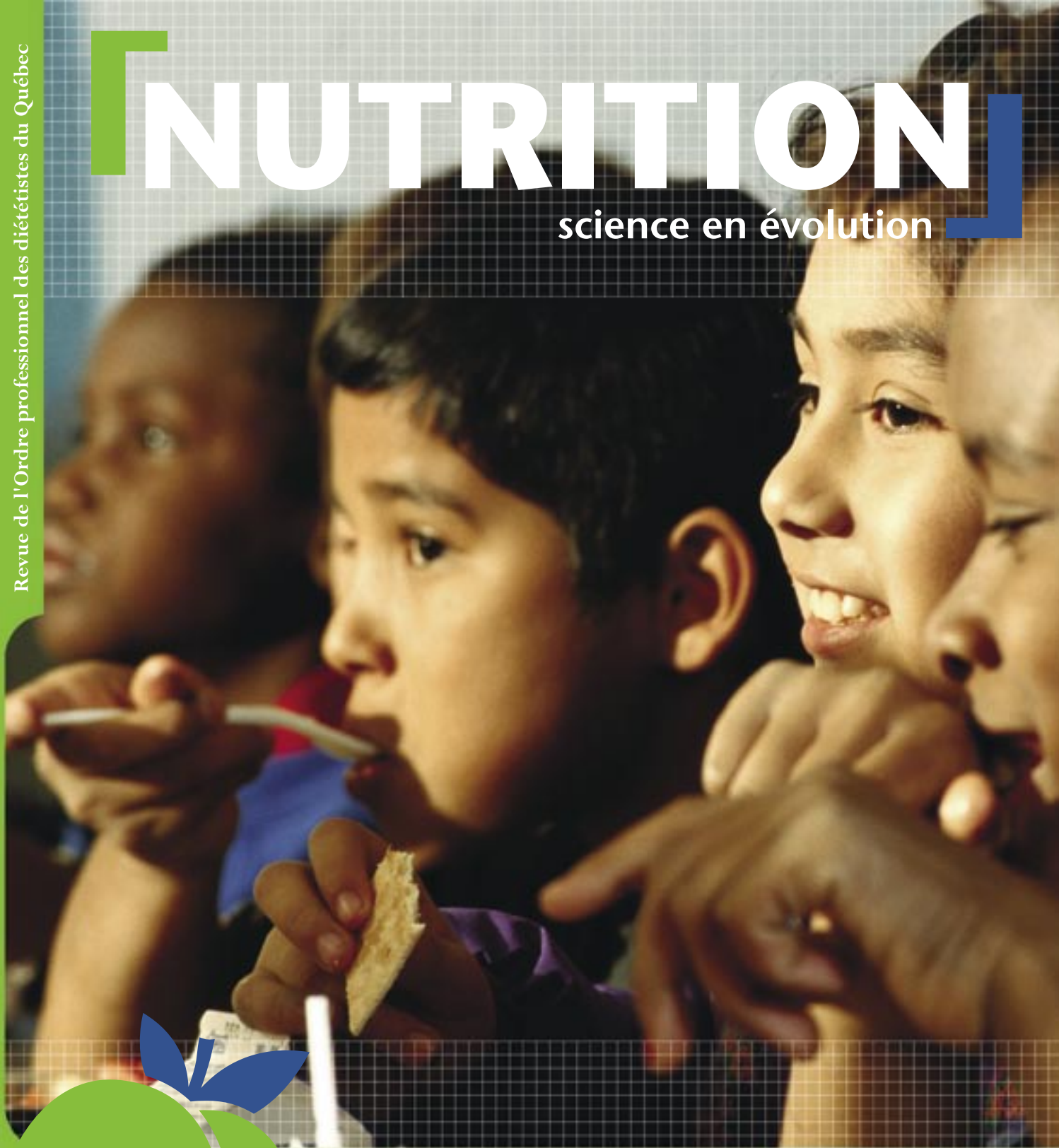


NUTRITION

science en évolution



DOSSIER

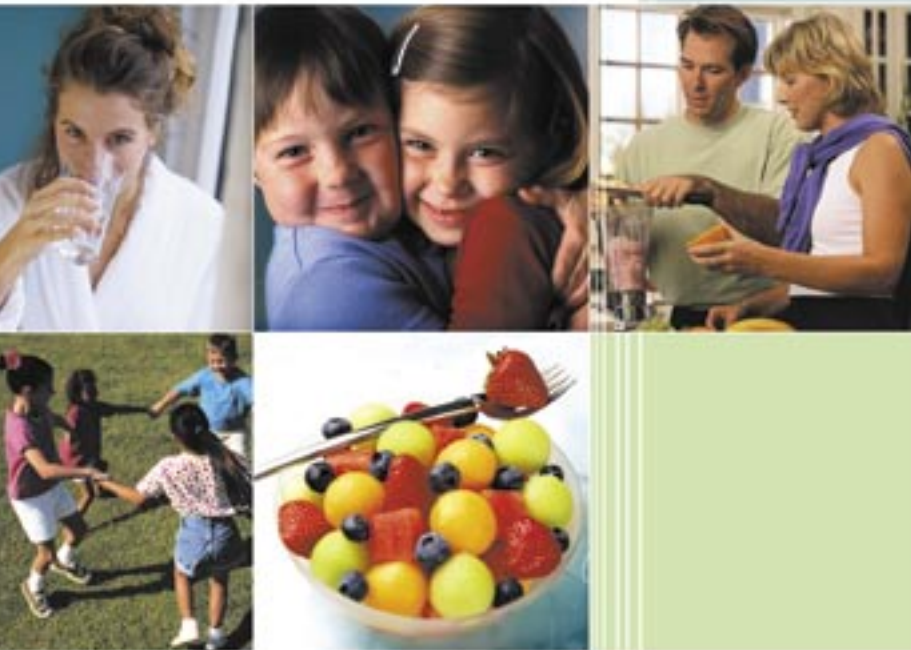
NOURRIR L'ENFANCE : UN DÉFI ÉLÉPHANTESQUE À RELEVER À PAS DE SOURIS

- > Les troubles alimentaires chez le jeune enfant
- > Apprivoiser les allergies alimentaires, un défi pour tous!
- > L'alimentation des jeunes québécois: des résultats inquiétants

Journée des diététistes/ nutritionnistes

www.opdq.org

Vous avez des questions sur l'alimentation ?
Nous avons les réponses !



16 mars 2005

Recevez des conseils gratuits

1 866 233-3310

de 8h30 à 16h30

Merci à nos partenaires

Vas-y,
fais-le
pour toi!



www.vasy.gouv.qc.ca

Québec 




Extenso
Centre de référence sur la nutrition humaine



Notre passion, la vie

www.reseau-canadien-sante.ca

Les Diététistes du Canada sont membre affilié du Réseau canadien de la santé, volet alimentation saine.  Diététiciens du Canada Les diététistes du Canada




J'aime  à 30 portions par jour  Pages...

NUTRITION

science en évolution

MOT DU PRÉSIDENT

Dis moi ce que tu manges ...!

Paul-Guy Duhamel, Dt.P.

4

BILLET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET SECRÉTAIRE

Révision de classes de membres

Jean-Philippe Legault, Adm.A., MBA, CHE

5

ÉDITORIAL

Nourrir l'enfance: un défi éléphantique à relever à pas de souris

Josée Bussières, Dt.P., CSSS Côte-des-Neiges Métro, Parc-Extension - CLSC Côte-des-Neiges

6

DOSSIER — Nourrir l'enfance: un défi éléphantique à relever à pas de souris

Les troubles alimentaires chez le jeune enfant

Nathalie Béland, Dt.P., Centre Mère-Enfant, CHUL

7

Apprivoiser les allergies alimentaires, un défi pour tous!

Chantal de Montigny, Dt.P., M.Sc. biochimie, coordonnatrice, volet éducatif et consultation professionnelle, Association québécoise des allergies alimentaires

11

L'alimentation des jeunes québécois: des résultats inquiétants

Lise Bertrand, Dt.P., M.P.H., Direction de santé publique, Montréal

15

PLUS

Œuvrer « différemment » dans une compagnie pharmaceutique

Annie Tremblay Krochenski, Dt.P., spécialiste en soutien clinique, Laboratoires Abbott Limitée

19

CHRONIQUE JURIDIQUE

Quiconque ne peut recommander la consommation

de produits de santé naturels

Me Janick Perreault, Dt.P., LL.B., LL.M., syndic de l'OPDQ

20

SOMMAIRES DE RECHERCHE

- Les suppléments de multivitamines donnés aux enfants en bas âge augmentent-ils leur risque de développer des allergies alimentaires et de souffrir d'asthme?
- L'effet de l'index glycémique (IG) et de la prise alimentaire sur la performance physique
- Acide alpha-linolénique: anti-inflammatoire mais non anti-athérogénique
- Une nouvelle cible pour le traitement de l'obésité: la stimulation mitochondriale
- Impact des facteurs de risque potentiellement modifiables associés à l'infarctus du myocarde dans 52 pays (étude INTERHEART): étude cas-contrôle
- La quantité de mercure contenue dans l'huile de poisson est-elle problématique?

Josée Arbour, Roxanne Harvey, Marie-Eve Proulx et Julie Vézina

22

ÉCHOS DES UNIVERSITÉS

Université Laval

Simone Lemieux, Dt.P., Ph.D., professeure agrégée, Département des sciences des aliments et de nutrition, Université Laval

24

REPORTAGE

Résumé du colloque « Gérer la qualité: utopie ou réalité? »

Francine Boivin, Dt.P., chef du Service de diététique, CH régional de Trois-Rivières - Pavillon Saint-Joseph

Résumé du symposium « Les probiotiques et leurs applications cliniques: une réalité actuelle? »

Ariane Fortier, Dt.P., directrice adjointe, Communications en nutrition, Les Producteurs laitiers du Canada

25

27

RECONNAISSANCE DE FORMATION CONTINUE

Questionnaire détachable pour l'obtention de crédits

30



MISSION

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec assure la protection du public en matière de nutrition humaine et d'alimentation par le contrôle de l'exercice de la profession, le maintien et le développement de la compétence professionnelle des diététistes/nutritionnistes.

L'Ordre contribue à l'amélioration de la santé de la population et des individus en favorisant l'accès à des services professionnels de qualité ainsi qu'à une information judicieuse, rigoureuse et d'intérêt public qui permettent une prise de décision éclairée en matière d'alimentation.



Dis moi ce que tu manges...!

De la conception à la vie adulte, l'accès à une alimentation de qualité (nutritionnelle et organoleptique) en quantité suffisante et les connaissances requises pour en jouir sont fondamentales pour la survie, le développement physique, mental et social, la santé et le bien-être. Pourtant, l'accès à cette alimentation pose toujours problème.

L'insécurité alimentaire affecte un nombre alarmant d'individus. Au Québec, un peu plus de 10% des enfants et des adolescents sont touchés par l'insécurité alimentaire, c'est-à-dire qu'à la maison, on ne mange pas assez ou que l'alimentation n'est pas équilibrée à cause de problèmes financiers. Par ailleurs, selon



Tell me what you eat...!

From conception to adulthood, access to sufficient amounts of high food (nutritionally and organoleptically) – and the required knowledge to benefit fully from it – are fundamental for survival, physical, mental and social development, as well as health and well-being. Nonetheless, access to this food continues to be problematic.

Food insecurity afflicts an alarming number of individuals. In Québec, slightly more than 10% of children and teenagers are affected by food insecurity – that is, at home, either they do not eat enough or their diet is unbalanced because of financial problems. The 1998-1999 National Population Health Survey (NPHS) revealed that 22% of Canadians suffering from food in-

l'Enquête nationale de santé publique (ENSP) de 1998-1999, 22% des Canadiens souffrant d'insécurité alimentaire obtenaient leur nourriture d'organismes de bienfaisance, près de la moitié d'entre eux avaient réduit la qualité de leurs aliments, et environ un quart sautaient des repas ou mangeaient moins.

