



**Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé
et des services sociaux notamment par l'abolition des agences
régionales**

Mémoire
de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

Octobre 2014

Ordre professionnel des diététistes du Québec
2155, rue Guy, bureau 1220, Montréal (Québec) H3H 2R9
Tél. : 514 393-3733 • Sans frais : 1 888 393-8528 • Téléc. : 514 393-3582
opdq@opdq.org • www.opdq.org



La mission de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec est de valoriser l'importance de la nutrition, de la saine alimentation et des soins nutritionnels pour la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé humaine. À cette fin, l'OPDQ privilégie des interventions de qualité optimale de la part de ses membres, et ce, en fonction des divers besoins nutritionnels de la population québécoise.

Ce faisant, l'OPDQ contribue à la protection du public et contrôle la qualité de l'acte professionnel tout en favorisant la promotion, le développement et la reconnaissance des compétences de ses membres.

Nous tenons à remercier, pour leur précieuse collaboration à la rédaction du mémoire de l'OPDQ, les personnes suivantes :

M^{me} Paule Bernier, Dt. P., M. Sc., présidente de l'OPDQ

M^{me} Julie Desrosiers, Dt. P., M. Sc.

M^{me} Lise Giroux, Baccalauréat ès sciences (nutrition), M.P.A.

M. Bernard-Simon Leclerc, Dt. P., M. Sc., Ph. D.

M^{me} Patricia McKinnon, Dt. P., M. Sc.

M^e Annie Chapados, directrice générale et secrétaire, OPDQ

M^{me} Joanie Bouchard, Dt. P., M.Sc.(c), directrice des affaires professionnelles, OPDQ

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
CHAPITRE PREMIER – COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	6
CHAPITRE I.1 – SITUATION ACTUELLE ET ENJEUX.....	6
<i>Chapitre I.1.1 – La dénutrition en milieu hospitalier : impacts sur l'accès aux soins et sur les coûts de santé</i>	7
<i>Chapitre I.1.2 – La dénutrition en milieu hospitalier et les services alimentaires</i>	8
<i>Chapitre I.1.3 – Santé publique et prévention</i>	9
<i>Chapitre I.1.4 – Les maladies chroniques</i>	9
<i>Chapitre I.1.5 – Accès à l'information médicale des patients</i>	10
CHAPITRE DEUXIÈME – COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES	11
ARTICLE 89.....	12
ARTICLE 90.....	12
ARTICLE 94.....	12
ARTICLES 130 ET 132	13
ARTICLE 36.....	14
SANTÉ PUBLIQUE : PRÉVENTION ET PROMOTION.....	15
PROTECTION DU PUBLIC : QUALITÉ DE L'ACTE PROFESSIONNEL ET GESTION DE RISQUES	15
CONCLUSION	17
ANNEXE	19
RECOMMANDATIONS DE L'OPDQ	19
RÉFÉRENCES	22

INTRODUCTION

Le 25 septembre dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux déposait devant l'Assemblée nationale du Québec le projet de *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, ci-après désignée le *projet de loi 10*. Le 7 octobre 2014, son principe était adopté et le projet renvoyé pour étude devant la Commission de la santé et des services sociaux; le gouvernement exprimait alors son désir d'entendre l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ), d'où le présent mémoire.

L'OPDQ tient à remercier le ministre de la Santé et des Services sociaux de même que les députés membres de la Commission de lui permettre de vous présenter le résultat de ses réflexions et de ses appréhensions quant aux enjeux soulevés par le projet de loi 10.

Les diététistes/nutritionnistes sont des spécialistes de l'alimentation et de la nutrition humaine. La nutrition est une discipline qui sous-tend tous les aspects de la vie, de la conception aux soins de fin de vie. Elle est un facteur déterminant de la santé physique et du bien-être, et aussi du succès des traitements médicaux, chirurgicaux et oncologiques, notamment. Ainsi, son importance est-elle mesurable tant en santé publique qu'en soins curatifs et en réadaptation.

Le champ d'exercice des diététistes/nutritionnistes consiste à « évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé¹ ». Le champ d'exercice professionnel des membres de l'OPDQ, à savoir le maintien et le rétablissement de la santé, transcende le continuum de soins et couvre une large finalité qui prend en compte la personne dans sa globalité, incluant son environnement. L'information, la promotion de la santé et la prévention des maladies, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités s'inscrivent également dans le champ d'exercice de la profession². Depuis 2003, deux activités sont strictement réservées aux membres de l'OPDQ : 1) déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, d'une personne à l'égard de laquelle une ordonnance individuelle indique que la nutrition est un facteur déterminant du traitement de sa maladie; et 2) surveiller l'état nutritionnel d'une personne à l'égard de laquelle un plan de traitement nutritionnel a été déterminé³.

Les diététistes/nutritionnistes non seulement interviennent dans l'ensemble du continuum de soins, mais le font à tous les paliers. Plus de 80 % des membres de l'OPDQ exercent leur profession dans le domaine de la santé et des services sociaux, et ce, à l'intérieur du réseau public. Leurs secteurs d'intervention, très diversifiés, comprennent entre autres la nutrition clinique, la nutrition en santé publique et la gestion des services d'alimentation. Les diététistes/nutritionnistes œuvrent dans tous les milieuxⁱ, incluant les centres hospitaliers de soins de courte durée (CH), les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres de réadaptation (CR), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les agences régionales de la santé et des services sociaux et leur direction de

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

santé publique, l'Institut national de santé publique du Québec, le Conseil québécois d'agrément ainsi que dans divers ministères. Les diététistes/nutritionnistes fournissent des soins de proximité à la population québécoise, agissent comme maîtres de stages et enseignent la discipline de la nutrition à de futurs praticiens, dont les médecins. Finalement, par leurs activités de recherche et d'évaluation, les nutritionnistes contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes, cela, indépendamment de leur secteur d'activités.

L'OPDQ compte environ 3 000 membres. Le réseau de la santé et des services sociaux, comme nous l'avons mentionné précédemment, constitue le principal milieu de travail des membres, quoique ces dernières aient laissé poindre une plus grande pénétration dans les secteurs de l'industrie agroalimentaire et biopharmaceutique de même que de la pratique privée. Le tableau 1 illustre la répartition des membres travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Tableau 1. État de situation : statistiques sur les membres de l'OPDQ dans le réseau de la santé et des services sociaux

Milieu de travail : réseau de la santé et des services sociaux	Nombre	%
Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)	615	25,09
Centre local de services communautaires (CLSC)	547	22,32
Centre hospitalier universitaire (CHU) et centre hospitalier affilié (CHA) universitaire	420	17,14
CH/CHR/CLSC/CHSLD	245	10,00
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	225	9,18
CLSC/CHSLD	104	4,24
Centre de réadaptation	101	4,12
Agence de la santé et des services sociaux et direction de santé publique	75	3,06
Groupe de médecine de famille (GMF)	63	2,57
Centre hospitalier de soins psychiatriques	47	1,92
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)	9	0,37
Total	2 451	100,00

Maintenant que nous avons dressé un portrait sommaire de la profession, les commentaires dont l'OPDQ souhaite faire part à la commission parlementaire seront présentés en deux chapitres : un premier réunira des commentaires généraux relatifs à l'accès aux soins et aux services nutritionnels, à l'importance de la prévention et de la promotion de saines habitudes alimentaires de même qu'à la qualité de l'acte et à la gestion des risques associés; un deuxième chapitre fera état de commentaires spécifiques à certaines dispositions du projet de loi soumis pour analyse.

