

Mémoire

PROJET DE LOI N° 15 LOI VISANT À RENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PLUS EFFICACE

Présenté à :

La Commission de la santé et
des services sociaux

MAI 2023



Ordre des diététistes
nutritionnistes
du Québec

Notre savoir, votre santé



Mémoire

PROJET DE LOI N° 15

TABLE DES MATIÈRES

À propos de l'ODNQ	3
Commentaires généraux	4
Commentaires spécifiques	5
Conclusion	14
Rappel des recommandations	15

À propos de l'ODNQ

À titre d'organisme régi par le *Code des professions du Québec* (RLRQ, chapitre C-26), **l'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec** (ODNQ) a pour principale **mission** d'assurer la protection du public dans le domaine de la nutrition par l'encadrement de la qualité des services en nutrition dispensés à la population québécoise par ses quelque 3400 membres.

Champ d'exercice

Le **champ d'exercice** des diététistes-nutritionnistes, comme décrit au *Code des professions du Québec*, est « évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé. »

Activités réservées et autorisées

En nutrition clinique, les diététistes-nutritionnistes ont deux (2) activités professionnelles réservées. Depuis 2018, certaines activités leur sont autorisées sous certaines conditions et modalités. Celles-ci permettent aux diététistes-nutritionnistes de jouer pleinement leur rôle dans l'équipe soignante et d'offrir des services de meilleure qualité à la population.

Activités réservées

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

Activités autorisées

- Procéder au retrait définitif d'un tube d'alimentation.
- Administrer des médicaments ou d'autres substances, par voie orale ou entérale.
- Prescrire des formules nutritives, des micronutriments, des macronutriments et une solution d'enzymes pancréatiques.
- Prescrire des analyses de laboratoire.
- Ajuster l'insuline et les antidiabétiques.

Activités autres

- Prescrire le matériel d'alimentation entérale.
- Prescrire le matériel de suivi de la glycémie.

Commentaires généraux

L'ODNQ accueille favorablement le projet de loi n°15 (PL-15) visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace et à améliorer l'accès à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité pour la population québécoise. Il partage la vision du gouvernement quant au besoin d'agir, notamment par la création de l'agence Santé Québec. À notre avis, les **forces du PL-15** incluent :

- le désir d'élaborer un projet de loi axé sur l'utilisateur;
- la valorisation des compétences professionnelles;
- la création du conseil interdisciplinaire;
- la volonté d'établir une gestion de proximité.

Toutefois, pour permettre aux diététistes-nutritionnistes de contribuer au succès du PL-15 à leur pleine capacité, des éléments méritent d'être précisés. Les **préoccupations de l'Ordre** sont, notamment :

- la gouvernance clinique;
- la fluidité de la continuité des services aux usagers;
- la mesure de la qualité des services et le choix des indicateurs de performance;
- le virage numérique.

L'Ordre est conscient que les **recommandations suggérées** dans le présent mémoire n'impliquent pas toujours un changement concret aux articles du PL-15. Cependant, elles se doivent d'être retenues pour la mise en œuvre de ce dernier afin d'en soutenir les visées. Elles permettront :

- d'assurer la sécurité des usagers en matière de nutrition;
- de bonifier l'accès aux soins nutritionnels;
- d'améliorer l'efficacité de l'équipe de soins et du réseau;
- de contribuer pleinement à l'atteinte des objectifs du Plan santé.

Commentaires spécifiques

Gouvernance clinique

Le manque de précision quant à l'implication et la représentativité des diététistes-nutritionnistes au sein de la gouvernance clinique pourrait avoir un impact négatif sur l'accessibilité aux soins nutritionnels et à l'efficacité du réseau.