Des conséquences psychologiques, sociales et physiques sont associées aux problèmes de la faim. Elles comprennent, entre autres, l'exclusion sociale et les troubles mentaux (angoisse, dépression, etc.). Des études établissent un lien entre l'insécurité alimentaire chronique et la prévalence de l'embonpoint ou de l'obésité. Les personnes faisant partie de ménages souffrant d'insécurité alimentaire courraient beaucoup plus de risques d'être obèses, même en tenant compte de l'âge, du sexe et du revenu familial.

Par ailleurs, les maladies chroniques, dites non transmissibles, sont, au Québec comme ailleurs, déjà la cause de quelque 60% des décès annuels et 47% de la charge de morbidité mondiale et frappent de plus en plus tôt. Elles sont manifestement liées à des habitudes alimentaires et à la consommation accrue d'aliments industriels gras ou salés.

security received their food from charitable organizations, that nearly half of these individuals had reduced the quality of their food, and that approximately one-quarter were skipping meals or eating less.

Psychological, social and physical consequences are linked to hunger problems at all levels of severity, including social exclusion and mental disorders (anxiety, depression, etc.). Some studies have established a relationship between chronic food insecurity and the prevalence of overweight or obesity. Individuals from households affected by food insecurity have much higher risks of being obese, even when age, sex and family income are factored into the equation. Furthermore, in Quebec as elsewhere, chronic illnesses (referred to as noncommunicable) already account for some 60% of annual deaths and 47% of the global burden of disease, and they are striking at an ever earlier age. They are demonstrably linked to diet and increased consumption of fatty and/or salty manufactured foods.

If the trend described by the 1999 Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois [Québec social and health survey

Si la tendance mise en lumière par l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois de 1999 se maintient (les jeunes générations ne se nourrissent pas de manière adéquate) et qu'en plus, le cycle de pauvreté persiste, il y a fort à parier que le profil actuel de mortalité et de morbidité de la population québécoise se maintienne, voire qu'il se détériore.

Dans un tel contexte, la prévention des maladies non transmissibles représente un important enjeu de santé publique, et en particulier chez les jeunes. Le gouvernement du Québec en arrive à la même conclusion puisqu'il annonçait, le 14 décembre dernier, que la prévention devenait sa priorité.

À titre de membre de l'équipe de travail pour la mise au point d'approches en prévention pour les jeunes, je veillerai entre autres à rappeler l'importance d'implanter des programmes continus et permanents de formation en alimentation (de la fourche à la fourchette) et en nutrition à l'intention des enfants qui fréquentent les centres de la petite enfance et des élèves du primaire et du secondaire, et de faire de ces programmes une partie intégrante de la formation de base des futurs citoyens du Québec. Il en va de la santé des citoyennes et citoyens de demain.

on Québec children and teenagers] continues – i.e., young people are not eating properly – and if, as well, the poverty cycle persists, it is quite likely that the current mortality and morbidity profile of Quebec's population will remain unchanged or even deteriorate.

Given the current situation, the prevention of noncommunicable diseases stands out as an important public health issue, particularly with respect to young people. The Government of Québec recently came to the same conclusion, announcing on December 14, 2004 that prevention has become its top priority.

As a member of the task force dedicated to developing prevention approaches specifically targeted at youth, I will make it my mission to stress the importance of developing ongoing, permanent diet (from farm to plate) and nutrition education programs intended for children attending child-care centres and primary and secondary school students, and to make these programs an integral part of the basic education of Québec's future citizens. Nothing less vital than the health of tomorrow's citizens is at stake.



Révision de classes de membres

Le 1^{er} avril prochain, au moment du renouvellement de la cotisation annuelle, des membres pourront, en raison de leur situation particulière, s'inscrire au Tableau des membres en se référant à de nouvelles classes de membres offrant une réduction de la cotisation professionnelle.

L'article 86. k) du Code des professions donne au Bureau le pouvoir de fixer, par résolution, le montant de la cotisation annuelle que doivent payer les membres de l'Ordre ou certaines classes d'entre eux



établies en fonction des activités professionnelles exercées. Cependant, une telle résolution adoptée par le Bureau doit être approuvée par la majorité des membres de l'Ordre appelés à se prononcer à ce sujet lors de l'assemblée générale annuelle. Ces décisions sont alors applicables pour l'année suivante et le demeurent tant et aussi longtemps qu'elles ne sont pas modifiées.

Le 10 juin 2004, les membres de l'Ordre réunis en assemblée générale ont été appelés à se prononcer sur la définition de certaines classes de membres ainsi que sur le montant de la cotisation réduite qui y correspond. Trois propositions du Bureau ont été entérinées par l'Assemblée. À compter de l'exercice 2005-2006, deux nouvelles classes de membres feront leur apparition (membres externes et membres en congé parental) alors qu'une autre (membres retraités) verra sa définition révisée.

Cotisation réduite pour les membres retraités

La classe de membres retraités est modifiée. Sera dorénavant admissible au statut de membre retraité tout membre de l'OPDQ âgé de 55 ans ou plus qui, au moment du renouvellement de la cotisation annuelle, ne travaillera plus (ni à temps plein, ni à temps partiel) et qui ne pratiquera aucune des activités professionnelles en nutrition clinique prévues au Code des professions (articles 37. c) et 37.1. 10). Ces personnes pourront donc continuer d'utiliser leur titre professionnel dans le cadre d'activités publiques occasionnelles (enseignement, conférences, services conseils) tout en gardant contact avec la profession, l'Ordre et ses services. Le montant de la cotisation annuelle pour le membre retraité est fixé à 35% du montant de la cotisation annuelle régulière.

Cotisation réduite pour les membres externes

Les services offerts par l'OPDQ (Manuel de nutrition clinique en ligne, revue professionnelle, etc.) étant susceptibles d'intéresser des professionnelles qui exercent hors du territoire québécois, surtout

dans la francophonie, une nouvelle classe de membres fait son apparition pour répondre à ce besoin. Le membre exerçant sa profession exclusivement à l'extérieur du Québec sera admissible au statut de membre externe. Le montant de la cotisation pour le membre externe est fixé à 66% de la cotisation annuelle régulière.

Cotisation réduite pour les membres en congé parental

Réclamé depuis longtemps, il sera maintenant possible de recevoir une réduction de cotisation pour les membres en congé parental (mère ou père). En effet, les membres admissibles au statut de membre en congé parental seront celles et ceux qui, au moment du renouvellement de leur inscription au Tableau, ne travaillent pas (ni à temps plein, ni à temps partiel) et n'exercent aucune des activités professionnelles en nutrition clinique prévues au Code des professions (articles 37. c) et 37.1. 10), en raison d'un congé parental. La présentation d'une attestation confirmant cette situation sera exigée. Le membre aura droit à un maximum d'une réduction de cotisation par congé parental, c'est-à-dire que cette réduction ne sera applicable qu'une seule année par naissance ou adoption. Le montant de la cotisation annuelle réduite pour le membre en congé parental est fixé à 75% de la cotisation annuelle régulière.

L'ensemble des informations pertinentes et utiles à l'inscription au Tableau des membres pour l'exercice 2005-2006, y compris ces nouvelles modalités, seront précisées sur l'avis de renouvellement de la cotisation professionnelle qui sera très bientôt expédié aux membres de l'Ordre.



Nourrir l'enfance: un défi élephanterque à relever à pas de souris



S'agit-il du thème du mois à la garderie du quartier ?

Ou encore de la une d'un journal soulignant une préoccupation pour les enfants des pays en situation de crise ?

En fait le titre de notre dossier peut paraître prétentieux et exagérément complexe. Mais comment décrire en quelques mots le casse-tête dynamique que représentent les difficultés alimentaires chez des petits êtres qui franchissent à plein régime différentes phases de développement ?

Un défi élephanterque...

Parce qu'il faut tenir compte du fait que les connaissances en pédiatrie sont encore en pleine effervescence et que de nombreux diagnostics de troubles de développement sont en définition; que les processus de croissance épousent des rythmes variables selon l'âge de l'enfant ou le système métabolique en cause; que l'hérédité vient parfois brouiller les cartes; que l'alimentation des enfants est la responsabilité de nombreux acteurs dont les parents, mais aussi les gardiennes, les CPE et l'école; que les jeux d'influences sur l'appétit et la sélection des aliments sont omniprésents et s'exercent par la publicité, le mode de vie expéditif, les valeurs individuelles et culturelles, la surabondance de produits alimentaires et la perte des habiletés culinaires...

... À relever à pas de souris

Le développement d'un enfant repose sur un potentiel en émergence. Les capacités à venir surgissent parfois en cascade à une vitesse surprenante, parfois au bout d'un lent processus à peine perceptible. L'apprentissage et les habiletés se construisent à force d'expériences répétitives. C'est pourquoi, en nutrition pédiatrique, patience et persévérance constituent des aptitudes essentielles afin de soutenir adéquatement et objectivement les parents dans l'épreuve que représentent trop souvent les ralentissements de croissance chez un enfant, ou l'hypersélectivité alimentaire chez un autre. La pression de performance vécue par de trop nombreux parents occidentaux, ou encore les attentes particulières de certains parents pour leurs enfants conditionnent aussi les stratégies d'intervention.

En fait, nous souhaitons traiter dans ce numéro de problématiques nutritionnelles qui touchent les 0 à 17 ans et qui se manifestent en catimini chez des enfants qui semblent de prime abord en pleine santé.

Afin d'illustrer ces réalités, nous vous invitons d'abord dans l'univers des hyper et hypo sensibilités sensori-motrices et autres troubles alimentaires de la petite enfance avec Nathalie Béland, Dt.P. Pour sa part Chantal de Montigny, Dt.P., nous décrit l'état des connaissances en matière d'allergies alimentaires chez la clientèle pédiatrique. Lise Bertrand, Dt.P., nous résume les principaux résultats sur la consommation alimentaire de la population scolaire québécoise.

Donc, il était une fois... un éléphant et une souris qui partaient en pique-nique...

Josée Bussièrès, Dt.P.,

*CSSS Côte-des-Neiges Métro, Parc-Extension -
CLSC Côte-des-Neiges*

NUTRITION

science en évolution

Volume 2, numéro 3, hiver 2005

Ordre professionnel des diététistes du Québec

2155 rue Guy, bureau 1220,
Montréal (Québec) H3H 2R9

Téléphone : (514) 393-3733
Sans frais : 1 888 393-8528
Télécopieur : (514) 393-3582
opdq@opdq.org — www.opdq.org

Édition

Directeur
Jean-Philippe Legault, Adm. A, MBA, CHE

Comité éditorial

Berthe Lefebvre, Dt.P., M.Sc., présidente du comité
Josée Bussièrès, Dt.P.
Josiane Cyr, Dt.P.
Vicky Drapeau, Dt.P., M.Sc.
Annie Morin, Dt.P.
Josée Pelletier, Dt.P.
Margaret Williams, Dt.P.

Coordination

Lise Tardif, adjointe aux communications
et services à la clientèle

Rédaction

Josée Arbour, Nathalie Béland, Lise Bertrand, Francine Boivin, Josée Bussièrès, Chantal de Montigny, Paul-Guy Duhamel, Ariane Fortier, Roxanne Harvey, Jean-Philippe Legault, Simone Lemieux, Janick Perreault, Marie-Eve Proulx, Annie Tremblay Krochenski, Julie Vézina

Réviseurs

Tous les articles sont révisés par des pairs.

Direction artistique

Cindy Goulet, Le Groupe Pro Santé Inc.

Production

Le Groupe Pro Santé Inc.

