 - RECOMMANDATION

Attendu que :

- Le délai d'attente proposé peut être contre-indiqué lorsque la nutrition est un facteur déterminant du traitement d'une pathologie ;
- Les services des diététistes/nutritionnistes sont couverts par peu de programmes d'assurance santé privés.

L'OPDQ recommande au Gouvernement de mettre plus de flexibilité dans les délais d'attente afin de les rendre plus adaptés aux réalités et aux besoins propres aux pathologies pour lesquelles la nutrition est un facteur déterminant.

De plus, l'OPDQ demande au Gouvernement de s'assurer que s'il va de l'avant avec son plan, que l'ensemble des compagnies d'assurance de santé privées couvre les services des diététistes/nutritionnistes.

7 LES ENJEUX DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Compte tenu de notre champ d'expertise, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec laisse ici aux sociologues et aux économistes de la santé le soin de débattre avec nos politiciens des enjeux du système de santé et de services sociaux. Nous ne mentionnerons qu'un seul point.

7.1 Prévention : Un financement à garantir

Il est intéressant de noter que le document de consultation, dans sa section sur les enjeux du financement du système de santé et de services sociaux, ne mentionne rien au sujet des dépenses liées à la prévention. Pourtant, et selon le Rapport Perrault, moins de 3 % du budget de la santé du Québec serait consacré à la prévention (environ 600 millions de dollars selon le budget 2006-2007). Or, certains organismes avancent que les pays devraient investir 5 % de leur budget annuel pour les interventions de promotion et de prévention (environ 2,5 milliards de dollars selon le budget 2006-2007).

Pourtant tous, y compris les auteurs du document « Garantir l'accès » conviennent de l'importance de la prévention afin d'assurer la pérennité du système de santé du Québec.

7.1.1.1- RECOMMANDATION

Attendu que :

- La prévention des maladies et la promotion de la santé sont prioritaires afin d'assurer la pérennité du système de santé du Québec ;
- Ce secteur d'activité se révélerait sous financé de manière chronique ;
- Selon les experts, un dollar dépensé en prévention permettrait d'en économiser jusqu'à sept en soins ;
- La qualité, la profondeur et l'efficacité des actions en prévention des maladies et en promotion de la santé à mettre en œuvre dépendent d'un financement suffisant et récurrent.

L'Ordre professionnel recommande au Gouvernement d'élever le financement de la prévention des maladies et de la promotion de la santé au niveau suggéré.

8 CONCLUSION

Pour l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, le document de consultation « « Garantir l'accès » : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité » ouvre plusieurs pistes qui peuvent être porteuses d'un meilleur avenir pour notre réseau de la santé. Nous constatons que pour chaque bonne orientation, que ce soit en prévention, dans l'organisation ou dans la hiérarchisation des soins ou dans l'accès à ces mêmes soins, il y a un souci d'une action systémique, globale. C'est là une qualité du document et de toute action efficace en santé.

Par contre, dans la précision de chaque orientation, nous observons que le Gouvernement se prive d'aller au bout de sa réflexion et parfois opte pour des actions que nous qualifierions de particulière. C'est dans ces choix que nous nous interrogeons. Il nous apparaît important de ramener le tout à des dimensions qui permettent d'apporter des solutions aux problématiques liées à l'appauvrissement de la population et à l'accroissement alarmant du nombre de cas de maladies chroniques. L'un et l'autre sont responsables de l'étranglement que subit notre réseau de la santé. Le document « Garantir l'accès » apporte peu de solutions à cet égard.

Voilà pourquoi l'OPDQ a choisi de mettre de l'avant des propositions qui visent à corriger, dans le meilleur intérêt de tous, ces problématiques fort inquiétantes.

Ce travail a été rendu possible par la généreuse contribution de mesdames Ginette Caron Dt.P, M.Sc., secrétaire du comité d'inspection professionnelle, Louise Lavallée Coté Dt.P, M.Sc., conseillères aux affaires professionnelle et de Me Janick Perreault Dt.P., Syndic, ainsi que Monsieur Paul-Guy Duhamel Dt.P., président de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec.