CHAPITRE PREMIER – COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

D'emblée, l'OPDQ souhaite réaffirmer que, dans l'ensemble, il se montre favorable à toute réforme du système de santé et des services sociaux québécois dont l'objectif est de « favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau ». Dans cette perspective, l'harmonisation des services et des pratiques ne peut qu'être souhaitable pour la population qui en bénéficie, tout comme pour les professionnels du réseau qui les organisent et les dispensent. Vous comprendrez que notre analyse de ce projet de loi est faite sous l'angle de la protection du public et de la qualité de l'acte tel que le veut la mission des ordres professionnels, mais également sous celui de la sécurité des soins sur lesquels influe la nutrition.

Cela dit, l'atteinte de ces nobles objectifs ne pourra se matérialiser que si certaines conditions sont respectées, conditions qui sont d'ailleurs directement tributaires d'une compréhension éclairée de la situation qui prévaut actuellement.

CHAPITRE I.1 – Situation actuelle et enjeux

Il nous apparaît important de décrire la situation actuelle en matière de services en nutrition puisque l'article 94 du projet de loi 10 stipule que « dès le début de l'année financière, le ministre transmet à chacun des établissements le montant des sommes qui leur sont allouées. Il leur fait également connaître les orientations et priorités ministérielles applicables en matière d'équilibre budgétaire, de budget, de services et, pour les établissements régionaux, de subventions et d'allocation de ressources.

L'étude *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010*ⁱⁱ, fruit du travail de 500 scientifiques de 50 pays, a démontré que globalement, au Canada, les quatre facteurs de risque qui contribuent le plus au fardeau de la maladieⁱⁱⁱ sont les facteurs de risque alimentaires, le tabagisme, l'indice de masse corporelle élevé et l'hypertension artérielle.

Nous estimons qu'il existe une inadéquation entre les besoins de la population en services nutritionnels, tels que définis par les données probantes, et l'offre actuelle de tels services. Cette situation compromet la qualité globale des soins et des services, la sécurité des individus ainsi que leur accès aux soins.

Si la comparaison doit être faite avec d'autres juridictions ou des modèles différents de système de santé, il est primordial de prendre en compte tous les aspects de ces systèmes, incluant l'offre de services.

Aux États-Unis, à titre d'exemple, les diagnostics nutritionnels selon ICD-9 sont considérés des comorbidités ou des comorbidités majeures, telles que définies par les *Centers for*

ⁱⁱ http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_canada.pdf

ⁱⁱⁱ Le fardeau de la maladie tient compte des années de vie vécues avec de l'incapacité et de la mortalité prématurée due à diverses causes de décès. Il est basé sur le calcul d'un indicateur appelé années de vie corrigées de l'incapacité calculé au Québec par l'Institut national de santé publique du Québec. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1491_anneesviecorrigeesincapacite_indicevalfardeaumalqc_synth.pdf

*Medicare and Medicaid Services (CMS)*⁴. Ces diagnostics, lorsqu'identifiés et codés, ouvrent la voie au remboursement majoré pour les coûts additionnels engendrés⁵. De plus, le dépistage et le traitement de la dénutrition sont une obligation pour l'obtention de l'agrément⁶. En Europe, une résolution du Conseil de l'Europe reconnaît l'importance de l'impact de la dénutrition depuis 2003⁷. Ainsi, aux Pays-Bas, le ministère de la Santé a choisi le taux de dénutrition et l'atteinte d'objectifs cliniques y reliées comme indicateurs de qualité^{8,9}.

Par ailleurs, au-delà des structures, le groupe Kaiser Permanente¹⁰ et la Cleveland Clinic¹¹, par exemple, offrent un accès aux diététistes pour la prise en charge de maladies chroniques, tel le diabète, ce qui est loin d'être une situation universelle au Québec. Notons aussi que ces grands groupes privés américains offrent un soutien et une compensation monétaire à ses assurés qui prennent en charge la réduction des risques tels ceux liés à la nutrition¹².

Chapitre I.1.1 – La dénutrition en milieu hospitalier : impacts sur l'accès aux soins et sur les coûts de santé

L'état nutritionnel d'un individu se définit par le bilan entre ses apports nutritionnels et les besoins de ses différents organes, tissus et cellules. Un état de dénutrition survient lorsque les besoins nutritionnels ne sont pas comblés. À cet égard, une étude pancanadienne récente (incluant trois hôpitaux du Québec) confirme que 45 % des adultes admis aux unités de médecine et de chirurgie souffrent de dénutrition modérée à sévère. L'évaluation objective et rigoureuse de l'état nutritionnel de chaque patient est essentielle à un dépistage efficace. À l'heure actuelle, les patients ne sont généralement pas évalués, la dénutrition n'y est pas identifiée et la prévalence du phénomène échappe aux statistiques hospitalières officielles. Ces patients hospitalisés au Québec ne reçoivent donc pas les soins nutritionnels adéquats dont ils auraient besoin et auxquels ils sont en droit de s'attendre¹³.

La dénutrition à l'admission hospitalière, la détérioration de l'état nutritionnel durant l'hospitalisation et le fait de consommer moins de 50 % des aliments qui leur sont fournis sont des facteurs indépendants qui augmentent la durée de séjour^{14,15,16}. De plus, les patients dénutris présentent un taux de mortalité précoce plus élevé et un patient sur cinq sera réadmis dans les 30 jours suivant le congé¹⁷, ce qui occasionne une pression supplémentaire et inutile sur le système de soins¹⁸ et contribue à exacerber son inefficacité. Ces patients dénutris voient souvent leur retour à la maison compromis et ont davantage besoin de réhabilitation, de soins de longue durée ou de soins en soutien à domicile¹⁹. Puisque ces patients souffrent déjà de dénutrition au moment de leur admission au centre hospitalier, l'OPDQ y voit un signe de non-prise en charge de l'état nutritionnel en première ligne.

Qui plus est, la présence de dénutrition accroît les coûts d'hospitalisation, et ce, de 2 800 \$ et de 2 500 \$ par jour par patient, suivant que la dénutrition soit d'intensité modérée ou sévère²⁰. Tout cela sans dire que la dénutrition est un facteur qui influence le développement de complications telles les infections du site opératoire²¹, les pneumonies acquises sous ventilation assistée, les plaies de pression²², les chutes accidentelles²³, les infections nosocomiales²⁴, pour ne nommer que ces quelques événements indésirables. Or, par exemple, les coûts associés aux plaies de pression sont de l'ordre de 9 000 \$ par patient²⁵.

Par ailleurs, notons que différentes juridictions dans le monde ont publié une liste d'événements ne devant jamais se produire et faisant l'objet de lignes directrices nationales quant à leur prévention. À titre punitif, ces « never events » n'ouvrent pas la voie au remboursement aux centres hospitaliers où ils se produisent. La liste du *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)* a ainsi publié une liste de 10 catégories d'événements, dont les plaies de pression de stade III et IV, les blessures causées par les chutes, les manifestations d'un contrôle glycémique inadéquat et les infections de sites opératoires²⁶. Ces événements ont tous une dimension nutritionnelle.

Notons également qu'une étude menée auprès des médecins du Canada (dont le Québec) révèle que les médecins considèrent que la problématique de la dénutrition en centre hospitalier est très pertinente aux soins qu'ils prodiguent, mais qu'il existe un fossé entre la pratique actuelle et les lignes directrices, 45% d'entre eux déclarent qu'il existe une pénurie de nutritionnistes là où ils pratiquent. Par ailleurs, les résultats démontrent que les médecins ont des connaissances inégales en nutrition, affectant ainsi le moment où un soutien nutritionnel est initié, ce qui est associé avec une augmentation de la morbidité et de la mortalité²⁷.