Les interactions courantes de l'Ordre avec ses membres révèlent que la juste représentativité des diététistes-nutritionnistes au sein de l'équipe de gestion joue un rôle déterminant dans le déploiement des services en nutrition. Malheureusement, l'absence d'une structure uniforme à l'échelle provinciale mène à une grande variabilité au niveau de l'accès et de l'efficacité des soins nutritionnels entre les établissements. Citons à titre d'exemple le déploiement à géométrie variable des nouvelles activités autorisées. En effet, le droit de prescrire octroyé aux diététistes-nutritionnistes par le règlement découlant de la *Loi médicale* tarde encore à prendre son envol dans certaines installations du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

L'Ordre constate que le rôle des diététistes-nutritionnistes demeure méconnu et sous-utilisé. Lorsqu'elles ne sont pas incluses dans les équipes multidisciplinaires, il est impossible de tenir compte des enjeux nutritionnels dans l'organisation des soins. Pourtant, elles ont le potentiel de répondre à un besoin fondamental pour l'ensemble des usagers. En effet, la nutrition est un facteur déterminant de la santé physique et du bien-être, ainsi que du succès des traitements médicaux, chirurgicaux et oncologiques, et ce, de la conception de l'humain à ses soins de fin de vie. Ainsi, son importance est-elle mesurable tant en santé publique qu'en soins curatifs et réadaptation. Les recommandations 1 à 9 visent donc la mise en place d'une structure qui soutient véritablement cette offre de service essentielle.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Recommandation 1

Favoriser l'efficacité et l'efficience des soins nutritionnels : intégrer au sein des diverses directions cliniques du MSSS, au moins une diététiste-nutritionniste-conseil.

Le MSSS détiendra dorénavant le rôle de fixer les grandes orientations stratégiques, les politiques, l'évaluation de la performance et les résultats à atteindre (article 19). Les diététistes-nutritionnistes n'ont aucun répondant clinique entièrement dédié au volet nutrition au MSSS. Pourtant, certaines professions détiennent ce privilège qui permet d'accroître la plus juste connaissance du potentiel des professionnels, d'assurer l'apport de la discipline dans les politiques de santé et de services sociaux, le transfert de connaissances, les orientations, les innovations, la qualité et l'efficacité des services rendus à la population. Actuellement, la contribution des diététistes-nutritionnistes est parfois oubliée ou rescapée une fois l'orientation déployée, ce qui freine l'efficacité et l'efficience des services de santé. Une implication en amont de l'expertise des diététistes-nutritionnistes est souhaitée pour plus d'efficience. Une implication concertée permettra de ne plus être qu'au

« soutien » des orientations, mais plutôt de faire partie prenante. À titre d'exemple, durant la pandémie de la COVID-19, les cellules de crise n'impliquaient qu'une poignée de professionnels au MSSS dont peu ou pas de diététistes-nutritionnistes. Pourtant, plusieurs décès ont impliqué la déshydratation et la dénutrition. Nous rapportons d'ailleurs les constats de la coroner Géhane Kamel dans son Rapport d'enquête qui s'appliquent à tout le réseau : « les nutritionnistes, déjà en nombre insuffisant avant la pandémie, n'ont pas pu contribuer à la hauteur de leur formation pour évaluer les plans nutritionnels des résidents lors de la pandémie. Nous avons d'ailleurs été étonnés qu'aucun cadre normatif n'ait existé quant au volet nutrition clinique et que, de ce fait, plusieurs résidents n'aient eu aucun plan à leurs dossiers.¹ » Les diététistes-nutritionnistes souhaitent avoir l'occasion de mettre à profit le plein potentiel de leur expertise, mais pour cela, encore doivent-elles être présentes dans la planification des orientations.

Santé Québec

Recommandation 2

Favoriser l'efficacité et l'efficience dans la mise en œuvre des soins nutritionnels : intégrer au sein de Santé Québec, au moins une diététiste-nutritionniste-conseil.

Santé Québec aura le mandat de coordonner le fonctionnement quotidien du réseau (article 20 et suivants). Au niveau des opérations, l'Ordre est à même de constater une perte d'efficience considérable dans le RSSS. La roue est réinventée d'un établissement à l'autre pour un même besoin. Soucieux d'assurer une équité quant à l'accès aux soins nutritionnels pour le public québécois, l'Ordre joue souvent l'intermédiaire entre les établissements travaillant sur des projets similaires, mais puisque ce n'est pas là son rôle, il ne parvient que partiellement à l'objectif. Nous recommandons ainsi d'ajouter une diététiste-nutritionniste-conseil au sein de Santé Québec afin de soutenir l'organisation et la prestation des services de santé en nutrition. Cette fonction aurait le potentiel d'agir comme pivot au niveau provincial pour plus d'efficience dans chacun des établissements. De cette façon, nous pourrions réellement espérer la mise en œuvre des orientations, des cibles et des standards déterminés par le ministère.