Impression

Transcontinental Impression

Renseignements généraux

La revue **NUTRITION — science en évolution** est publiée trois fois l'an par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec.

Publicité

Le Groupe Pro Santé Inc.
Téléphone : (418) 681-9900

Abonnement

58,85\$/3 numéros (prix incluant les taxes)

Mise en garde

Le fait d'accepter la diffusion d'une publicité ne signifie aucunement que l'OPDQ endosse l'entreprise ou son message. Les opinions exprimées dans les articles publiés sont la responsabilité des auteurs. L'Ordre n'endosse pas le contenu de ces textes, à moins d'avis contraire.

Invitation à toutes et à tous

Nous invitons tous les lecteurs et lectrices à nous soumettre des renseignements ou des articles susceptibles d'intéresser les membres de l'Ordre. Faites-nous parvenir vos textes au siège social de l'Ordre à l'attention de Lise Tardif, adjointe aux communications et services à la clientèle.

Gestion de la revue

La gestion rédactionnelle et la coordination de la production de **NUTRITION — science en évolution** ont été confiées à Le Groupe Pro Santé Inc.
Téléphone : (418) 681-9900

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada — ISSN 1708-0452

Convention de la Poste-publication
n°: 40052288 — n° de client: 6842550.

Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada à: OPDQ, 2159, rue Guy, bureau 1220, Montréal (Québec) H3H 2R9 — opdq@opdq.org

Les troubles alimentaires chez le jeune enfant

Nathalie Béland, Dt.P, Centre Mère-Enfant, CHUL

Un enfant vous est référé avec un retard de croissance et de nombreux tests médicaux normaux. À quoi pensez-vous d'abord ? Vous calculerez probablement l'apport énergétique. Si l'apport est inférieur à la normale pour l'âge, la cause du retard de croissance est trouvée : un apport insuffisant. En revanche, la véritable cause de l'apport insuffisant est plus difficile à déterminer, et le traitement pour augmenter les apports peut être laborieux.

Cet enfant fait sans doute partie des 25 % d'enfants « en santé » souffrant de troubles alimentaires¹. Chez les bébés, les troubles alimentaires suffisamment graves pour affecter la croissance avant l'âge de 1 an sont de l'ordre de 1 à 2 %².

Certains troubles alimentaires persistent à l'âge adulte. Vous connaissez sûrement des gens qui sont très sélectifs, qui ont un petit appétit et peuvent sauter des repas sans avoir d'inconfort ou encore qui détestent la texture des fruits ou des grains dans le yogourt ! **L'alimentation est l'un des sujets le plus fréquemment soulevé comme source d'inquiétude par les parents à leur pédiatre³.**

Les causes

Les causes possibles d'un apport insuffisant qui fait que des enfants refusent de boire ou manger sont variées.

L'individualité, la variabilité normale dans le processus d'apprentissage⁴. Des enfants digèrent mal les aliments en purée, même à l'âge de 10 mois, tout comme d'autres ne marchent pas avant 15 mois.

Un enfant plus lent que la moyenne pour apprendre à parler se fera davantage stimuler et encourager. En revanche, un enfant qui a des difficultés à manger sera plutôt considéré comme capricieux et les parents, qui se sentent déjà coupables, seront perçus comme étant inadéquats.

Une anomalie physiologique non mesurable de l'un ou de plusieurs des systèmes en cause dans l'alimentation⁴, soit le système digestif, le système nerveux (appétit, coordination motrice, déglutition, réflexes de protection comme la toux), le système sensoriel (perceptions dans la bouche, odorat, etc.) et le système cardio-respiratoire (fermeture des voix respiratoires pour l'avalement).

Un enfant qui coordonne mal sa respiration avec l'action de mastiquer, ou un autre qui a un peu trop d'acide dans l'œsophage peut vite associer le fait de manger à une source de malaises. Le refus de manger de l'enfant est sa façon d'exprimer ses malaises, ses difficultés.

Un trouble important qui perturbe le processus d'alimentation, ou qui l'a perturbé pendant la période néonatale (ex. : problèmes pulmonaires,

reflux, condition ayant requis un gavage). Durant cette période s'établissent habituellement le rythme normal de l'alimentation, le cycle de l'appétit, la relation alimentaire parent-enfant, le plaisir associé à l'acte de manger.

Plusieurs problèmes médicaux assez fréquents chez l'enfant sont reconnus pour être difficiles à identifier. Ils peuvent être présents et n'avoir jamais été diagnostiqués. Le reflux, l'asthme, un retard de développement mineur, l'hypertrophie des adénoïdes et même l'intolérance au lait sont quelques exemples qui peuvent tous nuire à l'alimentation.

Il est maintenant établi que la constipation peut être le seul symptôme d'une allergie au lait⁵, et que le reflux gastro-œsophagien peut être complètement asymptomatique⁶.

Évaluation des troubles alimentaires

Les problèmes d'alimentation peuvent être regroupés en trois grandes catégories, et peuvent être présents ensemble⁷.

Les désordres de l'appétit : motivation à manger faible, absente ou très variable :

- l'enfant ne semble pas avoir le désir intrinsèque de manger, il ne ressent que peu, ou ne ressent pas les signaux de la faim;
- l'enfant ne manifeste que peu, ou ne manifeste pas d'intérêt à manger, il ne demande pas à manger;

- l'enfant est contenté par quelques bouchées seulement, il est très facilement distrait aux repas.

Les troubles oro-moteurs : mauvais contrôle des structures orales (lèvres, langue, mâchoires) :

- l'enfant a tendance à échapper des aliments en mâchant, à s'étouffer facilement;
- on peut observer un écoulement du liquide sur le menton, des mouvements de mastication lents ou faibles.

Troubles sensoriels : hypersensibilité de la région orale, perceptions perturbées :

- sensations exagérées dans la bouche, ou perçues par l'enfant comme désagréables;
- la cavité buccale est si sensible que l'acceptation se trouve déstabilisée par des changements minimes (perçus) tels que des variations de température ou de texture des aliments;
- l'enfant crache ou a des haut-le-cœur au contact des aliments sur la langue, il refuse la nouveauté;
- la progression des textures s'avère très difficile, l'enfant repère les moindres petits changements, même des variations de marque de produit.

Des signes de troubles alimentaires se manifestent souvent en bas âge, bien avant que l'alimentation devienne insuffisante⁷. Par exemple, un bébé qui boit peu et très souvent ou qui ne se réveille pas pour boire ou qui n'a jamais accepté la viande en purée ou encore qui a eu des transitions pénibles (du sein au biberon, des purées vers les morceaux) est très probablement sujet à une difficulté alimentaire telle que décrite dans cet article.

Les parents ressentent beaucoup d'anxiété face au refus de manger, aux problèmes qu'ils vivent avec leur enfant à chaque jour aux repas. Ils adoptent diverses stratégies pour pallier aux difficultés de leur enfant comme allonger les repas, relâcher l'encadrement ou encore utiliser des distractions pendant les repas.

Si le problème dure, (ex. : depuis 2 ans) il n'est pas rare de voir des problèmes de comportement se développer et augmenter le problème. Les difficultés de comportement ou de discipline sont souvent la conséquence du trouble alimentaire.

Que mangent donc ces enfants ?

Un journal alimentaire de trois jours est très révélateur de leur diète. En plus de permettre l'évaluation nutritionnelle, il permet de déceler certaines difficultés : un enfant qui mange peu à la fois mais douze fois par jour (!), un autre qui étérnise les repas jusqu'à 1 1/2 heure de grignotage (enfant qui boit au repas et non après), de nombreux mets essayés à chaque repas, une rigidité ou hypersélectivité des aliments acceptés (yogourts toujours de la même saveur !). Il est utile d'analyser l'horaire des repas et collations, leur durée, les boires de nuit, etc.

Souvent on retrouve, dans ce journal alimentaire, des aliments à texture facile. Des purées (ex. : Minigo®), des aliments mous (nouilles et autres pâtes, fromage, frites, saucisse, viandes froides, croquettes de poulet), des aliments croquants (céréales sèches, croustilles, craquelins sans garniture) mais peu de fruits, de légumes, de viande et de mets mélangés.

Histoire de la tolérance et du contexte au repas

Une histoire antérieure détaillée servira à déterminer la sévérité du refus à manger, le début des problèmes, la sensibilité du système digestif, le déroulement des repas, leur durée, l'intolérance de certains aliments, les risques nutritionnels qui en découlent et finalement la capacité des parents et de l'enfant d'intégrer les suggestions. Cela est nécessaire pour évaluer quelle stratégie ou changement sont les plus susceptibles de fonctionner pour cet enfant.

Observer en direct le déroulement d'un repas ou d'une simple collation permet de mieux évaluer le problème.

Voir comment l'enfant mange, mais aussi voir comment le refus se manifeste aident beaucoup à cerner le problème.

L'observation d'un repas ou d'une collation apporte une information que les parents ne sont pas en mesure de nous dire, comme : l'intensité (la force) avec laquelle l'enfant refuse un aliment, l'enfant qui montre un malaise pendant qu'il mâche, l'enfant qui ne ferme pas ses lèvres sur la cuillère, l'enfant qui fait des efforts à la déglutition, le parent très, ou trop actif qui offre plusieurs choses à la fois, qui nettoie la bouche à chaque bouchée, etc.

Croissance des enfants ayant des troubles alimentaires

L'évaluation de la croissance chez l'enfant qui a un trouble alimentaire est très importante. Tous les enfants ne peuvent être au 50^e centile sur les courbes de croissance de référence. Il est important d'évaluer les trajectoires du poids

et de la taille passés et actuels de l'enfant pour distinguer un retard de croissance clinique* d'un ralentissement moins grave de la prise de poids^{9, 10}.

Points à surveiller sur la courbe de croissance

1 Un ralentissement du gain de poids qui débute souvent quelques semaines après un changement dans l'alimentation : (après l'introduction des solides vers 6-7 mois, ou après l'introduction des morceaux vers 11-12 mois, après l'arrêt des purées vers 15-16 mois, au sevrage de l'allaitement, etc.)

2 Avant 3 mois, l'action de téter est surtout un réflexe. Après, elle devient dépendante de la volonté et de la capacité de l'enfant à manger. Pour les bébés qui têtent difficilement, cela deviendra encore plus difficile vers cet âge.

3 Vers 7-11 mois, les bébés allaités ont un gain de poids moins important (une croissance plus lente) que ceux nourris avec une préparation lactée commerciale (formule de lait)¹¹. Sur les courbes de croissance de référence, élaborées majoritairement à partir de données de bébés peu allaités, cela peut ressembler à un gain de poids insuffisant.

4 Dans la première année (ou les 18 premiers mois), le rythme de croissance s'ajustera selon le potentiel génétique de l'enfant, phénomène qui entraînera parfois une diminution lente et **symétrique** du rythme de croissance¹⁰ (fléchissement en même temps des courbes de poids et taille).

Par contre, des problèmes alimentaires même sévères ne causent pas tous un retard de croissance. Un apport suffisant peut être maintenu par une grande quantité d'aliment aimé comme le lait.

* Le retard de croissance est un gain de poids inférieur à la normale pour l'âge défini comme une diminution de 2 couloirs majeurs sur la courbe de poids [croissance] de l'enfant⁸.

On peut aussi se référer à une chute d'un intervalle (couloir) sur la courbe de croissance du rapport poids/taille.

Grandes lignes de traitement

Premier objectif : dans les cas de retard de croissance, la prise de poids devient prioritaire. Déterminer un objectif à court terme de choix et de quantités de solides et liquides permettant d'augmenter l'apport énergétique, suggérer des aliments précis pour palier les manques dans la diète (ex. : augmenter les fromages frais ou yogourts pour remplacer le lait). Enrichir l'alimentation (ex. : formule de lait concentré ou suppléments nutritionnels

à la place du lait, aliments protéinés et plus gras, réduire les aliments moins caloriques). Au besoin, revenir aux aliments plus faciles à manger pour l'enfant (comme des purées, des pâtes, des saucisses ou des croquettes).