Une étude similaire menée auprès des infirmières révèle qu'elles perçoivent la malnutrition comme un élément très pertinent, qu'elles sous-estiment la prévalence de dénutrition et qu'elles sont d'accord pour collaborer dans le dépistage de la dénutrition en incluant deux ou trois questions à leur formulaire d'admission²⁸.

La dénutrition en soins de courte durée n'est pas une problématique propre à ce milieu. L'OPDQ réitère que la problématique de la dénutrition est présente aussi entre autres en réhabilitation et en hébergement.

Notons que l'OPDQ a lancé un premier cri d'alarme en 1984, un second en 1996²⁹ par la diffusion de mémoires dont les solutions proposées n'ont pas fait l'objet d'orientations ministérielles et ne se sont donc pas traduites en actions dans le réseau.

Chapitre I.1.2 – La dénutrition en milieu hospitalier et les services alimentaires

Cela étant, l'OPDQ réitère que les services alimentaires en établissement ne doivent pas être considérés comme un service d'hôtellerie, mais bien, à l'instar de la législation et de la réglementation professionnelles, comme une partie intégrante du traitement médical. C'est dire que les budgets alloués par le Ministère devront permettre de combler les besoins nutritionnels accrus des individus lors d'hospitalisation. Nous vous rappelons que, présentement, le budget moyen consenti à la préparation des repas (fournitures et main-d'œuvre incluses) est de l'ordre de 8,00 \$ par jour par patient, tous les repas compris³⁰. Or, afin de combler les besoins d'un individu en santé, il faut consacrer à l'achat d'aliments un minimum de 8,19 \$³¹. Les besoins nutritionnels en phase catabolique, qui est la situation des patients hospitalisés, sont plus élevés que chez un individu en santé. Avec un budget si bas dans les hôpitaux, il est à peu près impossible de garantir que les besoins nutritionnels des patients seront comblés.

Et c'est dire bien entendu l'inquiétude que suscite un tel vent de fusion et de centralisation sur la gestion des services d'alimentation: passera-t-on également à un mode de gestion centralisé? Les modes de production et de distribution devront-ils être revus? Comment le

gouvernement s'assurera-t-il de l'adéquation entre l'offre alimentaire et les besoins de clientèles particularisées?

Chapitre I.1.3 – Santé publique et prévention

Par ailleurs, puisque les usagers arrivent à l'hôpital dénutris, il y a tout lieu de s'interroger sur les enjeux de santé publique et de prévention que laisse présager ce simple constat.

Rappelons que le ministère de la Santé et des Services sociaux, de pair avec un ensemble d'autres ministères et organismes gouvernementaux, a orienté ses actions de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids sur une série de mesures incluses dans le *Plan d'action gouvernemental pour la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des problèmes liés au poids, Investir pour l'avenir*. De ce plan d'action ont découlé plusieurs initiatives nationales (mais aussi régionales et locales) dont l'application et le déploiement nécessitent l'apport de nutritionnistes en santé publique. À ce titre, notons quelques exemples :

- la Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif *Pour un virage santé à l'école*;
- le *Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées – Miser sur une saine alimentation : une question de qualité*;
- *Gazelle et potiron. Cadre de référence pour des environnements favorables à la saine alimentation, au jeu actif et au développement moteur en services de garde éducatifs à l'enfance*.

Le projet de loi, bien qu'il souligne qu'une direction régionale de santé publique sera intégrée dans les futurs CISSS, ne précise pas les modifications potentielles de responsabilités que pourrait avoir une telle direction. Nous souhaitons rappeler l'importance d'investir en promotion de la saine alimentation pour la prévention primaire et secondaire des problèmes liés aux maladies chroniques, dont la prise en charge nécessitera l'utilisation de ressources matérielles et humaines.

Chapitre I.1.4 – Les maladies chroniques

Bien que la problématique de la dénutrition soit signifiante, ce n'est pas le seul exemple de l'importance à accorder à la physiologie lors de l'évaluation globale, dont la nutrition, si l'on veut pouvoir apporter des améliorations permettant d'augmenter l'efficacité et l'efficacé dans le système de santé au Québec. Citons le fardeau de la prévention et de la prise en charge inadéquates des maladies chroniques, dont l'impact est majeur non seulement pour le système de la santé, mais aussi pour l'économie générale de la province. Les maladies chroniques représentent un défi majeur pour notre système de santé et de services sociaux en raison de leur prévalence et des autres problèmes de santé qui y sont associés. Toutefois, comme l'a souligné le Commissaire à la santé et au bien-être dans son rapport d'appréciation de la performance 2010 sur l'état de la situation portant sur les maladies

chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux^{iv}, ce dernier peine présentement à relever le défi lancé par les maladies chroniques. L'accès insuffisant aux soins et aux services de première ligne a été montré du doigt.

Selon le rapport de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 de l'Institut de la statistique du Québec publié en 2014³², la présence d'au moins un problème de santé de longue durée (supérieure à six mois) touche environ une personne âgée de 15 ans et plus sur deux (48 %). Chez celles de 75 ans et plus, la proportion atteint 87 %. Six régions socio sanitaires affichent même de plus grandes prévalences. Notons que toutes les maladies chroniques identifiées par le Ministère (2012)³³ comportent une composante nutritionnelle. Si les habitudes de vie influent considérablement sur l'apparition des maladies chroniques et que les activités de prévention et le rôle de la santé publique apparaissent une solution éloquemment pertinente, force est de reconnaître que l'offre de services actuelle des nutritionnistes en santé publique est nettement déficiente. Actuellement, au Québec, la réponse aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques est, dans la majorité des cas, assurée par les centres hospitaliers, ce qui n'est pas sans conséquence d'un point de vue socioéconomique pour l'ensemble du système de santé.

L'OPDQ endosse la proposition du MSSS de prise en charge des maladies chroniques par une équipe interdisciplinaire de première ligne. Or, selon le document du MSSS³⁴ et celui de l'AQESS³⁵, l'inclusion d'une nutritionniste dans l'équipe interdisciplinaire en santé n'est encore qu'optionnelle. Sachant qu'il y a très peu de nutritionnistes en première ligne, la réussite de la prise en charge selon ces lignes directrices risque d'être compromise.

Vous aurez compris, Monsieur le Président, que, malgré son appui de principe, l'OPDQ exprime une vive inquiétude de voir s'effectuer deux coups de barre simultanément dans le réseau, soit des coupures massives de services exigées actuellement afin d'atteindre un objectif budgétaire et la réforme à venir, telle que décrite dans le projet de loi 10. L'on ne peut qu'espérer que la qualité de l'acte pourra être maintenue, notamment par des orientations ministérielles qui incluront la prévention des maladies chroniques, par des actions soutenues en promotion de la saine alimentation, et une priorisation des soins nutritionnels adaptés à cette clientèle, lors de tels diagnostics. Nous craignons également de voir se reproduire sur ce qui s'est passé lors la création des CSSS par la fusion de CLSC et d'hôpitaux. En effet, sous le couvert de la rationalisation, des services auparavant offerts à plus d'un CLSC ou point de services ont été regroupés à un seul endroit, réduisant d'autant l'accessibilité des services aux usagers.