Établissements de santé

Recommandation 3 et 4

- Soutenir les pratiques professionnelles en nutrition au sein des établissements : créer des postes de conseillère-cadre en nutrition dans chacun des établissements.
- Exiger le maintien du titre professionnel pour les professionnels de la santé promus en gestion.

Certains établissements peuvent compter sur une diététiste-nutritionniste dédiée aux pratiques professionnelles en nutrition. Ceux-ci sont plus même de mettre à profit le plein potentiel des membres de la profession en déployant les meilleures pratiques en nutrition, en mettant en œuvre les activités autorisées, et en structurant l'offre de services. Nous sommes à même de le constater au quotidien dans nos échanges avec les membres. Ces rôles stratégiques permettent également de mieux soutenir les diététistes-nutritionnistes, ce qui peut contribuer au recrutement, à la rétention du personnel, à la satisfaction et à l'intégration de la

relève. S'il peut y avoir une tendance à octroyer ces responsabilités à des agentes de planification, de programmation et de recherche (APPR), nous croyons que c'est mal reconnaître le rôle stratégique de ces ressources qui détiennent une longue expérience et qui sont reconnues pour leurs compétences et leur leadership. Certaines professions ont le privilège de pouvoir compter sur des postes d'encadrement. Nous recommandons que les responsabilités des diététistes-nutritionnistes occupant de tels postes soient reconnues à leur pleine valeur.

Également, l'Ordre observe une tendance inquiétante concernant l'abandon du titre professionnel lorsque des professionnels de la santé sont promus à des postes de gestionnaires. Cette pratique nous préoccupe puisque l'appartenance à un ordre professionnel permet d'assurer un gage de qualité par le maintien des compétences (inspection et obligation de formation continue) ainsi que par l'encadrement déontologique.

Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique

Recommandations 5 à 7

- Assurer une représentation juste des professionnels issus du conseil multidisciplinaire des services de santé au sein du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique. (Article 154)
- Permettre que siège le directeur des services multidisciplinaires de santé sur le comité exécutif du conseil interdisciplinaire. (Article 155)
- Accorder une importance particulière aux soins de première ligne dans les trajectoires de soins.

L'Ordre accueille favorablement la création du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (article 153). Il s'agit d'une action concrète misant sur l'approche interprofessionnelle et la collaboration nécessaire afin d'assurer des soins optimaux aux usagers. Afin d'assurer le plein potentiel de ce conseil, une juste représentation des professionnels est selon nous requise. À ce titre, nous recommandons de modifier la composition du conseil et du comité exécutif afin de ne pas diluer la voix des professionnels « autres ». En effet, à la lecture de l'article 154, il nous apparaît probable que les professionnels ne soient issus que du CII ou du CMDPSF. De même, seule la place du directeur médical au sein du comité exécutif du conseil interdisciplinaire est assurée d'office.

Par ailleurs, il y a un potentiel d'optimisation de la trajectoire de soins par une implication précoce des diététistes-nutritionnistes en première ligne que ce soit pour retarder les complications liées aux maladies rénales, en diabète, prévenir les retards de développement ou la perte d'autonomie chez les personnes âgées, à titre d'exemples non exhaustifs. Nous souhaitons souligner l'importance que la trajectoire de soins ne se traduise pas d'un seul point de départ à l'hôpital, mais puisse s'étendre des actions en amont et en aval lesquelles impliquent les diététistes-nutritionnistes en première ligne. Il s'agit d'un aspect essentiel à l'atteinte d'une réelle efficacité du système de santé.

Direction du personnel multidisciplinaire des services de santé

Recommandation 8

Assurer une participation de la direction du personnel multidisciplinaire des services de santé dans l'élaboration des règles applicables aux soins médicaux et à l'utilisation des médicaments. (Article 265)