Deuxième objectif : réduire la tension aux repas. Réduire la durée du repas ou des boires si elle est excessive. L'apport alimentaire est rarement meilleur après les 30 premières minutes du repas. Au-delà de ce temps, quelques autres bouchées additionnelles requièrent beaucoup d'efforts et de stress ! Augmenter plutôt la fréquence des repas et collations (ex. : six par jour). Un enfant qui ne coopère plus du tout devra être descendu de table et le repas pourra être repris plus tard. Il est aussi utile de diminuer la sollicitation à manger en réduisant le nombre de choix offerts s'il y a plus de deux mets principaux au repas. Dans le même sens, espacer d'au moins deux heures les tentatives pour nourrir, et ne jamais forcer l'enfant à manger. Renforcer les comportements positifs et essayer d'ignorer les comportements négatifs (même si les parents veulent améliorer la variété, il faut souvent certains progrès, d'abord au chapitre des textures ou du contexte alimentaire, pour faire accepter la nouveauté).

Pour un enfant qui présente un faible appétit, l'approche est de maximiser l'appétit en régularisant l'horaire des boires et repas. Éviter les collations et les boires dans les deux heures précédant les repas.

Maximiser la densité calorique des repas, collations et breuvages. Si la quantité de liquide est excessive (ex. : plus de 30 oz après 1 an), il est préférable de la réduire graduellement. Certains médecins peuvent prescrire un stimulant d'appétit (ex. : Periactin). Toutefois, cette médication n'est recommandée que pour une courte durée (deux mois; cf. CPS).

Dans les cas de difficultés de type motrice, essayer différentes textures pour trouver celle qui sera la mieux tolérée par l'enfant. Offrir des aliments mous ou humectés, alterner une bouchée de solide et une gorgée de liquide aideront à la déglutition. Suggérer des ustensiles qui facilitent l'alimentation (ex. : verre au lieu de biberon, petites cuillères), favoriser la latéralisation de la langue (ex. : en versant une ou deux cuillères dans la joue de l'enfant à chaque repas). L'ergothérapie peut être indiquée, surtout pour les enfants avec une hypotonie globale.

Dans les cas d'hypersensibilité orale, il faut vraiment faire de très petits changements à la fois. Nourrir l'enfant avec les aliments qu'il tolère. En parallèle, travailler à désensibiliser la

Nourrir l'enfance : un défi éléphanterque à relever à pas de souris

bouche graduellement en offrant à l'enfant de très petites quantités ou de très petits morceaux d'un aliment un peu familier. Évaluer la texture actuelle tolérée par l'enfant, puis choisir un aliment qui est de texture supérieure et qui ressemble à un aliment qu'il accepte déjà : par exemple, des craquelins Breton[®] pour un enfant qui tolère les biscuits soda. Dans le cas d'un enfant qui rejette la viande en purée, on peut en mélanger une très petite quantité (1 c. à table) à un légume en purée aimé (4 c. à table), puis augmenter progressivement; dans le cas d'un enfant qui ne prend que quelques morceaux (nouilles, frites, bâtonnets de concombre), on pourrait utiliser du jambon coupé en petits bâtonnets comme nouvel aliment. **Le tableau 1** décrit les différents niveaux de texture des aliments.

Les parents ont souvent l'impression qu'ils ont tout essayé et que rien ne fonctionne. Il faut essayer des choses qu'ils ont faites mais différemment, pour réduire le niveau de difficulté. Les essais antérieurs, devaient être au-delà des capacités de l'enfant. De plus petites cuillerées, de plus petites portions offertes, plus de purée pour diluer un nouveau morceau, le présenter au début du repas, etc. Ce genre de nuance peut faire une grande différence pour l'enfant.

Motiver l'enfant qui n'est pas intéressé à manger, par un morceau d'aliment aimé (craquelin ou fromage) en récompense d'un comportement qu'on veut encourager (ex. : la prise d'une bouchée d'un nouvel aliment), peut être un moyen efficace pour améliorer graduellement la variété.

Conclusion

Nous sommes déjà spécialisées dans l'évaluation des besoins nutritionnels, des quantités d'aliments à recommander pour éviter les désordres nutritionnels.

Le traitement des troubles alimentaires chez le jeune enfant demande en plus :

- d'être familier avec l'alimentation normale chez l'enfant pour pouvoir interpréter ce qui est anormal;
- d'être à l'affût des symptômes de problèmes non diagnostiqués qui contribuent au refus;
- de se servir d'une histoire alimentaire approfondie (utiliser les essais antérieurs et les réactions de l'enfant) pour élaborer un plan de traitement victorieux;

- de faire de petits changements à la fois (des pas de souris!). Une trop grande insistance, une trop grosse assiette, un trop gros morceau peuvent provoquer un refus complet;
- de donner des trucs pratiques pour aider les parents dans l'application des suggestions, et de cheminer avec eux pour ajuster les suggestions. ☺

Références

1. K. Minde, « Bonding and attachment: Its relevance for the present-day clinician », *Dev Med Child Neurol*, décembre 1986, vol. 28, no 6, p. 803-806.
2. M. Dahl, et B. Kristiansson, « Early feeding problems in an affluent society. IV. Impact on growth up to two years of age », *Acta Paediatrica Scandinavia*, novembre 1987, vol. 76, no 6, p. 881-888.
3. G.B. Stickler, et P.S. Simmons, « Pediatricians' preferences for anticipatory guidance topics compared with parental anxieties », *Clin Pediatr*, juillet 1995, vol. 34, no 7, p. 384-387.
4. M. Ramsay, E. Gisel et M. Boutry, « Non organic failure to thrive: Growth failure secondary to feeding-skills disorder », *Dev Med Child Neurol*, 1993, 35, p. 285-297.

5. G. Iacono, et coll. « Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children », *New England Journal of Medicine*, 15 octobre 1998, vol. 339, no 16, p. 1100-1104.
6. H. Simpson, et F. Hampton, « Gastro-oesophageal reflux and the lung », *Archives of Disease in Childhood*, mars 1991, vol. 66, no 3, p. 277-279.
7. M. Ramsay, « Les troubles alimentaires chez le jeune enfant », Prisme (publication de l'Hôpital Sainte-Justine), 2000.
8. Hendricks, Duggan Walker, dans B.C. Decker (dir.), *Manual of Pediatric Nutrition*, 3e édition, p. 414., 2000.
9. Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada, Collège des médecins de famille du Canada et Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire, « L'utilisation des courbes de croissance pour évaluer et surveiller la croissance des nourrissons et des enfants canadiens » et « Guide du professionnel de la santé pour l'usage des courbes de croissance », *Pædiatric Child Health*, mars 2004, vol. 9, site Web Société canadienne de pédiatrie [www.cps.ca/énoncés] (sous « Utilisation » et « Guide »).
10. A.M. Rudolph, J.E. Hoffman et C.D. Rudolph, *Rudolph's Pediatrics*, vol. 20, Appleton & Lange, 1996.
11. R.G. Whitehead, et A.A. Paul, « Growth pattern of breastfed infants », *Acta Paediatrica Scandinavia*, vol. 89, (2000).

Autres sources

Vicky Veroff, La frénésie des repas : quand l'enfant refuse de manger, Laboratoires Abbott Limitée, Division des produits Ross, 2002, 56 p.

American Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Lignes directrices et évaluation de la croissance [http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/charts.html].

Tableau 1

HIÉRARCHIE DES TEXTURES

- > **Liquides**
lait maternel ou lait maternisé, jus.
- > **Purées lisses**
purées commerciales, fromages frais (ex. : Minigo[®]), céréales de bébé plutôt liquides.
- > **Purées maison (purées moins lisses)**
céréales de bébé plus épaisses, petits pots de légumes et de viande, pommes de terre pilées, potages lisses, soupes-crèmes, banane écrasée, compote de pommes commerciale.
- > **Purées de viande**
commerciales (petits pots) ou maison.
- > **Aliments secs / croustillants**
craquelins, céréales sèches, rôtie, croustilles, biscuits secs, galettes de riz.
- > **Aliments hachés / junior***
pots junior, aliments écrasés à la fourchette, soupes avec morceaux.
* Plusieurs enfants passent des aliments secs aux morceaux mous et sautent le groupe d'aliments junior.
- > **Morceaux mous**
nouilles, fruits et légumes cuits, fromage, viandes froides, œufs, muffins, gâteaux, frites, tofu, crème glacée, fromage cottage.
- > **Aliments de table**
fruits et légumes crus, riz, pain (frais), viande, barres de céréales, légumineuses.
- > **Textures mixtes**
yogourt avec morceaux de fruits, soupes, sandwiches, nouilles avec sauce à la viande, pêches en conserve (avec jus), vol-au-vent.

Une seule
compagnie
vous offre
une assurance
de groupe auto
et habitation
aussi personnelle

Profitez-vous personnellement du pouvoir de négociation de votre organisation ?

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec et
La Personnelle vous proposent un régime d'assurance
de groupe auto et habitation des plus avantageux.

- Obtenez des tarifs concurrentiels et des privilèges exclusifs adaptés à vos propres besoins.
- Bénéficiez de l'expertise du 1^{er} assureur de groupe au Québec détenant une entente de partenariat avec plus de 500 groupes à travers le pays.

Appelez dès maintenant pour une soumission :

1 888 GROUPES
4 7 6 8 7 3 7

Vous serez automatiquement
inscrit(e) au concours
**Plaisirs assurés
pour l'année**
vous donnant la chance
de gagner 52 000 \$.




Ordre professionnel
des diététistes
du Québec


laPersonnelle

Apprivoiser les allergies alimentaires, un défi pour tous!

Chantal de Montigny, Dt.P., M.Sc. biochimie, coordonnatrice, volet éducatif et consultation professionnelle, Association québécoise des allergies alimentaires

L'adversaire est à nos portes... et dans nos assiettes! Quelles sont nos armes? Quels sont nos outils? Peut-on facilement apprivoiser ces allergies alimentaires qui nous mettent au défi?

En diététique, les questions qui concernent les allergies alimentaires sont monnaie courante; les réponses, pas toujours évidentes. Il faut chercher. Il y a des nuances, des avancées scientifiques et des controverses. Une mise à jour fréquente de nos connaissances est impérative.

La prévalence des manifestations atopiques telles que l'eczéma, le rhume des foins, l'asthme et les allergies alimentaires est en hausse dans le monde industrialisé¹. Les allergies alimentaires à elles seules affectent environ 6 % des enfants de moins de 3 ans². L'aide et le soutien aux parents représentent un défi, qui doit être relevé à la fois par les professionnels de la santé et l'industrie agroalimentaire.

Une progression typique

Le risque qu'un enfant développe une réaction allergique est grandement déterminé par l'hérédité. Il est clairement établi que la prédisposition augmente en fonction du degré d'atopie chez les parents³. Il est donc pertinent de connaître l'histoire familiale afin d'agir en prévention.

De plus, les manifestations cliniques de l'allergie semblent apparaître chronologiquement dans l'enfance^{4,5}. Dans la première année de vie, les enfants souffrent davantage de symptômes gastro-intestinaux et dermatologiques. Suivent, de façon séquentielle, rhinites, rhino-conjonctivites, otites moyennes allergiques, manifestations respiratoires inférieures et enfin, asthme allergique. La prévention de cette progression est cependant envisageable.

Peut-on intervenir?