9 PRÉSENTATION DE L'ORDRE

9.1 L'Organisme

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec est constitué en vertu du Code des professions (L.R.Q., Chapitre C-26). Il est le seul ordre professionnel dont les membres ont fait de la nutrition humaine et de l'alimentation leur champ d'exercice professionnel.

9.2 Sa mission

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec 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.

L'Ordre contribue 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'alimentation³⁴.

9.3 Ses membres

9.3.1 La profession de diététiste/nutritionniste

Les titres de diététiste et de nutritionniste sont deux titres réservés qui représentent une même profession. Grâce à leurs connaissances de pointe, les quelque 2 000 diététistes/nutritionnistes membres de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec sont les seuls professionnels de la santé dont le champ principal d'activité est la nutrition humaine et l'alimentation. Les secteurs d'activité des diététistes/nutritionnistes sont variés :

- nutrition clinique
- nutrition publique
- gestion de services d'alimentation
- services-conseils
- enseignement
- communications
- recherche
- industrie

Les activités professionnelles exercées par les diététistes/nutritionnistes exigent une formation appropriée et la maîtrise de compétences particulières, tout en engageant l'entière responsabilité du professionnel. Certaines activités sont par ailleurs susceptibles de causer des préjudices graves à la population si elles ne sont pas effectuées par les diététistes/nutritionnistes ou les médecins.

9.3.2 La formation

La formation universitaire exigée est hautement scientifique et inclut au curriculum plusieurs cours obligatoires dont :

- biochimie
- microbiologie
- anatomie macroscopique humaine
- physiologie
- science des aliments
- salubrité et qualité des aliments
- technologie alimentaire
- chimie des aliments
- méthodes quantitatives
- nutrition fondamentale
- nutrition appliquée
- nutrition clinique et recherche

La formation universitaire de base est complétée par 40 semaines de stages, principalement en nutrition clinique, en nutrition publique, en gestion de services alimentaires et en recherche.

9.3.3 Le champ d'exercice des diététistes/nutritionnistes

Il consiste à :

« Évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en oeuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé »

« L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités sont des activités également comprises dans le champ d'exercice de ces professionnelles » (Code des professions, article 37 c)

9.3.4 Les activités réservées des diététistes/nutritionnistes^{35 36}

Le législateur a octroyé la réserve de deux activités aux diététistes/nutritionnistes depuis le 1^{er} juin 2003 : (37.1 a) et b) du Code des professions.

- a) 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 ;
- b) *Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé.*

Annexe

Les recommandations du Rapport Perrault, excluant la politique alimentaire, qui ont pour objet de créer des environnements favorables à la santé sont :

- Soutenir les parents afin de les aider à faire face à la contingence des modes de vie contemporains en incluant, à la politique de conciliation travail-famille, une section visant l'adoption de saines habitudes de vie.
- Financer le maintien et l'augmentation du temps consacré à l'éducation physique à l'école afin de satisfaire les besoins des jeunes et ce, autant au primaire qu'au secondaire ou au collégial.
- Financer le maintien et le développement des activités parascolaires dans les écoles en insistant sur la nécessité d'une approche de collaboration entre l'école et les autres acteurs du milieu : municipalités, organismes communautaires, organismes de loisirs et de sport, etc.
- Maintenir et augmenter les subventions qui soutiennent la mise en place et l'entretien des infrastructures pour la pratique d'activités physiques de même que les interactions entre les milieux pour augmenter l'accessibilité à ces infrastructures.
- Encourager les initiatives qui favorisent l'adoption de saines habitudes de vie auprès des jeunes et de leurs familles.
- Définir une politique d'avantages fiscaux pour les ménages dont les membres s'inscrivent à des activités sportives.
- Assurer le transfert de ces notions aux parents lors de séances d'information ou par de la documentation.
- Organiser, dans les écoles et ailleurs si possible, des activités à l'extérieur, lorsque la température le permet, obligatoirement une fois par jour, idéalement deux fois par jour.
- S'assurer que les jeunes soient actifs une heure par jour (échauffement matinal, récréation, service de garde, période du dîner...).
- Offrir un choix diversifié d'activités parascolaires afin de répondre aux besoins d'un grand nombre de jeunes, et cela, en collaboration avec les autres acteurs du milieu (municipalités, associations, organismes communautaires, etc.).
- Revaloriser l'éducation physique comme moyen de contribution au développement moteur et au renforcement des habiletés psychomotrices de base, comme élément contribuant à un meilleur apprentissage et comme un outil d'intervention pour les jeunes en difficulté.
- Encourager l'ensemble du personnel scolaire, dont l'éducateur physique, à s'engager dans la promotion de saines habitudes de vie chez les jeunes, notamment sur l'heure du dîner, lors des récréations ainsi que lors des activités en classe et des activités parascolaires.
- Maximiser l'accessibilité et l'utilisation des infrastructures et de l'équipement sportif autant pour les jeunes de l'école que pour les familles et la communauté.
- Offrir aux jeunes des endroits pour entreposer leurs vélos.

Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec
Dans le cadre de la consultation du MSSS
« Garantir l'accès » : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité »

OPDQ - Avril 2006

- Améliorer, adapter et financer le transport scolaire, ainsi que le transport collectif, dans le but de faciliter la participation des jeunes aux activités parascolaires tout en aidant les parents.
- Rendre sécuritaire les réseaux de transport actif dans les zones scolaires.
- Organiser des défis sportifs visant à encourager la pratique de l'activité physique.
- Assouplir la réglementation et les ententes concernant les échanges d'infrastructures avec les milieux de garde et les écoles.
- Assurer la communication entre les intervenants responsables des sports et loisirs afin d'organiser et améliorer l'offre des services, offrir des cadres de formation et du suivi pour assurer la qualité de l'intervention.
- Diversifier les services offerts en sport et tenir compte des sports non fédérés qui attirent les jeunes.
- Mettre sur pied des installations et élaborer des horaires flexibles pour que les parents puissent réaliser leur période d'activité en même temps que celle des enfants.
- Organiser et promouvoir des activités familiales et ajuster les tarifs pour rendre les activités accessibles à toutes les familles.
- Faciliter l'inscription des jeunes aux activités de la municipalité.
- Profiter des événements spéciaux (sportifs ou autres) pour initier les familles à des activités sportives et des loisirs de toutes sortes.
- Rendre les sites agréables et sécuritaires pour faciliter la pratique d'activités physiques telle que la marche (éclairage, arbres, bancs, etc.)
- Planifier le développement urbain afin qu'il favorise les déplacements à pied et à vélo en diminuant l'étalement urbain et en augmentant la densité de la population. Prévoir des espaces publics, au cœur des villes et des quartiers, qui seraient accessibles uniquement aux piétons et où se trouveraient des services.
- Développer le réseau routier pour un meilleur partage de la route entre automobilistes, piétons et cyclistes, notamment pour la traversée des ponts.
- Établir des bases de plein air en milieu urbain.

Valoriser les emplois à temps partiel en sports et loisirs pour les adolescents.