Nous sommes préoccupés par la disparité dans les rôles confiés aux différentes directions. En effet, la direction du personnel multidisciplinaire des services de santé n'a aucun rôle confié quant à l'élaboration des règles applicables aux soins médicaux et à l'utilisation des médicaments (article 265). Afin de miser sur une réelle collaboration entre les professionnels impliqués, nous croyons essentiel que chaque professionnel puisse contribuer aux règles de soins médicaux et à l'utilisation des médicaments selon sa compétence et son champ de pratique. Nous rappelons que les diététistes-nutritionnistes sont autorisées, sous certaines conditions et modalités, à certains actes découlant de la Loi médicale, comme : la prescription des formules nutritives, des micronutriments, des macronutriments, des enzymes pancréatiques et des analyses de laboratoire. Elles sont autorisées à ajuster l'insuline et les antidiabétiques et peuvent procéder au retrait définitif d'un tube d'alimentation. Bien que l'entrée en vigueur de ces nouvelles activités remonte à 2018, plusieurs diététistes-nutritionnistes nous rapportent encore des barrières logistiques à leur mise en œuvre, notamment le manque de compréhension des gestionnaires. Les fonctions d'assurer une distribution appropriée des soins nutritionnels au sein de l'établissement devraient également être confiées à cette direction (voir la section planification des effectifs).

Conseil multidisciplinaire des services de santé (CMSS)

Recommandation 9

Prévoir que le CMSS formule des recommandations sur les règles relatives aux soins médicaux et à l'utilisation des médicaments applicables à ses membres. (Article 268)

Nos préoccupations sont similaires à celles soulevées précédemment pour la direction du personnel multidisciplinaire des services de santé, à savoir des implications à géométrie variable selon les comités. Nous sommes préoccupés que les diététistes-nutritionnistes, à l'instar des autres professionnels représentés au sein du CMSS ne puissent contribuer à leur juste valeur aux soins de santé.

Par ailleurs, nous souhaitons que la division du conseil multidisciplinaire en deux parties, soient les services de santé et les services sociaux, ne vienne pas poser préjudice à l'utilisateur ou freiner la collaboration interdisciplinaire.

Fluidité de la continuité des services aux usagers

Malgré le désir nommé d’une gestion de proximité axée sur l’usager, la présence d’un nombre insuffisant de diététistes-nutritionnistes pour assurer une offre de service en nutrition fluide au moment du congé de l’hôpital inquiète l’Ordre.

Depuis quelques réformes passées, les cliniques en nutrition ont presque disparu des établissements et la structure de financement des Groupes de médecine familiale (GMF) ne permet pas l’embauche adéquate de diététistes-nutritionnistes pour répondre aux besoins de la population. L’Ordre est d’avis qu’il est inéquitable qu’un usager ayant, par exemple, un nouveau diagnostic de diabète, ne puisse recevoir dans un délai raisonnable l’accompagnement nécessaire par la diététiste-nutritionniste à moins d’avoir les ressources financières lui permettant de consulter au privé. Rappelons que le délai de la prise en charge du diabète pose des préjudices graves à moyen et long terme. Ceux-ci affectent la qualité de vie d’une personne : amputation d’un membre inférieur, perte de la vue, insuffisance rénale avec recours à l’hémodialyse et augmentation du risque de maladie cardiovasculaire.

Le peu de diététistes-nutritionnistes allouées, notamment au sein des groupes de médecine familiale (GMF), des CLSC, des CHSLD et des équipes de soutien à domicile (SAD), est une problématique connue pour laquelle le PL-15 ne semble pas proposer de solution. Pourtant, les usagers qui ont les soins nutritionnels nécessaires ont moins de chance de vivre une réadmission non planifiée à l’hôpital.^{2 3 4 5 6 7} En plus d’alléger la charge qui pèse sur le système, les recommandations 10 à 15 visent à assurer la fluidité des soins nutritionnels (article 29), le bien-être et la sécurité des usagers.

Effectifs en nutrition

Recommandations 10 à 13

- Prévoir tout comme aux articles 195 et suivants, un exercice de planification des effectifs de diététistes-nutritionnistes selon les besoins de la population desservies par l’établissement.
- Prévoir que la direction du personnel multidisciplinaire des services de santé détient la responsabilité de s’assurer de la distribution appropriée des soins dispensés par ses membres au sein de l’établissement. (Article 265)
- Augmenter le ratio d’effectifs en nutrition, particulièrement en GMF, CLSC, CHSLD et SAD.⁸
- Assurer une communication fluide entre le RSSS, les prestataires communautaires et privés, le cas échéant.