Chapitre I.1.5 – Accès à l'information médicale des patients

Afin d'assurer la qualité de l'acte professionnel, les nutritionnistes doivent détenir un accès au dossier médical en temps opportun. Présentement, en trop de cas, les dossiers papier sont éparpillés à l'intérieur même des établissements de santé et de services sociaux. Le morcellement de l'information lorsque la charge de travail est déjà lourde risque de conduire à la non-prise en compte de renseignements importants et à des prises de décisions cliniques non éclairées. L'efficience en est diminuée et la sécurité des services de santé et

^{iv} http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/MaladiesChroniques/CSBE_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf

des services sociaux en est compromise. C'est dire que l'intégration des différentes constituantes en un nouveau très grand centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) demandera aussi une intégration informationnelle des dossiers médicaux. À ce titre, nous soulignons et dénonçons à la fois le fait que les membres de l'OPDQ n'aient pas accès au Dossier Santé Québec (DSQ) et que cela compromet la qualité et la sécurité des soins.

L'OPDQ réitère conséquemment que la réforme proposée, pour qu'elle soit une réussite, devra permettre de maintenir et d'améliorer une prise en charge globale et optimale des usagers. L'implantation des nouveaux CISSS doit mener à une réelle intégration des différents paliers de soins et des différents acteurs du continuum de soins. Nous pensons ici, notamment, aux services de première ligne et des ressources complémentaires nécessaires qui seront, il va sans dire, de plus en plus sollicités par le vieillissement de la population et la présence de multimorbidité chez les usagers desservis.

CHAPITRE DEUXIÈME – COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES

Le projet de loi 10 a pour objectif ultime l'intégration des soins de santé et la fluidité de l'information, améliorant ainsi la qualité et la sécurité des soins aux usagers. La fluidité de l'information devra passer obligatoirement par une communication efficace entre les acteurs des différentes constituantes des nouveaux mégaétablissements. L'étendue des territoires et la taille des CISSS poseront des défis sans précédent à l'application des principes et des mécanismes de coordination requis.

Déjà, dans la structure actuelle, des études internes auprès de nos membres mettent en lumière des problématiques quant à la communication de renseignements administratifs et cliniques, à l'accès aux soins et à l'offre de services dans plusieurs installations du réseau de la santé et des services sociaux^{36,37,38}. Citons notamment le nombre restreint de nutritionnistes pour assurer la prestation de soins nutritionnels dans les programmes de soutien à domicile, dans les GMF et les CHSLD, situation qui se traduit par une charge de travail très élevée pour le personnel en place et par des délais de prise en charge irréalistes compromettant la sécurité et la qualité des soins. À titre d'exemple, le rapport du Vérificateur général du Québec du printemps 2013³⁹ avait rapporté pour le secteur des soins à domicile un temps d'attente de près de 1000 jours pour des services en nutrition au CSSS de Lanaudière. Bien que le projet de loi maintienne la mission actuelle des établissements, l'OPDQ souligne, à nouveau, que l'intégration des services doit aussi doter correctement chacun des paliers de soins. La place de la nutrition ne saurait ainsi être oubliée dans le continuum de soins.

L'OPDQ est d'avis que l'intégration proposée pourrait permettre dans certaines conditions une meilleure prise en charge des usagers advenant que les changements envisagés s'accompagnent d'une affectation adéquate des ressources professionnelles. À titre d'exemple, dans l'éventualité que s'opère le transfert de la prise en charge des maladies chroniques des centres hospitaliers de deuxième et de troisième lignes vers les équipes interdisciplinaires de première ligne, une telle intégration devrait également s'accompagner du transfert des professionnels vers la première ligne en évitant toutefois l'affectation des professionnels dans une multitude d'établissements ou de programmes. L'OPDQ défend

fermement la nécessité de ce principe pour l'optimisation de la performance des équipes soignantes interdisciplinaires.

Par ailleurs, le projet de loi prévoit un conseil d'administration de même taille, mais, pour une représentativité élargie; un même conseil représentera donc davantage d'établissements, de missions et d'installations. L'OPDQ souligne le danger que l'instance décisionnelle ne s'éloigne des professionnels et de la réalité terrain ainsi que des besoins de la population à desservir, ce qui serait éventuellement susceptible d'affecter, surtout en temps de coupures budgétaires, l'accessibilité à des services publics de qualité.

Article 89

Suivant l'article 89, le Ministre établirait chaque année, après consultation des établissements, des règles budgétaires pour déterminer le montant des dépenses de fonctionnement et d'immobilisation et à qui les subventions seraient allouées. Quant à l'article 25, il précise que le conseil d'administration répartirait équitablement, dans le respect des enveloppes allouées par programme service, les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition, en tenant compte des particularités de la population qu'il dessert et s'assurerait de leur utilisation économique et efficiente. Compte tenu de l'impact de la nutrition et des interventions des nutritionnistes sur l'efficacité, la sécurité et l'accessibilité des soins, l'OPDQ s'attendrait à ce que ces décisions du conseil d'administration tiennent compte du fait que les services nutritionnels représentent un investissement rentable pour un établissement et, dès lors, qu'il y alloue les ressources financières nécessaires.

Article 90

Suivant l'article 90, le Ministre établirait annuellement des règles budgétaires particulières applicables aux établissements quant à leur gestion et à l'octroi des subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées. L'OPDQ tient à rappeler que pour les organismes communautaires veillant entre autres à la sécurité alimentaire, et compte tenu de nos commentaires précédents relatifs au fait que 45 % des patients admis à l'hôpital souffrent de dénutrition, le même commentaire s'applique.

À cet égard, l'OPDQ souhaite que le Ministère considère les indicateurs pertinents et significatifs que l'Ordre est à développer, dans un premier temps pour la nutrition clinique.

Article 94

L'article 94 prévoit que, dès le début d'une année financière, le Ministre transmettrait à chacun des établissements le montant des sommes qui leur seraient allouées. Il leur ferait également connaître les orientations et les priorités ministérielles applicables en matière d'équilibre budgétaire, de budget, de services et, pour les établissements régionaux, de subventions et d'allocation de ressources.

L'OPDQ souhaite ardemment que les orientations ministérielles considèrent l'ensemble des besoins de la population. À cette fin, nous sommes convaincues qu'il sera essentiel de mettre à contribution et de consulter des diététistes/nutritionnistes dans les processus et les mécanismes décisionnels les concernant qui seront mis en place. L'expérience de

l'Alberta^{40,41}, qui a procédé à des intégrations à plus grande échelle, paraît positive et inspirante, les nutritionnistes ayant pu établir un programme provincial en nutrition clinique, en nutrition publique et en services alimentaires. De par leur large spectre d'interventions, leur formation et leur bagage scientifique, les diététistes/nutritionnistes possèdent une connaissance fine des besoins, non seulement de la prévention, mais aussi de la prise en charge des usagers dans le réseau de la santé et des services sociaux. L'OPDQ offre évidemment tout son soutien dans l'élaboration des dites orientations.

Le paragraphe 16 de l'article 59 prévoit par ailleurs que l'établissement régional doit développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits. De l'avis de l'OPDQ, ce passage en lien étroit avec la sécurité des usagers devrait inclure le droit aux services de nutrition.

L'article mentionne également que l'établissement devra veiller au respect des orientations et des priorités en matière de santé et de bien-être. À cette fin, il aura pour tâche d'identifier les besoins de la population en vue de l'élaboration de son plan stratégique pluriannuel. L'OPDQ est d'avis que cette responsabilité ne pourra être valablement assumée que si l'établissement intègre des nutritionnistes en santé publique, en nutrition clinique et en gestion de services d'alimentation.

Articles 130 et 132

Suivant l'article 130, le Ministre pourrait, par règlement, prescrire des règles relatives à la structure organisationnelle de la direction des établissements publics. Il pourrait également, de la même manière, prescrire toute autre mesure qu'un établissement public devrait respecter afin de permettre une meilleure organisation et une saine gestion des ressources de l'établissement, notamment quant aux programmes à mettre en place et à la prestation des services aux usagers.