Comment éviter le développement de ces réactions allergiques? Voilà une question fort débattue, mais à laquelle il existe peu de réponses claires. Un premier niveau d'intervention, très souvent recommandé, est l'évitement des protéines allergènes au moment où le fœtus et le nourrisson sont le plus vulnérables. Cependant, lorsqu'il est question de prévention primaire (empêcher la sensibilisation initiale) et de prévention secondaire (empêcher le développement d'une allergie), l'incertitude persiste quant aux bénéfices à long terme apportés par l'évitement des aliments allergènes. Plusieurs recommandations pourraient toutefois aider

à réduire les allergies alimentaires tôt dans l'enfance (voir le **tableau 1** page suivante) sans pour autant assurer d'éviter toute manifestation atopique.

De nouveaux acteurs à surveiller

Une seconde voie d'intervention en exploration se rapporte à la modulation du système immunitaire de façon précoce. Selon la théorie de l'hygiène, l'environnement quasi stérile des nouveau-nés induirait un manque de sollicitation du système immunitaire et conduirait à l'hypersensibilité plutôt qu'à la tolérance⁷. À cet égard, les probiotiques pourraient être efficaces chez la femme enceinte et le nouveau-né^{8,9}. Un autre acteur à surveiller est l'acide gras polyinsaturé oméga-3. Il pourrait, par d'autres mécanismes, avoir le potentiel de réduire les maladies allergiques^{10,11}.

Évitement des allergènes

Si la prévention primaire/secondaire est controversée, la prévention tertiaire (prévention d'une réaction chez un enfant déjà connu allergique) est pour sa part tout à fait univoque. Il s'agit d'éviter toute trace de l'allergène (voir le **tableau 2**). Malgré les recherches récentes¹², aucun vaccin ni désensibilisation ne sont encore au point afin de guérir l'allergie alimentaire.

La diététiste qui reçoit une personne allergique doit donc lui enseigner à éviter les allergènes qui causent problème. La lecture des étiquettes avec une liste de mots clés à jour, la signification des allégations et des pictogrammes ainsi que l'interprétation des exemptions réglemen-

taires sont des sujets qui doivent être abordés en profondeur. La compréhension des notions de contamination est tout aussi importante; en alimentation comme en pharmacologie et en cosmétique.

Au delà de cet enseignement rigoureux sur la reconnaissance des allergènes, une approche aidante devra être positive et focaliser sur les aliments permis, sans restrictions inutiles. Bref, on n'interdit pas toute une famille d'aliments pour un seul aliment problématique! Les enfants avec plusieurs allergies peuvent être à risque de carences, il faut donc être prudent¹³.

Un contexte difficile

Il arrive que des parents demandent conseil à une diététiste lorsqu'un bébé ne semble pas bien tolérer son lait ou ses aliments, lorsqu'il vomit, a de la diarrhée, de la constipation ou des éruptions cutanées de façon chronique. On constate fréquemment une incertitude à savoir si l'enfant est allergique ou intolérant à un aliment. Malgré ces symptômes, les tests cutanés d'allergie ne sont pas toujours positifs et les examens ne montrent pas toujours d'anomalies anatomiques ou d'infection. Que faire et pourquoi le diagnostic est-il si vague? On rencontre aussi des mères qui allaitent, qui veulent prévenir l'allergie chez leur prochain enfant et qui souhaitent notre aide afin de suivre les recommandations de l'allergologue. Pourquoi ces recommandations ne sont-elles donc jamais constantes?

Les éléments suivants permettent de comprendre le contexte difficile dans lequel doivent naviguer les professionnels de la santé¹⁴.

1 Les symptômes de l'allergie sont non spécifiques et se manifestent différemment d'une personne à l'autre. Un nombre limité de symptômes expriment plusieurs problèmes de santé. Le professionnel doit distinguer l'allergie des autres désordres comme l'infection, l'inflammation (maladie de Crohn, colite ulcéreuse), un trouble métabolique ou anatomique (sténose pylorique). S'il y a effectivement réaction à un aliment, on doit déterminer s'il s'agit d'une intolérance (lactose, histamine, additifs, gras, etc.), d'une intoxication (toxine bactérienne), d'un effet pharmacologique (ex.: caféine) ou d'une allergie.

Nourrir l'enfance : un défi élephanterque à relever à pas de souris

Tableau 1 — Recommandations provisoires en prévention primaire^{3,6} chez les enfants à haut risque*

	Intervention	Commentaires
Diète maternelle lors de grossesse	Non recommandée, exception possible pour les arachides	Pas de bénéfice avec l'évitement prénatal du lait de vache et des œufs
Allaitement exclusif	Oui, jusqu'à 4 à 6 mois	Effets préventifs confirmés jusqu'à 4 à 6 mois
Diète de la mère qui allaite	Oui, déterminée sur une base individuelle, arachides toujours exclues	Études contradictoires et question non résolue Individualisation nécessaire
Préparation lactée de soya	Non recommandée	Pas de bénéfices pour la prévention
Préparations lactées	Préparations hydrolysées jusqu'à 1 an	Extensivement de préférence, ou partiellement hydrolysées
Retard dans l'introduction des aliments solides	Oui, jusqu'à 6 mois, aliments les moins allergènes en premier	Pourrait réduire le risque d'eczéma et retarder la manifestation de l'allergie alimentaire. Par contre, ne permet pas l'apprentissage de la tolérance de l'allergène par le système immunitaire ⁶
Diminution de l'exposition aux allergènes de l'environnement	Oui, attention aux allergènes sur une peau irritée et aux gouttelettes en suspension	Recherches en cours. Pourrait devenir une voie de sensibilisation dans les cas où l'alimentation est exempte de l'allergène

* La prévention cible actuellement les enfants courant un risque élevé de développer des allergies, c'est-à-dire ceux avec un ou deux parents ou un membre de la fratrie avec manifestation atopique.

2 Il existe différents types d'allergies. Certaines sont à réactions immédiates et médiées par des anticorps IgE, habituellement mises en évidence par des tests cutanés ou radio-immunologiques. Plusieurs autres types d'allergie sont à réactions retardées et médiées par des cellules du système immunitaire. Dans ces cas, le diagnostic n'est possible que par la diète d'élimination, la biopsie, le test de provocation alimentaire ou la sérologie (voir le [tableau 3](#)).

3 L'immunologie est une science récente. Le manque de recul et les problèmes de méthodologie expliquent l'absence de données probantes et les différentes écoles de pensée en prévention des allergies⁵.

4 Un pronostic différent s'établit selon le type d'allergie et la situation de la personne. De plus, une fois l'allergie résolue, certaines ne reviendront pas et d'autres le feront dans certaines conditions. Pour l'allergie aux arachides, une publication récente¹⁵ montre qu'il est important, une fois la réintroduction réalisée, de consommer de petites quantités de façon régulière. Un suivi de la littérature est de mise à ce sujet.

Un diagnostic essentiel

Il arrive que la diététiste reçoive à son bureau

Tableau 2 — Recommandations en prévention tertiaire³ chez les enfants déjà allergiques (1 an au moins)

	Intervention	Commentaires
Exclusion complète de la protéine alimentaire causale	Oui, éliminer toute trace ou possibilité de trace (« peut contenir... »)	L'évitement est la seule façon sécuritaire d'éliminer les symptômes
Diète de la mère qui allaite	Évitement de toute trace de la protéine alimentaire qui cause l'allergie, plus diète d'exclusion préventive individualisée contenues dans le lait maternel	Une étude définitive démontre que les bébés allergiques développent des symptômes à partir des protéines alimentaires contenues dans le lait maternel
Préparation lactée en cas d'allergie au lait de vache	Préparations extensivement hydrolysées ou élémentaires jusqu'à 1 an au moins	Évitement nécessaire de la préparation partiellement hydrolysée

des personnes laissées à elles-mêmes et qui ont reçu un diagnostic d'allergie à la suite d'un test fait par une autre personne qu'un allergologue. Prenons l'exemple de tests IgG ou cutanés qui seraient positifs pour une panoplie d'aliments (ex. : fraises, tomates, chocolat, saumon, crustacés, lactose, etc.). Doit-on enseigner une diète sans tous ces aliments et nutriments? Il faut se rappeler que l'histoire clinique est le plus important des facteurs. Des tests cutanés et sanguins peuvent s'avérer positifs sans qu'il y ait pour autant réaction allergique. L'inverse

est aussi vrai. Des tests peuvent être négatifs en présence d'une allergie médiée de façon cellulaire. Il peut être nécessaire, afin de diagnostiquer une allergie, d'avoir recours à une diète d'élimination suivie d'un test de provocation, qui doit **absolument être fait sous supervision médicale** ou selon les indications d'un allergologue. Lorsqu'il s'agit d'une intolérance, comme pour le lactose, une diète d'élimination, suivie d'une réintroduction graduelle pour tester le degré de tolérance, est envisageable. Le [tableau 3](#) indique les outils diagnostiques valides. Le dosage

sanguin des IgG^{17,18} n'en fait pas partie. Vue la complexité des allergies, leur gravité et la nécessité d'un diagnostic différentiel, il est important qu'un allergologue soit consulté afin qu'un diagnostic réaliste soit porté.

Un quotidien sécuritaire

Avec l'augmentation de la prévalence des allergies, des outils concrets ont été conçus afin de faire face à cette situation qui met la vie des enfants en danger au quotidien. Les diététistes sont très souvent sollicités par les CPE, les garderies et les écoles afin d'apporter un soutien qui tient davantage de la gestion que de la clinique. L'Association québécoise des allergies alimentaires (AQAA) a développé une expertise de soutien, de formation et de consultation en matière de gestion sécuritaire des allergènes en milieu de garde. Des concepts semblables en service de restauration font d'ailleurs l'objet d'un Manuel de gestion également réalisé par l'AQAA.

La part de l'industrie

Après avoir discuté avec une diététiste, le parent part à la recherche d'aliments sans trace de noix, d'arachide, de lait, d'œuf ou, pis encore, sans trace de soya, de blé ou de maïs. Faire l'épicerie risque d'être long. La lecture des étiquettes est laborieuse, car il faut savoir lire entre les lignes! Neuf allergènes ont été priorisés par Santé Canada et devraient être indiqués. Mais voilà, la loi ne l'exige pas encore et plusieurs exemptions réglementaires permettent aux

allergènes de se « faufiler » dans l'aliment, sans que ce soit indiqué.

La tâche de l'industrie est claire : « toujours pouvoir retracer les ingrédients allergènes et indiquer leur présence dans le produit final ». De cette façon, il deviendra plus rare qu'un enfant allergique aux produits laitiers subisse une réaction après avoir consommé un bouillon avec de l'« arôme » comme ingrédient.

Plusieurs entreprises, sur une base volontaire, ajoutent des mises en garde telles que « contient », « peut contenir ». Depuis peu, de façon plus aidante, on appose aussi des pictogrammes de garantie du manufacturier qui indiquent l'absence d'un allergène particulier. Cependant, cette garantie n'est pas contrôlée, ni uniforme d'une entreprise à l'autre. Un programme de certification est en cours d'élaboration¹⁹. Cette certification apportera une uniformité et une rigueur aux processus de contrôle des allergènes en industrie. À propos, saviez-vous que toutes les entreprises ne savent pas que les amandes font partie des noix (selon l'étiquetage canadien), et que les arachides n'en font pas partie? L'industrie, tout comme le consommateur, a besoin de formation et de soutien afin de garantir le risque minimal au consommateur.

En résumé, les prochaines années seront riches en développements qui devront être suivis de près par la pratique diététique, et ce, pour chacun des aspects abordés en allergie : recherche clinique, gestion sécuritaire des allergènes et étiquetage. ☺

Révision

Équipe de l'AQAA et Lise Primeau, Dt.P. de l'Hôpital Sainte-Justine.