Bien que conscients que cela déborde un peu de l’exercice législatif, il faut noter que le déploiement et succès du PL-15 versus le nombre suffisant de ressources sont indissociables. Nous sommes grandement préoccupés par le manque de ressources en nutrition clinique au sein du RSSS pouvant répondre aux besoins nutritionnels de la population québécoise, alors qu’un déficit ou un léger déficit est identifié.⁹ De plus, avec le rythme accéléré du vieillissement de la population québécoise¹⁰, la demande pour les services et soins prodigués par les diététistes-nutritionnistes continuera forcément de croître fortement. Il est reconnu que les soins nutritionnels contribuent significativement à accroître l’efficacité et l’efficience du RSSS.¹¹ Il est impensable

que certains patients tardent à être pris en charge sur le volet nutritionnel, entraînant des complications, une dégradation de la condition, un recours à la médication accru ou un potentiel de réadaptation diminué. De même, il est impensable que les durées de séjour soient inutilement allongées ou que des complications ou infections nosocomiales surviennent à cause de la malnutrition chez les patients. Des économies importantes pour le système de santé en première ligne pourraient être dégagées par l'ajout d'effectifs : un dollar investi en intervention nutritionnelle de première ligne permettrait au système de santé d'économiser entre 5,50 \$ et 99 \$ en soins de santé¹².

Planification des effectifs

Nous sommes préoccupés de voir que le PL-15 ne prévoit aucun plan d'effectifs en nutrition pour répondre aux besoins de la population. Pourtant, nous constatons du projet de loi une volonté affirmée d'accroître l'efficacité du système de santé. Notamment par l'élargissement des pratiques professionnelles, la collaboration des équipes dans les trajectoires de soins, la reconnaissance des compétences des « autres » professionnels capable d'intervenir auprès du patient selon sa compétence. Un besoin, un professionnel. Il y a actuellement des trous de services en nutrition qui compromettent l'intervention au bon moment ou le retour dans des conditions adéquates à domicile de l'utilisateur. Afin de soutenir cette philosophie, il sera essentiel de voir à la planification adéquate des effectifs sur tout le territoire. Jusqu'à présent, il nous a été impossible de convenir d'une planification de main-d'œuvre avec le MSSS en lien avec les données fournies.

Par ailleurs, l'article 66 permet à l'établissement d'identifier des prestataires privés. Quoique cela puisse être nécessaire, nous recommandons de bien les encadrer et surtout de bien intégrer ces professionnels au sein de l'équipe interdisciplinaire. Il est primordial pour la sécurité du patient que la communication entre les milieux public, communautaire et privé soit fluide.

Formation de la relève

Recommandation 14

Prévoir au PL-15, qu'un établissement désigné, de manière concertée avec les universités, établit un plan relatif à la recherche et à l'enseignement en nutrition.

La difficulté à recruter des diététistes-nutritionnistes dans le RSSS se fait déjà sentir, autant à Montréal qu'en région. Il s'agit d'un enjeu crucial qui affecte la trajectoire et la qualité des soins, tout en compromettant l'efficacité du système de santé. La mission universitaire des établissements nous apparaît cruciale afin de planifier adéquatement la relève selon les besoins de la population. Chaque année, le placement des stagiaires est un travail laborieux réalisé par les universités et ce d'autant plus avec la pénurie de main-d'œuvre et la surcharge de travail. Des travaux sont en cours pour la création de nouveaux programmes universitaires afin d'assurer la relève nécessaire pour répondre aux besoins de la population. De même, d'importants travaux sont en cours visant le rehaussement de grade de la norme initiale de formation afin de soutenir l'évolution et la complexité de la profession. Ces travaux impliquant plusieurs instances doivent être prioritaires. Durant leur formation universitaire, les diététistes-nutritionnistes doivent réaliser 1400 heures de stage. Ainsi, les milieux

cliniques constituent un lieu essentiel de formation pour les futurs diététistes-nutritionnistes. Cette importante mission doit être préservée, soutenue et planifiée. Malheureusement, le PL-15 est silencieux sur cet aspect, autrement que pour les médecins et les dentistes (article 361). Dans le contexte d'élargissement des pratiques professionnelles, nous devrions miser sur la formation de tous les professionnels pour que ceux-ci puissent contribuer à tout leur potentiel.