10 BIBLIOGRAPHIE OU RÉFÉRENCES

- ¹ Agir ensemble pour contrer l'insécurité alimentaire http://www.opdq.org/download_doc.asp?id=721
- ² Le dépistage et le traitement de la malnutrition en centre hospitalier de courte durée - Un investissement rentable http://www.opdq.org/download_doc.asp?id=415
- ³ La problématique de malnutrition chez les personnes âgées http://www.opdq.org/download_doc.asp?id=412
- ⁴ Position de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel http://www.opdq.org/download_doc.asp?id=411
- ⁵ Les nouveaux enjeux liés à l'innocuité alimentaire http://www.opdq.org/download_doc.asp?id=1357
- ⁶ Mémoire sur la création des Réseaux locaux de services http://www.opdq.org/download_doc.asp?id=1473
- ⁷ L'Ordre professionnel des diététistes du Québec endosse la Charte des droits alimentaires de l'Union des consommateurs http://www.opdq.org/download_doc.asp?id=1865
- ⁸ Problématique du poids : L'OPDQ se positionne et mise sur la prévention auprès des jeunes <http://www.opdq.org/article.asp?article=3283>
- ⁹ Cinq recommandations à mettre en oeuvre au Québec afin de contrer l'obésité <http://www.opdq.org/article.asp?article=3370>
- ¹⁰ Urgence d'adopter une politique en matière d'alimentation et de nutrition <http://www.opdq.org/article.asp?article=3390>
- ¹¹ Rapport de l'Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes http://www.brillier.gouv.qc.ca/documentation/pdf/rapport_perrault.pdf
- ¹² <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/docs/chartre/index.html>
- ¹³ Charte d'Ottawa pour la promotion de la Santé, 1986, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/chartre.pdf>
- ¹⁴ Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec 2005- Produire la santé <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-228-01.pdf>
- ¹⁵ Organisation Mondiale de la Santé, Stratégie mondiale pour l'Alimentation, l'Activité physique et la santé, mai 2004, http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_french_web.pdf
- ¹⁶ Lise Bertrand, MPH, responsable, équipe Développement social. Une étude géomatique de l'approvisionnement alimentaire à Montréal : où sont les iniquités ? Le cas des fruits et des légumes frais. , Direction de santé publique de Montréal. Année ?
- ¹⁷ Ouellette S. et al, La problématique de malnutrition chez les personnes âgées, Ordre professionnel des diététistes du Québec, mars 1999
- ¹⁸ Hammoud Z., Dénutrition chez les aînées, un casse-tête biochimique, présentation dans le cadre du colloque *Personnes âgées et nutrition clinique*, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, mars 2006
- ¹⁹ *Bringing Nutrition Screening to Seniors* (BNSS), 2003, <http://www.dietitians.ca/seniors/>
- ²⁰ Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Info-Stats, juin 2003
- ²¹ Jonkers-Schuitema C. F. Dietitian Nutrition Support Team, Academic Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands HOSPITAL MALNUTRITION A CHALLENGE FOR THE CLINICAL DIETITIAN? May 2003
- ²² 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
- ²³ 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
- ²⁴ Association des nutritionnistes cliniciens du Québec, CADRE DE RÉFÉRENCE EN NUTRITION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, février 2006

Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec
Dans le cadre de la consultation du MSSS
« Garantir l'accès » : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité »

OPDQ - Avril 2006

²⁵ DIETITIANS OF CANADA – Ontario Submission to the Standing Committee on Finance and Economic Affairs, février 2004

²⁶ 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

²⁷ Code des professions du Québec, Art. 23, http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26.htm

²⁸ Organisation des Nations Unies, *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, (1976) 993 R.T.N.U. 13, art. 12

²⁹ Commission des droits de la personne et de la jeunesse, *Après 25 ans, la Charte québécoise des droits et libertés*, vol 1 : bilan et recommandations, 2003, p.28

³⁰ Organisation panaméricaine de la santé, Résolution CE 130.R13, 13^{ième} session du comité exécutif, juin 2002 <http://www.paho.org/french/gov/ce/ce130.r13-f.pdf>

³¹ http://www.chronicdiseaseprevention.ca/content/case_for_change/case_for_change.asp?lang=EN&

³² **Charte des droits fondamentaux dans le secteur alimentaire de l'Union des consommateurs** <http://consommateur.qc.ca/union/docu/agro/CharteAliment.pdf>

³³ Médecins du Monde, Observatoire de l'accès au soins, <http://www.medecinsdumonde.org/2missions/france/observatoire/5%20accesdroitsetsoins.htm>

³⁴ Adaptation de la mission de l'OPDQ, www.opdq.org

³⁵ Code des professions du Québec http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26.htm

³⁶ Guide d'information sur la Loi modifiant le Code des professions et d'autres disposition administratives dans le secteur de la santé, www.opdq.org/download_doc.asp?id=665