De la même façon, l'article 132 précise que le Ministre pourrait, dans le cadre des responsabilités qui lui sont confiées à l'égard de l'organisation et du fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux et de la bonne utilisation des fonds publics, émettre des directives à un établissement régional ou suprarégional portant sur les objectifs, les orientations et les actions de cet établissement dans l'exécution de ses fonctions. Ces directives pourraient viser un ou plusieurs établissements et contenir des éléments différents selon l'établissement à qui elles s'adresseraient.

Quoique l'OPDQ soit conscient que le dossier de l'équilibre budgétaire en est un distinct du projet de loi à l'étude, nous demeurons préoccupées par l'état du système actuel où, suivant la simple annonce de la réforme, plusieurs décisions hâtives qui touchent les actions de santé publique, la gestion des services d'alimentation et l'accès aux soins et l'organisation de travail semblent avoir déjà été prises. À titre d'exemple, un centre hospitalier de Montréal a éliminé complètement les services nutritionnels suivant une chirurgie bariatrique. Or, les lignes directrices et les données probantes sont pourtant claires à cet égard : le rôle de la nutrition dans la prise en charge préopératoire et postopératoire est capital pour diminuer les complications médicales⁴². De plus, nous avons été informés par nos membres que des projets en cours, même associés à l'optimisation des dépenses, sont temporairement « mis sur la glace », le temps d'analyser s'il sera réaliste de les poursuivre.

Ainsi, la communication du ministère de la Santé et des Services sociaux quant aux modalités de transition et d'application prévues au projet de loi nous semble donc essentielle afin d'éviter de voir apparaître des situations problématiques qui se trouveraient aux antipodes de la finalité recherchée par le projet de loi 10.

Article 36

La coordination et la surveillance des soins dans les établissements ont un impact réel sur la qualité des services offerts à la population. La continuité des soins, telle qu'établie par des corridors de services qui répondent aux besoins de la population, paraît essentielle et propre à la réalité de chaque région. Nous illustrons ici cette importance par l'exemple d'un usager qui quitterait le centre hospitalier avec une alimentation entérale (par sonde) et dont la surveillance nutritionnelle à domicile s'avérerait primordiale, non seulement pour préserver son état nutritionnel, mais aussi pour éviter des risques de complications et des ré-hospitalisations. Incidemment, l'article 36 prévoit aussi la formation de corridors de services interrégionaux qui nous semblent appropriés pour répondre aux besoins de patients qui retourneraient au domicile avec une alimentation parentérale (par veine). L'OPDQ remarque que les délais actuels pour l'acceptation d'un nouveau patient dans le programme d'alimentation parentérale à domicile sont la plupart du temps de plusieurs semaines, voire de mois, ce qui retarde d'autant le congé de l'hôpital.

L'optimisation des soins passe aussi obligatoirement par une évaluation et une reconnaissance des besoins de la population. À cette fin, l'OPDQ est sensible à ce que la mission et l'expertise des centres actuels, et donc des professionnels qui y œuvrent, soient préservées malgré la création de centres intégrés de services régionaux. La particularité des besoins de la population, qui peut varier considérablement à l'intérieur d'une même région, doit être reconnue et l'offre de soins qui découlera des orientations ministérielles doit pouvoir permettre ces adaptations, qui sont essentielles à la qualité des soins et à l'avancement des pratiques en santé. Nous soulignons aussi l'importance de ces principes de flexibilité à l'article 80 du projet de loi, qui prévoit que le Ministre pourrait obliger un établissement, pour l'optimisation des ressources, à utiliser un groupe d'approvisionnement particulier. Dans le cas de la nutrition, cela pourrait toucher l'ensemble des achats des aliments, incluant les solutions d'alimentation entérale. Le choix d'une formule nutritive servant d'alimentation par la voie entérale est le résultat d'une évaluation nutritionnelle individuelle, comprenant plusieurs facteurs, qui est variable selon les conditions de santé des personnes. Ainsi, les stratégies développées pour augmenter et optimiser le pouvoir d'achat visant à faire des économies dans le système devraient inclure la consultation des diététistes/nutritionnistes du secteur de la gestion des services d'alimentation.

Enfin, lorsque nous observons les systèmes de santé et de services sociaux qui ont mis en place des structures de gouvernance similaires, notamment en Angleterre, il ressort de cela que certains risques bien identifiés méritent d'être rappelés. En effet, la mise en place des orientations ministérielles pour l'ensemble du réseau en fonction d'enveloppes budgétaires précises pourrait favoriser l'apparition de « trous » de services dans le réseau et laisser place au développement de services privés. Le réseau de santé québécois trouve sa force dans l'universalité des soins et l'accès gratuit à ces derniers.

L'OPDQ souhaite donc que la réforme proposée jauge bien ces risques et s'assure que la population québécoise requérant des soins nutritionnels ne s'en trouve pas privée.

Santé publique : prévention et promotion

Le rôle des agences régionales est prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi sur la santé publique⁴³. Ce rôle vise, notamment, à assurer à la population l'accès à des services de promotion de la santé et de prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux.

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer⁴⁴. La prévention consiste, notamment, à protéger la santé et à prévenir l'apparition des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux dans une population par l'application de mesures et d'interventions personnelles, communautaires ou législatives⁴⁵. Dans le domaine de la santé publique, une pratique clinique préventive (PCP) est habituellement cautionnée lorsque cette dernière est reconnue comme efficace sur le plan populationnel. En nutrition, le counseling d'une saine alimentation est une pratique clinique préventive reconnue pour plusieurs maladies et gagnerait à être mis en valeur. La contribution des diététistes/nutritionnistes à cet égard est grande et fait appel à de multiples moyens et actions.

L'abolition des agences prévue par le projet de loi rapatrierait certaines fonctions reliées à la santé publique à l'établissement régional. Il importera donc de s'assurer que les programmes existants visant la santé publique soient non seulement maintenus, mais également considérés comme transversaux à l'ensemble des divers programmes de soins cliniques dans les instances du CISSS. Les diététistes/nutritionnistes travaillant en santé publique le soulignent : il est malheureusement difficile au moment où on se parle de faire valoir la place et l'importance de la promotion et de la prévention à l'intérieur de programmes cliniques actuels. Pourtant, l'impact et le rôle de la prévention et la promotion de la santé paraissent indéniables.

L'OPDQ souhaite donc que l'intégration des services et la réforme des structures administratives n'affectent en rien la santé publique et les programmes reliés. Au contraire, il encourage le Ministre à profiter de la réforme à venir pour prendre un véritable virage mettant l'accent sur les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies orientées vers les habitudes de vie et les facteurs de risque mentionnés précédemment.

Protection du public : qualité de l'acte professionnel et gestion de risques

De par la création des nouveaux CISSS, un seul et nouveau conseil multidisciplinaire (CM) serait créé, abolissant les entités actuelles qui représentent de nombreux professionnels de la santé (articles 8 et 9). Selon l'Association des CM du Québec, on dénombre plus de 108 conseils actuellement. Les CM, tel que la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁴⁶ l'indique, occupent plusieurs fonctions qui se rattachent aux mandats des ordres professionnels :

« 227. 1° de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement;

2° de faire des **recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés** par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des **services de qualité** dans tout centre exploité par l'établissement;

228. Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil multidisciplinaire est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

1° l'organisation scientifique et technique du centre;

2° les moyens à prendre pour **évaluer et maintenir la compétence de ses membres**;

3° toute autre question que le directeur général porte à son attention. »

[Les mises en caractères gras sont de nous.]