Détermination des priorités

Recommandation 15

Assurer que l'avis des professionnels soit tenu pour compte lors de la priorisation des demandes de services.

La détermination des priorités des demandes de services en nutrition doit être évaluée par les membres de la profession. L'article 25 du Code des professions décrit le caractère unique d'une profession : « 2° le degré d'autonomie dont jouissent les personnes qui seraient membres de l'ordre dans l'exercice des activités dont il s'agit, et la difficulté de porter un jugement sur ces activités pour des gens ne possédant pas une formation et une qualification de même nature ». Or, il est suggéré que lorsque Santé Québec met en place un mécanisme d'accès aux services du domaine de la santé et des services sociaux, elle détermine notamment des modalités encadrant la priorité de l'accès à tout ou en partie de ces services.

Mesure de la qualité des services et choix des indicateurs de performance

L'Ordre appuie la volonté du gouvernement actuel de se doter d'indicateurs de performance permettant de mettre en lumière les besoins des usagers du réseau et son efficience. Toutefois, le PL-15 est imprécis quant aux informations qui seront colligées sur le terrain et à la façon de les interpréter (articles 19 et 99). Cela nous préoccupe d'autant plus qu'il nous paraît incertain que des diététistes-nutritionnistes seront impliquées en gouvernance clinique.

Plusieurs défis s'imposent dans la mise en lumière des besoins de services en nutrition de la population québécoise. À cet égard, l'absence de données statistiques sur l'état de dénutrition et de déshydratation chez les personnes âgées dans le rapport « Portrait des personnes âgées au Québec » publié en mai 2023 par l'Institut de la statistique du Québec est criante.¹³ Les impacts du manque de services en nutrition sont le plus souvent ressentis à long terme et difficiles, mais pas impossibles, à quantifier. Également, la pertinence des mesures repose sur le bon usage. À titre d'exemple, le rôle et les responsabilités des diététistes-nutritionnistes sont encore méconnus de plusieurs professionnels de la santé dont certains médecins. Il serait faux de prétendre que l'ensemble de ceux-ci réfère systématiquement en nutrition lorsqu'un besoin nutritionnel existe. En effet, certains médecins ou autres professionnels de la santé craignent de référer en nutrition par peur d'allonger la liste d'attente occasionnée par le manque de ressources. Ainsi, colliger le nombre de références en nutrition pour illustrer les besoins nutritionnels des usagers brosserait, dans plusieurs milieux, un portrait erroné des besoins. Des données concernant le dépistage systématique des risques de dénutrition et de déshydratation s'avèrent également essentielles.

Dépistage systématique de la malnutrition et *Norme nationale du Canada : Prévention, détection et traitement de la malnutrition*

Recommandation 16

Ajouter au processus d'agrément des établissements de courte durée la *Norme nationale du Canada : Prévention, détection et traitement de la malnutrition CAN/HSO 5066*. (Articles 19, 24, 65, 66 et 99)

La malnutrition dans les hôpitaux est un problème grave et répandu et qui le plus souvent n'est pas détecté, diagnostiquée, et encore moins traitée. Au Canada, près de la moitié des usagers adultes et un enfant sur trois hospitalisés sont atteints de malnutrition dès l'admission et leur état nutritionnel se détériore au cours du séjour.^{14 15} Cela représente un problème important de sécurité pour les usagers. La norme mentionnée ci-haut a été développée par l'Organisation de normes en santé (HSO) et vise à aider les hôpitaux à améliorer les résultats en matière de nutrition chez les adultes et les enfants admis. Elle « fournit des conseils aux organismes de soins de courte durée sur les soins nutritionnels multimodaux, le dépistage et l'évaluation du risque nutritionnel, les soins nutritionnels standards, avancés et spécialisés, la mobilisation précoce, ainsi que sur les transitions de soins. »¹⁶

Le manuel de gestion financière

Recommandation 17

Valider les indicateurs utilisés, tels que ceux du manuel de gestion financière afin d'assurer la fiabilité de la reddition de comptes. (Articles 19 et 23)

Dans ses échanges des derniers mois avec les responsables du manuel de gestion financière (MGF), l'Ordre a partagé ses préoccupations quant aux mesures utilisées et aux activités colligées. Il souhaite porter à l'attention du ministre que présentement, les données obtenues par le biais du MGF sont hétéroclites d'une profession à une autre et non représentatives des activités des diététistes-nutritionnistes et ce pour tous les centres d'activités. Cela peut entraver la capacité de Santé Québec de « fournir au ministre l'appui nécessaire à la mise en œuvre des orientations, des cibles et des standards qu'il détermine, notamment à l'égard de l'organisation et de la prestation de services de santé et de services sociaux » (article 23).