Références

- Ninan TK, Russell G, Respiratory symptoms and atopy in Aberdeen School-children, *BMJ* 304(6831):873-5, 1992
- Hugh A. Sampson, Update on food allergy, *J Allergy Clin Immunol* 113(5): 805-819, 2004
- Robert S. Zeiger, Food Allergen Avoidance in the prevention of food allergy in infant and children, *Pediatrics* 111 (6) : 1662-68, 2003
- Cantani et al. The growing genetic links and the early onset of atopic diseases in children stress the unique role of the atopic march : a meta-analysis, *J Invest Allergol Clin Immunol*, 9(5) : 314-20, 1999
- Eichenfield et al. Atopic dermatitis and asthma : parallels in the evolution of treatment, *Pediatrics* 111(3) : 608-16, 2003
- Abbas Khakoo et al, Preventing Food Allergy, *Current Allergy and asthma Reports* 4:36-42, 2004
- McGeady SJ, Immunocompetence and allergy, *Pediatrics* 113(4 suppl.):1107-13, 2004
- Kalliomaki M, et al., Probiotics in primary prevention of atopic disease : a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 357(9262):1076-9, 2001
- Rautava S et al, Probiotics during pregnancy and breast-feeding might confer immunomodulatory protection against atopic disease in the infant, *J Allergy Clin Immunol* 109(1) : 119-21, 2002
- Calder PC et al. Fatty acids and lymphocyte function, *Br J Nutr* 87(Suppl 1) : S31-S48, 2002
- Reichardt P et al. Fatty acids in colostrum from mothers of children at high risk of atopy in relation to clinical and laboratory signs of allergy in first year of life, *Allergy* 59(4):394-400, 2004
- Leung DYM et al. Effect of anti-IgE therapy in patients with peanut allergy. *N Engl J Med*, 348(11):986-93, 2003
- Shideh Mofidi, Nutritional management of pediatric food hypersensitivity, *PEDIATRICS* 111 (6) : 1645-53, 2003
- Scott H. Sicherer, Clinical Aspects of Gastrointestinal Food Allergy in Childhood, *Pediatrics* 111(6) : 1609-16, 2003
- Fleischer DM et al., Peanut allergy : recurrence and its management, *J Allergy Clin Immunol.*, 114(5) : 1195-201, 2004
- Robert A, Wood, The natural history of food allergy, *PEDIATRICS* 111 (6) : 1631-37, 2003
- Association des allergologues et immunologues du Québec, Tests d'allergies de valeur discutable, site Internet : www.aller.qc.ca/informpopul.htm
- Anna Nowak-Wegryzn, Future approaches to food allergy, *PEDIATRICS* 111 (6) : 1676-80, 2003
- Programme de certification développé par l'Association Québécoise des Allergies Alimentaires. 2004 Projet pilote en cours.

Tableau 3 — Caractéristiques et tests diagnostiques utiles pour diagnostic (Tableau tiré de la référence 14)

Désordre allergique	Tests diagnostiques centraux	Tests diagnostiques additionnels	Pronostic	Suivi de routine
Hypersensibilité gastrointestinale immédiate	TC, RAST	TP	Dépend des aliments ¹⁶	Répéter TC, RAST, TP
Syndrome allergique oral	TC	TP, RAST	Prolongé	TC, RAST, TP si résolution suspectée
Gastroentéropathie à éosinophile	Biopsie, DE	TC, RAST, TP	Prolongé	Biopsie, TP, TC, RAST
Entérococolite à protéine alimentaire	DE (TP)	TC, RAST, TP, évaluation de septicité	2 ans	TP
Proctite à protéine alimentaire	DE	Habituellement aucun, biopsie, culture de selles	1-2 ans	Réintroduction graduelle
Entéropathie à protéines alimentaires	Biopsie, DE	TC, RAST, TP	2 ans	TP
Reflux, coliques ou constipation causés par le lait	DE et TP	Sonde à pH, biopsie, essai de médication contre les reflux	Reflux/coliques se résolvent au-delà de 1-2 ans	TP
Maladie cœliaque	Sérologie, biopsie		Permanent	Visites de routine

TC signifie test cutané; RAST, dosage radio-immunologique d'IgE spécifiques (ou UniCAP); TP, test de provocation; DE, diète d'élimination.

Récoltez le fruit de votre labeur.

Pour une troisième année consécutive, Arctic Gardens remettra le prestigieux trophée, accompagné d'une bourse de 3 000\$, à une personne, un groupe ou une entreprise qui a contribué à la promotion d'une saine alimentation au pays.

Participez au Prix
«Récolte d'excellence»
Arctic Gardens.



Le Prix
Récolte d'excellence
Arctic Gardens

Édition 2005

Bourse de 3 000\$

UNE INITIATIVE
POUR UNE
SAINE ALIMENTATION

**Pour participer,
rien de plus simple!**

Visitez notre site Internet
ou composez le numéro de
téléphone ci-dessous.

Les soumissions devront
être reçues au plus tard
le 11 mars et le nom du
lauréat sera dévoilé le
14 avril 2005.

Bonne chance!

www.bureaualimentsetsante.ca
(514) 524-2524

Bureau
Aliments et Santé

ARCTIC GARDENS

L'alimentation des jeunes québécois : des résultats inquiétants

Lise Bertrand, Dt.P., M.P.H., Direction de santé publique, Montréal*

En novembre dernier, l'Institut de la statistique du Québec lançait la publication du rapport du volet Nutrition de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois*. Une telle enquête n'avait pas été menée au Québec, ni ailleurs au pays, depuis celle de Nutrition Canada, en 1971. Des résultats troublants en ressortent, tout en confirmant les appréhensions de plusieurs professionnels de la santé. L'un des points saillants est que plus de 82 % des jeunes ne consomment pas les quantités minimales des quatre groupes d'aliments recommandés par le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Cette proportion s'élève à plus de 95 % chez les garçons de 9-11 ans.

Cet article présente les principaux résultats sur la consommation alimentaire de la population scolaire québécoise. Il met en évidence le paradoxe de l'insuffisance dans un contexte de grande abondance. Parce que l'âge scolaire est une période cruciale de développement physique et intellectuel, on ne peut rester indifférent à ce phénomène. De nombreuses autres informations sont livrées dans le rapport et complètent l'interprétation que l'on peut faire de ces chiffres.

Description sommaire

L'Enquête vise les jeunes âgés de 6 à 16 ans fréquentant une école primaire ou secondaire. La collecte des données se rapporte à 1 934 jeunes de 181 écoles primaires et secondaires de l'ensemble du Québec, et s'est déroulée entre le 20 janvier et le 31 mai 1999. Les informations ont été recueillies par 37 diététistes ayant reçu une formation particulière sur les techniques d'entrevue et sur les instruments de l'enquête. Le rappel alimentaire de 24 heures ainsi qu'un questionnaire sur la fréquence de consommation de divers aliments constituent les sources des données alimentaires et nutritionnelles. D'autres questionnaires ont été remplis par les jeunes, leurs parents et les directions d'école; chaque enfant et adolescent a été pesé et mesuré par la nutritionniste selon un protocole strict. Les données du rappel alimentaire de 24 heures ont été saisies et traitées par le Bureau des statistiques biologiques et des applications informatiques de Santé Canada.

Pour mieux comprendre les résultats

Les informations qui suivent soulignent des choix méthodologiques qui, associés à la complexité de l'alimentation, influencent l'interprétation des résultats.

Classification des aliments

Tant pour estimer les quantités de portions des principaux groupes d'aliments que pour analyser leur contribution aux apports en nutriments,

un processus complexe de classification des aliments a été élaboré par une équipe de Santé Canada présentement affectée à la révision du *Guide alimentaire canadien* (GAC). Cette étape, extrêmement importante, permet une assignation raffinée des milliers de produits alimentaires et recettes inscrits sur les rappels alimentaires à l'un des groupes du GAC. Elle fait cependant perdre certaines informations que l'on voudrait parfois mettre en lumière. Par exemple, les données disponibles n'affichent pas la consommation réelle de biscuits sucrés ou d'ailes de poulet congelées, ces aliments étant regroupés dans des catégories plus larges. Il est toutefois possible de repérer ces éléments dans le fichier de base de l'Enquête qui peut être mis à la disposition des chercheurs intéressés.

Groupe «Autres aliments»

Plusieurs aliments n'appartiennent à aucun des quatre groupes du GAC, à cause des affinités nutritionnelles ou alimentaires; ils ont donc été regroupés dans une catégorie «Autres». On y retrouve des bouillons de soupe, les matières grasses, les grignotines, certaines pâtisseries trop élevées en gras ou en sucres pour être incluses dans les produits céréaliers, etc.

Résultats estimés pour l'ensemble des consommateurs et non consommateurs

Les divers aliments ne sont pas nécessairement consommés par tous les jeunes. Par exemple, seulement 14 % des jeunes avaient consommé du yogourt au moment de l'Enquête. Mais puisque



nous nous intéressons aux habitudes alimentaires de toute la population des jeunes de 6-16 ans, les données sont calculées pour refléter celle-ci. Ainsi, la quantité moyenne de yogourt consommée dans l'ensemble de la population des 6-16 ans est estimée à 29 g.

Estimation de la variation intra-individuelle

Le traitement statistique qui a été appliqué aux portions de chacun des groupes d'aliments permet d'estimer l'alimentation habituelle, ce qui ajoute une plus value aux résultats. Le calcul de la variation intra individuelle est en effet habituellement réservé aux apports en nutriments. Lorsque l'on ne tient pas compte de ce facteur, on ne peut interpréter que la consommation alimentaire de la journée rapportée. Cependant, les observations sur quelques aliments en particulier renvoient uniquement à la journée de l'enquête, car la variation intra individuelle n'a pas été calculée sur ces aliments.

Valeurs médianes

Les quantités de portions de chacun des groupes d'aliments sont des valeurs médianes plutôt que moyennes. Souvent, en effet, les valeurs moyennes camouflent des extrêmes qui faussent les valeurs normales. Pour éviter ce faux portrait, les données renvoient au 50^e percentile des groupes d'âge et de sexe.

Les consommations alimentaires

Produits céréaliers

Le graphique 1 montre que la consommation habituelle médiane des jeunes varie de 5,4 à 6,4 portions de produits céréaliers chez les filles et de 6 à 9 portions chez les garçons.

Selon l'âge, 15 % à 31 % des filles et 2 % à 24 % des garçons mangent moins que les cinq portions minimales de produits céréaliers (tableau 1). Ce sont les plus jeunes qui réussissent le moins à manger les cinq portions.

Seuls les garçons de plus de 12 ans consomment plus de douze portions de divers produits céréaliers, soit environ 3 % des garçons de 12-14 ans et 10 % des garçons de 15-16 ans.

Lorsqu'on examine, pour une journée donnée, les quantités moyennes de certains aliments exprimées en grammes, la catégorie regroupant les pâtes alimentaires et le riz est la plus consommée des produits céréaliers (119 g), suivie des divers pains blancs (53 g). Les garçons ont tendance à manger plus de ces aliments et de céréales à déjeuner faibles en fibres que les filles.

Les pains à grains entiers et les céréales à haute teneur en fibres ne sont respectivement consommés que par 16 % et 13 % des jeunes.

Les apports en fibres ont été estimés à moins de 15 g par jour dans l'ensemble de la population des 6-16 ans. Les pains et céréales à grains entiers, qui constituent normalement la meilleure source de fibres, ne fournissent que 7 % des apports dans l'alimentation des jeunes. Les pâtes alimentaires, le riz et les pains blancs contribuent ensemble pour 16 % des fibres.

Légumes et fruits

La consommation médiane de légumes et fruits de l'ensemble des jeunes est de 4,3 portions. Seuls les garçons de 15-16 ans atteignent la quantité minimale recommandée de cinq portions (graphique 2). Les autres groupes consomment environ quatre portions.