Le comité de l'inspection professionnelle de l'OPDQ, par le biais des visites de milieu, observe l'impact favorable des conseillers cliniques, et des projets découlant des fonctions du CM sur la qualité de l'acte professionnel (tenue de dossiers, priorisation de la clientèle, continuum de soins, etc.). Ce soutien apporté par les établissements contribue au travail des ordres professionnels et le facilite quant à la surveillance et au contrôle de l'acte professionnel. Les CM contribuent également à renforcer le travail en interdisciplinarité, lequel assure en soi une meilleure fluidité de l'information et la qualité des services. L'OPDQ est donc préoccupé par l'impact potentiel de la fusion des CM et de leur éloignement des milieux de soins à la suite de la formation de ces très grands centres régionaux. Si la loi actuelle prévoit que les CM constitueront des comités de pairs seulement lorsque requis, l'OPDQ croit que ces derniers devraient dorénavant être prévus dans chacun des établissements actuels et leur rôle inscrit dans le projet de loi 10. Ainsi pourrait-on s'assurer de la proximité et de la fluidité des actions, favorisant ainsi l'apport des différents professionnels, une meilleure représentativité de la réalité propre à chaque milieu et, ultimement, l'atteinte des objectifs propres à leur fonction.

Par ailleurs, l'OPDQ est heureux de constater l'existence, notamment, d'une commission multidisciplinaire régionale (art. 370), d'un département régional de médecine générale (article 417.1), d'un comité régional sur les services pharmaceutiques (article 417.7); leurs membres étant maintenus en fonction, ils pourront continuer d'exercer leurs responsabilités conformément aux dispositions pertinentes de la loi pourvu qu'ils soient fonctionnels.

L'OPDQ est également heureux de constater que, parmi les membres indépendants du CA, une personne ayant un profil de compétences en qualité et en gestion des risques devra être choisie (article 14). Cela dit, l'article 59 maintient l'obligation pour l'établissement régional de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers, sans toutefois s'intéresser directement au fonctionnement et à la structure des comités de la qualité et de la gestion des risques. Les établissements régionaux devront donc trouver l'équilibre nécessaire au fonctionnement optimal de ces comités qui peuvent influencer sur la qualité de l'acte professionnel.

Si, par ailleurs, l'établissement régional doit s'assurer de la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus (article 59.11), nous rappelons l'absence d'indicateur significatif en nutrition clinique, alors que l'indicateur coût/aliment, pris isolément, pourrait pénaliser les services. Or, il existe un lien étroit entre le coût/aliment et le taux de dénutrition. L'existence d'un budget modeste pour l'achat de denrées alimentaires ne doit pas, au nom de la performance budgétaire, contribuer à augmenter les risques de dénutrition.

CONCLUSION

L'OPDQ réaffirme son désir de collaborer avec le gouvernement à titre de partenaire dans la réforme proposée. Nous sommes convaincus que notre organisme et nos membres constituent des alliés indispensables, mais jusqu'alors sous utilisés, dans l'étude et la mise en place de toute décision affectant le système de santé.

Cela dit – et le commentaire est d'autant plus pertinent que par analogie, il interpelle notre mission de protection du public par le renvoi à sa représentativité –, la réforme touche une organisation systémique qui énonçait tout de même une volonté d'assurer la présence de personnes représentatives de forces politiques et sociales en périphérie du système de santé et de services sociaux lui-même. Par le truchement du projet de loi 10 et de nouvelles définitions de profil de membres des instances décisionnelles, fait-on fi du critère d'indépendance des membres de conseils d'administration au profit de compétences orientées exclusivement vers la gestion? Qu'advient-il alors de la participation de la population à la gestion du réseau?

Au-delà de ce commentaire, il est certes possible d'entrevoir des changements structurels de cette envergure comme autant d'opportunités pour améliorer les services rendus à la population. La réduction du nombre d'intermédiaires peut incidemment diminuer le risque de mésinterprétation des orientations ministérielles et des directives en découlant, le tout, permettant à l'ensemble des parties prenantes d'allouer davantage de temps direct aux patients. En ce sens, la canalisation des communications ministérielles ne saurait que permettre une meilleure allocation de temps au suivi des patients usagers. De la même façon, un tel mouvement structurel pourrait favoriser une harmonisation des pratiques ce qui, d'un point de vue d'ensemble, s'avèrera à l'avantage de la population *a fortiori* dans les régions qui couvrent de vastes territoires.

Mais c'est dans le déploiement et la mise en œuvre de cette réforme d'envergure que risquent de se présenter des pierres d'achoppement. Comment en effet une directive émanant d'une source unique se répercutera dans les régions éloignées où le territoire est vaste et regroupe des populations tant urbaines que rurales? Comment s'assurera-t-on qu'ultimement, le patient, usager ou client, face à une mégastructure, ne soit confronté à un bris de prise en charge?

Comment pouvons-nous être assurés de ne pas perdre les acquis de réformes, efforts et concertations passés? Qu'advient-il de la collaboration de chefs d'alimentation ayant établi un système de réseautage et des projets régionaux d'envergure, dont certains sont

déjà réalisés? Prévoira-t-on des coordonnateurs régionaux pour les services alimentaires susceptibles d'orienter les chefs de services d'alimentation?

Et sachant qu'éventuellement le financement suivra l'individu et que l'organisation par programme sera privilégiée, comment pourrions-nous nous assurer qu'un programme, tel celui de la santé publique, sera transversal à l'ensemble des autres programmes?

Comment pourrions-nous assurer, comme ordre professionnel, que le public soit servi au meilleur des compétences de nos membres? Comment assurer ce public que tout au long du continuum de soins - de la promotion des saines habitudes de vie et de la prévention des maladies, à la prise en charge en première ligne via les CLSC, les GMF et les cliniques réseau, et à celle des deuxième et troisième lignes allant jusqu'aux soins surspécialisés - il bénéficiera toujours de la compétence de professionnels de la santé sans que des considérations administratives n'en viennent à lui usurper un droit aussi fondamental que celui d'avoir accès gratuitement à des services de santé de qualité et fluides?

Nous sommes d'avis que l'objectif du projet de loi proposé ne peut, dans le contexte budgétaire et économique actuel, être rejeté. Nous requérons toutefois que cette réforme structurelle et la transition qui s'en suivra se fassent en respect des préoccupations légitimes de professionnels de la santé appelés à intervenir tant en santé publique, qu'en agroalimentaire, en gestion de services d'alimentation ou en nutrition clinique.