L'indispensable virage numérique

Il nous apparaît impensable de tendre vers l'efficacité du réseau sans virage numérique. Pour rendre des services de santé efficaces à la population, les professionnels ont besoin d'accéder aux données de santé des patients suivis par ceux-ci. Il en va de la sécurité et de la qualité des soins.

Recommandation 18 à 20

- Investir rapidement dans les infrastructures technologiques et de manière continue.
- Consulter les professionnels concernés par les projets technologiques afin de répondre aux besoins cliniques.
- Former les professionnels lors du déploiement des outils technologiques.

Les données de santé doivent suivre le patient là où il requiert des services de santé et services sociaux. Les professionnels doivent également pouvoir communiquer de manière fluide entre eux afin de concerter leurs interventions. À ce titre, nous saluons la sanction de la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*. Les technologies de l'information doivent rapidement supporter cet objectif. Dans un même établissement, un éventail de systèmes d'information ne pouvant communiquer entre eux peuvent coexister, lorsque les dossiers ne sont pas carrément « papier ».

Il nous apparaît également essentiel d'intégrer les partenaires de soins du RSSS dans le virage numérique. À l'heure actuelle, les cliniques universitaires et les organismes communautaires n'ont pas accès aux données de santé des usagers, malgré leur contribution dans la prise en charge des patients.

Conclusion

En somme, l'Ordre appuie la volonté du gouvernement d'accroître l'efficacité du système de santé. Des changements doivent s'opérer afin de donner accès à des soins sécuritaires et de qualité à la population québécoise. L'Ordre ajoute sa voix au PL-15 afin de bonifier la portée de cette volonté.

Nous avons pu constater à la lecture du PL-15, la volonté du gouvernement actuel de se doter d'indicateurs de performance permettant de mettre en lumière les besoins des usagers du réseau et son efficience. Le PL-15 est toutefois imprécis quant aux informations qui seront colligées sur le terrain et à la façon de les interpréter. Cela nous préoccupe d'autant plus qu'il nous paraît incertain que des diététistes-nutritionnistes seront impliquées en gouvernance clinique.

Nous offrons notre entière collaboration au gouvernement et ses différentes instances afin de rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.

L'Ordre remercie chaleureusement les personnes qui ont participé aux groupes de discussion, ainsi que le personnel de la permanence et les membres du conseil d'administration qui ont contribué aux travaux.

Rappel des recommandations

Recommandation 1

Favoriser l'efficacité et l'efficience des soins nutritionnels : intégrer au sein des diverses directions cliniques du MSSS, au moins une diététiste-nutritionniste-conseil.

Recommandation 2

Favoriser l'efficacité et l'efficience dans la mise en œuvre des soins nutritionnels : intégrer au sein de Santé Québec, au moins une diététiste-nutritionniste-conseil.

Recommandation 3

Soutenir les pratiques professionnelles en nutrition au sein des établissements : créer des postes de conseillère-cadre en nutrition dans chacun des établissements.

Recommandation 4

Exiger le maintien du titre professionnel pour les professionnels de la santé promus en gestion.

Recommandation 5

Assurer une représentation juste des professionnels issus du conseil multidisciplinaire des services de santé au sein du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique. (Article 154)

Recommandation 6

Permettre que siège le directeur des services multidisciplinaires de santé sur le comité exécutif du conseil interdisciplinaire. (Article 155)

Recommandation 7

Accorder une importance particulière aux soins de première ligne dans les trajectoires de soins.

Recommandation 8

Assurer une participation de la direction du personnel multidisciplinaire des services de santé dans l'élaboration des règles applicables aux soins médicaux et à l'utilisation des médicaments. (Article 265)

Recommandation 9

Prévoir que le CMSS formule des recommandations sur les règles relatives aux soins médicaux et à l'utilisation des médicaments applicables à ses membres. (Article 268)

Recommandation 10

Prévoir tout comme aux articles 195 et suivants, un exercice de planification des effectifs de diététistes-nutritionnistes selon les besoins de la population desservies par l'établissement.