Les fruits semblent légèrement plus consommés (environ 1/2 portion de plus) que les légumes parmi les filles de 6-14 ans et les garçons de 6-8 ans. Les autres groupes d'âge et sexe consomment une quantité similaire des deux catégories, cette quantité variant entre 1,6 et 2,1 portions.

Des proportions importantes de jeunes consomment moins de cinq portions de légumes et fruits chaque jour (tableau 2). Chez les filles, 61 % des 9-14 ans et 67 % des 15-16 ans présentent cette insuffisance; cette proportion diminue chez les garçons, selon leur âge, de 68 % (6-8 ans) à 50 % (15-16 ans).

On retrouve de faibles proportions de jeunes qui consomment plus de dix portions de fruits et légumes, les plus importantes étant chez les garçons adolescents (4 % des 12-14 ans et 9 % des 15-16 ans).

Les données ne permettent pas d'identifier les fruits ou légumes les plus consommés.

Elles indiquent cependant l'importance de la présence des jus dans l'alimentation des jeunes. Ceux-ci, qui comprennent uniquement les jus de fruits ou de légumes purs à 100 %, sont, dans plusieurs groupes d'âge, plus consommés que les fruits et parfois plus que les légumes, particulièrement chez les garçons de 15-16 ans. Aussi constituent-ils la première source de

vitamine C dans l'alimentation des jeunes, en fournissant 39 % des apports totaux. Les boissons autres que les jus (classées dans le groupe «Autres») apportent quant à elles 19 % de la vitamine C, proportion équivalente à celle fournie par les légumes et supérieure à celle des fruits (16 %).

Produits laitiers

Deux à trois portions quotidiennes de produits laitiers sont recommandées pour les jeunes âgés de 4 à 9 ans et trois à quatre portions pour les jeunes de 10-16 ans.

Le graphique 3 montre que les enfants de 6-8 ans consomment environ deux portions de produits laitiers. Les filles de 9 ans et plus en consomment un peu moins (1,7 à 1,9). Les garçons de 9-11 ans consomment eux aussi environ deux portions alors que les 12-16 ans en prennent 2,5 portions.

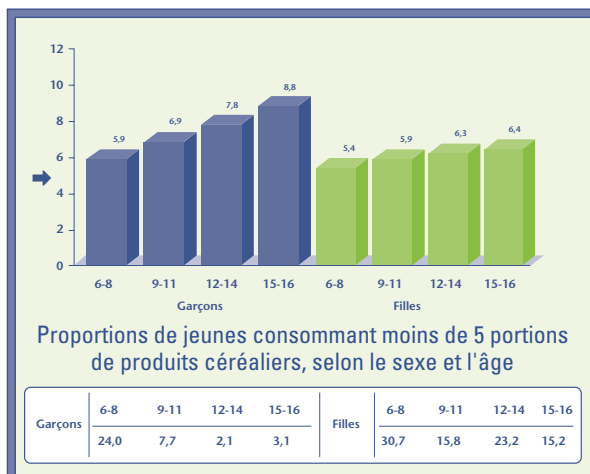
Est-ce que certains ont raison de soulever la polémique en déplorant que l'on gave les enfants de lait? C'est plutôt le contraire que révèle le tableau 3.

Quarante-huit pourcent (48 %) des filles âgées de 6-8 ans à 89 % des 15-16 ans consomment moins de 2 portions de produits laitiers. Chez les garçons, c'est le cas pour 45 % (6-8 ans) à 73 % (9-11 ans) d'entre eux.

Ces données expliquent en bonne partie les proportions d'enfants, surtout après l'âge de 9 ans, dont l'apport en calcium est insuffisant. L'alimentation de 80 % des filles de 9-13 ans, de 78 % des filles de 14-16 ans et de 64 % des garçons de 9-13 ans ne satisfait pas aux recommandations en calcium; 15 % des filles présen-

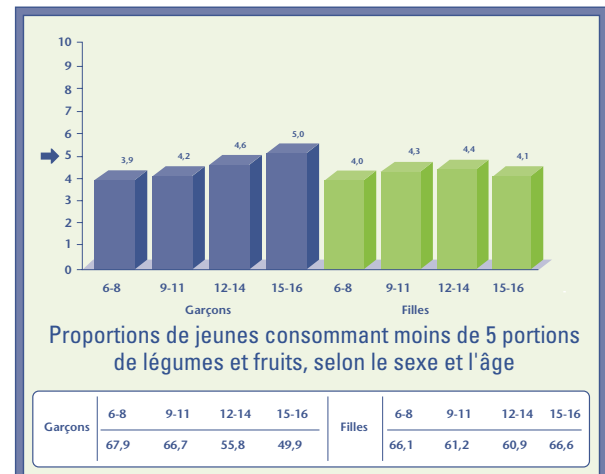
Graphique et tableau 1

Nombre médian de portions de produits céréaliers consommés par les jeunes Québécois, selon le sexe et l'âge, Québec, 1999



Graphique et tableau 2

Nombre médian de portions de légumes et fruits consommés par les jeunes Québécois, selon le sexe et l'âge, Québec, 1999



Nourrir l'enfance : un défi élephanterque à relever à pas de souris

tent des risques d'apport inadéquat en zinc.

En quantité absolue, c'est le lait qui est le produit laitier le plus consommé. Les fromages sont consommés par 61 % des jeunes, dans une quantité moyenne de 39 g.

Les quantités de yogourt (moyenne de 29 g) diminuent tout particulièrement après l'âge de 12 ans, tant chez les garçons (23 à 28 g) que chez les filles (13 à 23 g). De 9 à 18 % des garçons et 9 % à 20 % des filles, selon l'âge, avaient mangé du yogourt au cours de la journée étudiée.

Viandes et substituts

Dans une démarche de révision du *Guide alimentaire canadien*, Santé Canada a conçu une approche particulière au regroupement des viandes et de leurs substituts de même qu'à la désignation de la grosseur des portions.

Le *Guide Alimentaire canadien* actuel recommande une consommation quotidienne de deux à trois portions de viandes ou substituts, et détermine une portion de viande entre 50 g et 100 g. La notion de portion ne repose donc pas sur une quantité précise mais sur une échelle de valeurs. Sur la base de cette échelle, les portions sont estimées de la manière suivante :

- 25 à 49 g de viandes ou substituts = 1/2 portion
- 50 à 99 g = 1 portion
- 100 à 300 g = 2-3 portions
- 301 à 600 g = 4-6 portions

La consommation médiane habituelle des garçons varie entre 128 g (6-8 ans) et 189 g (15-16 ans)

de viandes et substituts. Cette quantité reflète donc un peu plus que 2 portions de ce groupe alimentaire (graphique 4).

Les filles consomment aussi un minimum de 2 portions de viandes ou substituts; cependant les quantités, variant de 115 g (6-8 ans) à 131 g (9-11 ans) sont moindres que chez les garçons dans chaque groupe d'âge.

Malgré la quantité médiane adéquate, 22 % des filles âgées de 9 à 11 ans à 30 % des filles de 15-16 ans ne mangent pas les quantités minimales de viandes ou substituts (tableau 4). Chez les garçons, c'est le cas pour 23 % des 9-11 ans et 30 % des 6-8 ans.

Il convient de souligner, pour ce groupe d'aliments, les proportions d'enfants qui mangent plus de trois portions par jour. En effet, de 10 % à 31 % des filles (9-11 et 15-16 ans), et de 32 % à 75 % (12 ans et plus) des garçons mangent plus de trois portions.

Selon les observations sur les rappels de l'Enquête, les aliments les moins consommés de ce groupe seraient les poissons, (9 g en moyenne) et les légumineuses, noix et graines dont la consommation moyenne est d'environ 12 g. Il faut souligner que pour une journée donnée, seulement 10 % des jeunes ont indiqué manger du poisson et 33 % ont rapporté des légumineuses, noix ou graines.

Conclusion

Les résultats de cette enquête sur l'alimentation des enfants et des adolescents québécois constituent un bassin important de connaissances qui permettent de quantifier des problèmes que

l'on soupçonnait déjà dans cette population. Ceux présentés dans cet article ne se rapportent qu'aux groupes d'aliments du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Ils suffisent pour susciter de grandes inquiétudes. Lorsque l'on analyse non seulement les quantités mais aussi la qualité des aliments consommés, ce sont trois groupes d'aliments sur quatre qui font défaut dans l'alimentation des jeunes. Les experts mesurent déjà les conséquences à moyen et à long terme si rien n'est fait. Dans l'immédiat, on connaît les effets de la nutrition sur les développements physique et cognitif propres à l'enfance et à l'adolescence.

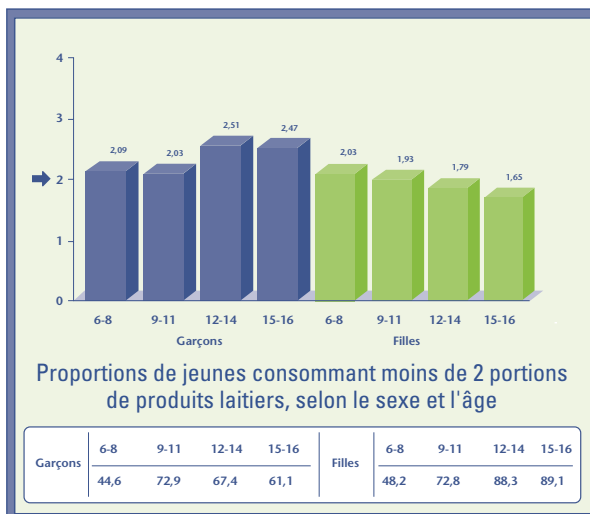
Il est à espérer que l'attention portée à la hausse du poids dans notre société ne se traduise pas par une approche réductionniste, comme c'est souvent le cas à l'égard des problèmes de santé. Chez les jeunes, nous faisons plutôt face à un problème de l'alimentation, un problème d'insuffisance des aliments garants de la santé. Cela se produit de plus dans un contexte de surabondance. Il faut donc reconnaître aussi que la prolifération de produits alimentaires sur le marché n'a en rien amélioré la qualité de l'alimentation.

Les secteurs de la santé publique, de l'éducation, de la production alimentaire et de l'économie ne peuvent plus laisser les jeunes à eux-mêmes dans la jungle alimentaire actuelle. Le rapport de cette enquête lance un avertissement d'urgence. 🌱

* Lise Bertrand est l'auteure du Chapitre 5, « Consommations alimentaires », de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, volet Nutrition, Institut de la statistique du Québec, juin 2004.

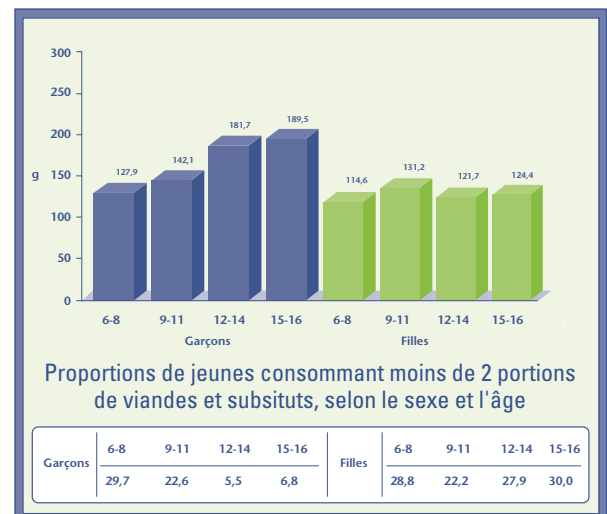
Graphique et tableau 3

Nombre médian de portions de produits laitiers consommés par les jeunes Québécois, selon le sexe et l'âge, Québec, 1999



Graphique et tableau 4

Quantité médiane (grammes) de viandes et substituts consommés par les jeunes Québécois, selon le sexe et l'âge, Québec, 1999





CHAIRE LUCIE ET ANDRÉ CHAGNON POUR L'AVANCEMENT D'UNE APPROCHE INTÉGRÉE EN SANTÉ



Journée-conférence

Oméga-3, santé cardiovasculaire et mentale : Les experts se prononcent!