ANNEXE

Recommandations de l'OPDQ

1. L'OPDQ se montre favorable à toute réforme du système de santé et des services sociaux québécois dont l'objectif est de « favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau »;
2. L'OPDQ requiert du gouvernement qu'il s'assure de l'adéquation entre les besoins de la population en services nutritionnels, tels que définis par les données probantes, et l'offre de tels services;
3. L'OPDQ requiert que les patients soient évalués de telle sorte que la dénutrition soit identifiée et que sa prévalence fasse partie des statistiques hospitalières officielles;
4. L'OPDQ requiert que les services alimentaires en établissement ne soient plus considérés comme un service d'hôtellerie, mais bien, à l'instar de la législation et de la réglementation professionnelles, comme une partie intégrante du traitement médical;
5. L'OPDQ requiert que les budgets alloués par le Ministère permettent de combler les besoins nutritionnels accrus des individus lors d'hospitalisation et les besoins nutritionnels des personnes hébergées
6. L'OPDQ demande que soient précisées les modalités opérationnelles et les responsabilités de chacun dans le contexte de fusion et de centralisation;
7. L'OPDQ requiert que soient précisées les modifications potentielles de responsabilités que pourrait avoir la direction régionale de santé publique intégrée dans les futurs CISSS;
8. L'OPDQ rappelle l'importance d'investir en promotion de la saine alimentation pour la prévention primaire et secondaire des problèmes liés aux maladies chroniques;
9. L'OPDQ réitère la nécessité d'assurer un accès suffisant aux soins et aux services de première ligne en nutrition;
10. L'OPDQ endosse la proposition antérieure du MSSS concernant la prise en charge des maladies chroniques par une équipe interdisciplinaire de première ligne; l'OPDQ recommande l'inclusion d'un nutritionniste dans l'équipe interdisciplinaire en santé;
11. L'OPDQ recommande que le transfert de la prise en charge des maladies chroniques des centres hospitaliers de deuxième et de troisième lignes vers les équipes interdisciplinaires de première ligne s'accompagne également du transfert des professionnels vers la première ligne en évitant toutefois l'affectation des professionnels dans une multitude d'établissements ou de programmes. L'OPDQ recommande que les orientations ministérielles qui incluent la prévention des maladies chroniques, par des actions soutenues en promotion de la saine alimentation, et une priorisation des soins nutritionnels adaptés à cette clientèle;
12. L'OPDQ recommande que l'intégration des différentes constituantes en un nouveau centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) soit accompagnée d'une intégration informationnelle des dossiers médicaux. À ce titre, nous soulignons et

dénonçons à la fois le fait que les membres de l'OPDQ n'aient pas accès au Dossier Santé Québec (DSQ);

13. L'OPDQ est d'avis que l'implantation des nouveaux CISSS doit mener à une réelle intégration des différents paliers de soins et des différents acteurs du continuum de soins;
14. L'OPDQ souligne le danger que l'instance décisionnelle ne s'éloigne des professionnels et de la réalité terrain ainsi que des besoins de la population à desservir, ce qui serait éventuellement susceptible d'affecter, surtout en temps de coupures budgétaires, l'accessibilité à des services publics de qualité;
15. L'OPDQ s'attend à ce que les décisions du conseil d'administration tiennent compte du fait que les services nutritionnels représentent un investissement rentable pour un établissement et, dès lors, qu'il y alloue les ressources financières nécessaires;
16. L'OPDQ souhaite que le Ministère considère des indicateurs pertinents et significatifs que l'Ordre est à développer, dans un premier temps pour la nutrition clinique;
17. L'OPDQ souhaite ardemment que les orientations ministérielles considèrent l'ensemble des besoins de la population et qu'à cette fin, ses membres soient mis à contribution et consultés;
18. L'OPDQ recommande que les mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits que développeront les établissements incluent le droit aux services de nutrition;
19. L'OPDQ est d'avis que la responsabilité d'élaborer un plan stratégique pluriannuel ne pourra être valablement assumée que si l'établissement intègre des nutritionnistes en santé publique, en nutrition clinique et en gestion de services d'alimentation;
20. L'OPDQ souligne l'importance de la communication du ministère de la Santé et des Services sociaux quant aux modalités de transition et d'application prévues au projet de loi afin d'éviter de voir apparaître des situations problématiques qui se trouveraient aux antipodes de la finalité recherchée par le projet de loi 10;
21. L'OPDQ est sensible à ce que la mission et l'expertise des centres actuels, et donc des professionnels qui y œuvrent, soient préservées malgré la création de centres intégrés de services régionaux;
22. L'OPDQ insiste pour que les stratégies développées pour augmenter et optimiser le pouvoir d'achat visant à faire des économies dans le système incluent la consultation des diététistes/nutritionnistes du secteur de la gestion des services d'alimentation;
23. L'OPDQ souhaite que la réforme proposée jauge bien les risques de trous de services et s'assure que la population québécoise requérant des soins nutritionnels ne s'en trouve pas privée;
24. L'OPDQ insiste pour que les programmes existants visant la santé publique soient non seulement maintenus mais également considérés comme transversaux à l'ensemble des divers programmes de soins cliniques dans les instances du CISSS;
25. Si la loi actuelle prévoit que les CM constitueront des comités de pairs seulement lorsque requis, l'OPDQ croit que ces derniers devraient dorénavant être prévus dans chacun des établissements actuels et leur rôle inscrit dans le projet de loi 10;

26. L'établissement régional devant s'assurer de la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus (article 59.11), l'OPDQ rappelle l'absence d'indicateur significatif en nutrition clinique, alors que l'indicateur coût/aliment, pris isolément, pourrait pénaliser les services.

RÉFÉRENCES

- ¹ *Code des professions*, R.L.R.Q., chapitre C-26. art. 37 c).
- ² *Code des professions*, R.L.R.Q., chapitre C-26. art. 39.4
- ³ *Code des professions*, R.L.R.Q., chapitre C-26. art. 37.1, par. 1 a) et b).
- ⁴ Centers for Medicare and Medicaid Services ICD-9 Codes included in Range 260 - 269.9 .Page consultée le 27 octobre 2014. <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/staticpages/icd9-code-range.aspx?DocType=LCD&DocID=29292&Group=1&RangeStart=260&RangeEnd=269.9>
- ⁵ Giannopoulos GA et al. *Malnutrition Coding 101: Financial Impact and More. Nutrition in Clinical Practice* Volume 28 Number 6 December 2013 698-709. DOI: 10.1177/0884533613508788.
- ⁶ Michelle Johnson. *Joint Commission – Standards Interpretation Group*. Communication personnelle 16 août 2011
- ⁷ Conseil de l'Europe, Comité des Ministres, Résolution ResAP(2003)3 sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux (adoptée par le Comité des Ministres le 12 novembre 2003, lors de la 860^e réunion des Délégués des Ministres). [En ligne]. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85733&Site=CM>
- ⁸ *Annual measurement of care problems LPZ*. <http://www.fightmalnutrition.eu/fight-malnutrition/partners/annual-measurement-of-care-problems-lpz/>. [En ligne]. Page consultée le 24 octobre 2014.
- ⁹ Leistra E, Willeboordse F, VanBokhorst-de van der Schueren MAE et al. *Predictors for achieving protein and energy requirements in undernourished hospitalized patients*. *Clinical Nutrition* 30 (2011)484-489.
- ¹⁰ Kaiser Permanente. (Page consultée le 24 octobre 2014). Key steps in diabetes care. [En ligne]. https://healthy.kaiserpermanente.org/health/care!/ut/p/a0/FchBDoMgEADAt_iAzbrYEukNI2-wcNvSjSURNJTY77c9zmDAO4bCZ1q5pb3w9rOPUprU2zPxQ5q8ccGA4ai8ZkZfdogcX_I_ri3FTdDTOA1kiQJnZwtErodJGQPmctU96UFp5_DlfezYrvsCxywqrQ!!!.
- ¹¹ Cleveland Clinic. *Nutrition*. [En ligne]. Page consultée le 24 octobre 2014. <http://my.clevelandclinic.org/canada/programs-services/preventive-health/nutrition>
- ¹² Cleveland Clinic. *All services*. [En ligne]. Page consultée le 24 octobre 2014. <http://my.clevelandclinic.org/services/All.aspx?topic=EB516641-798A-4C0C-856A-5AD7212A612F%2cD3304274-95FE-426A-8A4E-373F7514EB21&letter=n>.
- ¹³ Keller H. et al. *Independent predictors for a dietitian consult on medical and surgical wards. Clinical Nutrition 2014*. Groupe de travail canadien sur la malnutrition. Soumis pour publication.
- ¹⁴ Allard JP. et al. *Contributors to malnutrition at hospital admission and impact on length of stay: A prospective cohort study from the Canadian Malnutrition Task Force*. Soumis pour publication 2014.
- ¹⁵ Correia M.I. Et al: *Clin Nutr*. 2003; 22:235-9.; Covinsky K.E. et al: *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50:631-7.; Middleton M.H. et al.:*Intern Med J*. 2001; 31:455-61.; Ferguson M. et al. *J Am Diet Assoc* 1998;98 (suppl.): A22. Suominen M et al. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59: 578-583.; Neumann SA et al. *J Hum Nutr Dietet* 2005; 18: 129-136.; Norman K et al. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 3380-3385.; Pauly L et al. *Z Gerontol Geriatr* 2007; 40: 3-12.; Keller H, *Can J Rehab* 1997; 10(3): 193-204; Keller H, *J Nutr Elder* 1997;17(2):1-13.; Norman et al. *Prognostic Impact of Disease related Malnutrition Clinical Nutrition* 2008;27:5-15.
- ¹⁶ Allard JP et al. *Nutritional decline is associated with prolonged length of stay in hospitalized patients admitted for 7 days or more: a Canadian prospective cohort study*. Manuscrit en cours de rédaction.
- ¹⁷ Groupe de travail canadien sur la malnutrition. Communication personnelle.
- ¹⁸ Cederholm T et al. *Am J Med*. 1995;98:67-74.
- ¹⁹ Keller, HH, Payette, H, Allard JP, et al. *Leaving hospital: Nutritional status of older adults transitioning to and out of hospital, a report of the Canadian Malnutrition Task Force. Abstract submitted at the 9th International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Meeting, July 2014*.