Recommandation 11

Prévoir que la direction du personnel multidisciplinaire des services de santé détient la responsabilité de s'assurer de la distribution appropriée des soins dispensés par ses membres au sein de l'établissement. (Article 265)

Recommandation 12

Augmenter le ratio d'effectifs en nutrition, particulièrement en GMF, CLSC, CHSLD et SAD.

Recommandation 13

Assurer une communication fluide entre le RSSS, les prestataires communautaires et privés, le cas échéant.

Recommandation 14

Prévoir au PL-15, qu'un établissement désigné, de manière concertée avec les universités, établit un plan relatif à la recherche et à l'enseignement en nutrition.

Recommandation 15

Assurer que l'avis des professionnels soit tenu pour compte lors de la priorisation des demandes de services.

Recommandation 16

Ajouter au processus d'agrément des établissements de courte durée la Norme nationale du Canada : Prévention, détection et traitement de la malnutrition CAN/HSO 5066. (Articles 19, 24, 65, 66 et 99)

Recommandation 17

Valider les indicateurs utilisés, tels que ceux du manuel de gestion financière afin d'assurer la fiabilité de la reddition de comptes. (Articles 19 et 23)

Recommandation 18

Investir rapidement dans les infrastructures technologiques et de manière continue.

Recommandation 19

Consulter les professionnels concernés par les projets technologiques afin de répondre aux besoins cliniques.

Recommandation 20

Former les professionnels lors du déploiement des outils technologiques.

Références

¹ https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes_publicques/2020-EP00265-9.pdf

² Gomes, F., et al., Association of Nutritional Support with Clinical Outcomes Among Medical Inpatients Who Are Malnourished or at Nutritional Risk: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*, 2019. 2(11): p.e1915138.

³ Sriram, K., et al., A comprehensive nutrition-focused quality improvement program reduces 30-day readmissions and length of stay in hospitalized patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 2017. 41(3): p. 384-391.

⁴ Bally, M.R., et al., Nutritional support and outcomes in malnourished medical inpatients: a systematic review and metanalysis. *JAMA internal medicine*, 2016. 176(1): p. 43-53. 32 Bally, M.R., et al., Nutritional support and outcomes in malnourished medical inpatients: a systematic review and metanalysis. *JAMA internal medicine*, 2016. 176(1): p. 43-53.

⁵ Bonilla-Palomas, J.L., et al., Nutritional Intervention in Malnourished Hospitalized Patients with Heart Failure. *Arch Med Res*, 2016. 47(7): p. 535-540.

⁶ Odelli, C., et al., (2005), ouvr. cité.

⁷ Kaegi-Braun, N., Faessli, M., Kilchoer, F., Dragusha, S., Tribolet, P., Gomes, F., ... & Schuetz, P. (2021), ouvr. cité.

⁸ https://odnq.org/wp-content/uploads/2021/09/Guide_normes_ratios_effectifs_nutrition_GMF_2013.pdf

⁹ https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/publications-adm/rapport/RA-diagnostic_professions.pdf

¹⁰ <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-personnes-ainees-quebec.pdf>

¹¹ https://odnq.org/wp-content/uploads/2022/03/MEMO_prebudgetaire_2022_ODNQ_20220117.pdf

¹² Howatson, A., Wall, C. R. et Turner-Benny, P. (2015, 1er décembre). The contribution of dietitians to the primary health care workforce. *J Prim Health Care*, 7(4), 324-332, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26668838/>

¹³ <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-personnes-ainees-quebec.pdf>

¹⁴ Allard, Johane P., et al. "Malnutrition at hospital admission—contributors and effect on length of stay: a prospective cohort study from the Canadian Malnutrition Task Force." *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 40.4 (2016): 487-497.

¹⁵ Bélanger, Véronique, et al. "Assessment of malnutrition risk in Canadian pediatric hospitals: a multicenter prospective cohort study." *The Journal of pediatrics* 205 (2019): 160-167.

¹⁶ <https://nutritioncareincanada.ca/prevention-and-awareness/malnutrition-prevention-detection-and-treatment-standard?lang=fr>