²⁰ Curtis L, Bernier P, Keller H. *Economic impact of hospital malnutrition – Canadian Malnutrition Task Force*. Manuscrit en préparation pour publication.

²¹ Canadian Patient Safety Institute. *Prevent surgical site infections – Getting Started Kit*. August 2014. [En ligne]. <http://www.saferhealthcarenow.ca/en/interventions/ssi/pages/default.aspx>. Page consultée le 18 septembre 2014.

²² Agrément Canada. Pratiques organisationnelles requises.

²³ Canadian Patient Safety Institute. *Reducing falls and injuries from falls - Getting Started Kit*. June 2013. [En ligne]. Page consultée le 24 octobre 2014. <http://www.saferhealthcarenow.ca/en/interventions/falls/pages/default.aspx>

²⁴ Schneider SM, Veyres P, Pivot X, et al. *Malnutrition is an independent factor associated with nosocomial infections*. British Journal of Nutrition. 2004, 92(1), p.105-111.

²⁵ Association canadienne du soin des plaies. Quebec statistics. [En ligne]. Page consultée le 22 octobre 2014. <http://cawc.net/en/index.php/public/facts-stats-and-tools/quebec-advocacy-tool/>

²⁶ CMS Never Events: RESEARCH REPORT- *Exploring the connection between tracking near misses, organizational learning and reducing never events in healthcare organizations* <http://www.aha-solutions.org/resources/pdf-files/rlsolutions-2014-0603-wp-cmsnever.pdf>. Page consultée le 26 octobre 2014.

²⁷ Duerksen DR. *Physicians' Perceptions Regarding the Detection and Management of Malnutrition in Canadian Hospitals: Results of a Canadian Malnutrition Task Force Survey*. JPEN J Parenter Enteral Nutr. DOI: 10.1177/0148607114534731

²⁸ Duerksen D et al. *Nurses' Perceptions Regarding the Prevalence, Detection, and Causes of Malnutrition in Canadian Hospitals: Results of a Canadian Malnutrition Task Force Survey*. JPEN J Parenter Enteral Nutr . DOI: 10.1177/0148607114548227

²⁹ Ordre professionnel de diététistes du Québec. *Le dépistage et le traitement de la malnutrition en centre hospitalier de courte durée : un investissement rentable*, 1996. [En ligne]. Page consultée le 27 octobre 2014. http://opdq.org/wp-content/uploads/2013/08/OPDQ_DepistageTraitementMalnutritionCH_1996.pdf

³⁰ Sanscartier, M. (2013). Compilation de données reçues du MSSS du document AS 471, 1993 à 2010 : données de la page 200 ligne 14 divisées par les données de la page 650 ligne 28. Novembre 2013.

³¹ Dispensaire diététique de Montréal. Coût du panier à provisions nutritif, mai 2014. Page consultée le 27 octobre 2014. http://www.dispensaire.ca/files/14-05_Cout_PPN_FR.pdf

³² Cazale, L, Fournier, C, Godbout, M, et coll. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes avec un problème de santé de longue durée*, Volume 4, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2014, 195 p.

³³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, 2012. [En ligne]. Page consultée le 30 juin 2014. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-942-01F.pdf>

³⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (Page consultée le 30 juin 2014). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, 2012. [En ligne]. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-942-01F.pdf>

³⁵ AQESSS. (Page consultée 30 juin 2014). *Maladies chroniques : agir là où ça compte*. 2014. [En ligne]. http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/Agir_Maladies_chroniques_2014-04-08_VF.pdf

³⁶ Ordre professionnel de diététistes du Québec. *L'autonomie pour tous*. Mémoire sur le Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie. Octobre 2013. *Annexe 4 : Ratios d'effectifs en nutrition pour la population nécessitant des soins à domicile*. [En ligne]. Page consultée le 27 octobre 2014. http://opdq.org/wp-content/uploads/2013/11/OPDQ_MemoireLivreBlanc_Oct2013.pdf

³⁷ Ordre professionnel des diététistes du Québec. *Ratios d'effectifs en nutrition pour la population inscrite dans les groupes de médecine familiale (GMF)*. Document adopté par le Conseil d'administration de l'Ordre le 27 septembre 2014; publication prévue en décembre 2014.

³⁸ Ordre professionnel de diététistes du Québec. *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. Février 2014. [En ligne]. Page consultée le 27 octobre 2014.

<http://opdq.org/wp-content/uploads/2013/08/Memoire-Condition-vie-SLD-OPDQ-10-fev-2014-3.pdf>

³⁹ Vérificateur général du Québec. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014*. Chapitre 4 : Services à domicile. Printemps 2013.

⁴⁰ Dr. Leah Gramlich, University of Alberta, Edmonton, Alberta. Communication personnelle.

⁴¹ Carlota Basualdo-Hammond, Nutrition Services Executive Director, Strategy, Standards and Practice for Alberta Health Services. Communication personnelle. 27 octobre 2014.

⁴² Mechanick, J. I., Kushner, R. F., Sugerman, H. J. et coll. (2008). American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery *Medical Guidelines for Clinical Practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient*. *Surg Obes Relat Dis*, 4(5 Suppl), S109-184.

⁴³ Loi sur la santé publique. Chapitre S-2.2. Art. 8, par. 2. [En ligne]. Page consultée le 27 octobre 2014.

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

⁴⁴ Organisation mondiale de la santé. *Milestones in Health Promotion, Statements from Global Conferences*. Genève, 2009. p. 1-42.

⁴⁵ Office québécois de la langue française. Grand dictionnaire terminologique. [En ligne]. Page consultée le 23 mai 2012. <http://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/gdt.html>.

⁴⁶ Loi sur les services de santé et les services sociaux. Chapitre S-4.2. Art. 227 par. 1 et 2, et art. 228. [En ligne]. Page consultée le 27 octobre 2014.

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html