16 mars 2005, 8h00-17h00

L'Hôtel Québec

3115 avenue des Hôtels, Ste-foy, Québec

Places limitées

Inscription obligatoire

Aucun frais d'inscription (excepté frais de repas \$20.00)

Conférenciers:

Oméga-3 et santé cardiovasculaire (AM)

Sylvie Dodin, MD MSc, Université Laval

Émile Lévy, MD PhD, Université de Montréal

Bruce J. Holub, PhD, Université de Guelph

Michel de Lorgeril, MD, Université Joseph Fourier, Grenoble

William Harris, PhD, Université du Missouri, Kansas

Éric Dewailly, MD PhD, Université Laval

Oméga-3 et santé mentale (PM)

Stephen Cunnane, PhD, Université de Sherbrooke

François Lespérance, MD, Université de Montréal

Danielle Laurin, PhD, Université Laval

Marie-Josée Poulin, MD, Université Laval

Michel Lucas, Dt.P MSc, Université Laval

POUR VOUS INSCRIRE

Veillez remplir le formulaire disponible sur le site de l'OPDQ (www.opdq.org) et nous le faire parvenir avec votre chèque à l'ordre du CHUQ :

**Chaire Lucie et André Chagnon
pour l'avancement d'une approche intégrée en santé**

Hôpital Saint-François d'Assise, CHUQ
45, rue Leclerc, local D6-702
Québec (Québec) G1L 2G1
télécopieur: (418) 525-4427

courriel: genevieve.asselin.1@ulaval.ca

Personnes ressources :

Danielle Laprise (418) 525-4348 ou
Geneviève Asselin (418) 525-4444 #52693

En collaboration avec :



Rendu possible grâce à :

Direction des produits de santé naturels



Santé
Canada

Health
Canada

Canada



Lundi matin, 8 h 30. Premier coup de fil. Une diététiste d'une région éloignée travaillant en soutien à domicile vient d'apprendre qu'elle aura d'ici peu à fournir des soins nutritionnels à un patient avec gastrostomie. C'est son premier cas de gavage et soudain, les stages en nutrition paraissent bien loin. Quand fait-on un résidu gastrique? Où trouve-t-on de la pectine? Comment s'y retrouver parmi cette multitude de produits nutritionnels qui se ressemblent tous un peu mais qui pourtant, peuvent avoir des caractéristiques si différentes?

Pour une compagnie pharmaceutique qui se spécialise en produits nutritionnels, une équipe de diététistes d'expérience est un atout. Des préparations commerciales pour nourrissons jusqu'aux suppléments nutritionnels en passant par les fournitures médicales en alimentation entérale, cette équipe de soutien en nutrition clinique maîtrise les dessous d'un monde fascinant. Par son expertise, la diététiste peut satisfaire aux demandes de différents professionnels de la santé dont les autres diététistes, les pharmaciens, médecins, infirmières, dentistes ou chercheurs. Ses connaissances serviront également à différentes ressources de la compagnie, comme les gérants de produits nutritionnels et les équipes de marketing.

À travers le Canada

Des côtes gelées du Nunavut jusqu'à celles plus clémentes de Vancouver, des résidents du Canada tout entier se posent des questions des plus passionnantes sur la nutrition. Quand une maman compose le numéro 1 800 affiché sur une boîte de préparation lactée pour nourrissons, des infirmières répondent à l'appel. Lorsque les questions sur la nutrition sont un peu trop pointues, les appels sont transférés aux diététistes. Les questions varient; elles peuvent par exemple porter sur l'importance du fer ou la composition exacte de certains produits pour contrer les risques d'allergies.

Les professionnels de la santé s'attendent pour leur part à des réponses détaillées et précises avec résultats de recherches scientifiques à l'appui. Les questions posées peuvent porter sur la différence entre les produits nutritionnels produits par la compagnie, leurs indications, la teneur en nutriments de certains et la conservation des produits. La diététiste peut conseiller les professionnels de la santé sur le choix du système d'alimentation entérale, le mode de

fonctionnement des pompes à gavage, le mode d'administration, le choix de la préparation ou sur la prévention des complications. Un échange de conseils d'ordre clinique et d'expérience font souvent partie des conversations.

La consultation pour le développement de matériel promotionnel et le développement de présentation à l'intention des médecins pour la promotion de produits nutritionnels sont quelques-uns des nombreux projets qui font partie du mandat de la diététiste consultante.

Afin de répondre aux attentes des clients, de liens étroits se créent avec les manufacturiers, les représentants du siège social international, les directeurs des différents produits nutritionnels, etc. En somme, la diététiste consultante doit constituer un solide réseau de contacts, et le courriel n'est pas sans jouer un rôle dans ce maillage. Du reste, il faut être à l'aise à l'ordinateur, car la plupart du travail se fait devant l'écran: entrée des données, création de base de données, recherche sur Internet et compilation de statistiques (quel que soit l'emploi, on n'y échappe presque jamais!).

L'expérience requise

Pour travailler dans ce domaine, la diététiste doit posséder une expérience solide et reconstruire et connaître le champ d'action précis de la compagnie pharmaceutique (par exemple, les préparations lactées pour nourrissons ou les produits nutritionnels pour adultes). La diététiste devrait posséder une expérience de cinq à huit ans dans le champ de compétences de-

mandé. On s'attend à ce qu'elle puisse prendre des décisions importantes appuyées sur ses connaissances et son expérience, et à ce qu'elle soit en mesure de faire de la recherche avancée sur une variété de sujets. La connaissance des deux langues officielles est obligatoire.

Il est important de se tenir à jour sur tout ce qui touche la nutrition clinique. On doit être en mesure de parler la même langue que la diététiste des soins intensifs autant que celle de santé communautaire.

Plusieurs opportunités peuvent s'offrir pour une diététiste dans une compagnie pharmaceutique. L'avantage de travailler dans une grosse boîte est la possibilité d'essayer différents postes. Cela peut être, et ne se limite pas à, un poste de représentant, un poste en recherche clinique, devenir gérant de produits ou bien encore se diriger vers le marketing. On encourage les employés à posséder un plan de carrière à court et long terme, et l'entreprise appuie les démarches dont l'acquisition de compétences au moyen de formation continue.

Offrir du soutien clinique en nutrition dans une compagnie pharmaceutique qui se spécialise en nutrition est un environnement de travail stimulant où les connaissances cliniques de la nutrition sont utilisées à plusieurs fins. Pour une compagnie soucieuse d'offrir un bon service à ses clients, pouvoir obtenir facilement l'expertise de diététistes-nutritionnistes n'est, sans aucun doute, pas un luxe. ☺

**La prévention demeure notre meilleure arme.
Merci de votre don.**



**ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DES ALLERGIES ALIMENTAIRES**

No d'organisme de charité:
875944738RR0001

Allergique? Pas de panique!

Tél./Télec.: (514) 990-2575 • www.aqaa.qc.ca



Dans le numéro précédent¹, nous avons traité d'un jugement² récent portant sur les produits naturels; or, ce jugement a été récemment infirmé en appel³. Quiconque ne peut donc recommander la consommation de produits de santé naturels malgré l'existence du *Règlement sur les produits de santé naturels*⁴, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2004. En fait, aucune loi n'habilite les naturopathes à exercer les activités réservées aux médecins et celles réservées aux nutritionnistes.

Le jugement de première instance

Le 16 mars 2004, le juge Jean-Pierre Bonin avait acquitté, en première instance, M. Pavlov, accusé par le Collège des médecins d'avoir agi de manière à laisser croire qu'il était autorisé à exercer une activité réservée aux médecins et d'avoir illégalement exercé la médecine⁵. Rappelons brièvement les faits. M. Pavlov, naturopathe et homéopathe membre de l'Association des naturopathes de Montréal, a été dénoncé par une pharmacienne à qui un client avait commandé des produits naturels à l'aide d'une liste remise par M. Pavlov. L'enquête du Collège avait démontré que M. Pavlov suggérait certains produits de santé naturels pour améliorer l'état de santé en prétendant que ces produits faisaient disparaître certains symptômes. Également, il avait suggéré de prendre un produit naturel pour nettoyer la vésicule biliaire. Le juge de première instance était d'avis que les conseils permettant de prévenir les maladies et la promotion des moyens favorisant une bonne santé ne constituaient pas la pratique de la médecine.

Le jugement d'appel

En appel, le 28 octobre 2004, le juge Jean-Guy Boilard a reconnu M. Pavlov coupable et l'a condamné à une amende de 600 \$ par chef d'accusation⁶. Les chefs d'accusation retenus sont ceux reliés à l'exercice illégal de la profession médicale et au fait d'avoir agi de manière à laisser croire qu'il était autorisé à exercer une activité réservée aux médecins. Le juge, rappelant le libellé de l'article 31 de la *Loi médicale*⁷, soit que *constitue l'exercice de la médecine tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain*, affirmait alors que : *Whoever makes a diagnosis or suggests any form of treatment to remedy some health deficiencies is unlawfully practising medicine*⁸. Ainsi, quiconque pose un diagnostic ou suggère une quelconque forme de traitement pour remédier ou pallier à un problème de santé, pratique illégalement la médecine.

Et les nutritionnistes?

Bien qu'il existe sur le marché plusieurs produits de santé naturels accessibles facilement, les gens qui recommandent de tels produits doivent être habilités à le faire puisqu'aux termes du récent jugement, une personne qui suggère une forme de traitement pour remédier ou pallier à un problème de santé, pratique illégalement la médecine⁹. Ce cas rappelle un autre cas similaire se rapportant à la recommandation de produits naturels¹⁰. Dans cette affaire plus ancienne, la cour avait conclu que :

En mentionnant qu'un ralentissement du foie est à prévoir, ou que le foie et d'autres organes sont encrassés et qu'un nettoyage s'impose à l'aide de produits naturels destinés à cette fin, elle a véritablement posé des actes qui ont pour objet de diagnostiquer et de traiter des déficiences de la santé.

*Elle a prescrit des produits et des substances en vue de traiter spécifiquement ces déficiences de santé, se rendant ainsi coupable d'exercice illégal de la médecine*¹¹.

Dans le cas des diététistes, elles sont légalement habilitées à recommander des traitements nutritionnels pour remédier ou pallier à des problèmes de santé. Bien que toute détermination d'un plan de traitement, qu'il soit nutritionnel ou autre, relève de la médecine conformément à la *Loi médicale*¹², cette loi¹³ édicte que d'autres professionnels peuvent exercer certaines activités si des dispositions législatives les y habilitent. Or, le *Code des professions* confère expressément ces droits et privilèges aux diététistes, conformément à la jurisprudence du plus haut tribunal de la province¹⁴, dans ses articles 37 c) et 37.1 a) et b). Ces droits et privilèges existaient donc pour les diététistes, même lorsque leur profession n'était encore qu'une profession à titre réservé (jusqu'au 1^{er} juin 2003, date à compter de laquelle le Code a octroyé des activités réservées).

Le traitement nutritionnel est une composante du traitement médical réservé exclusivement aux médecins. Cependant, la diététiste peut pro-

céder à l'élaboration de plans de traitement nutritionnel, et ce, avec ou sans ordonnance; elle ne se place alors pas en situation de pratique illégale de la profession médicale, en raison de son champ d'action. Toutefois, déterminer des plans de traitement nutritionnel, sans ordonnance médicale, constitue l'exercice illégal de la profession médicale et avec une ordonnance, une telle pratique constitue, outre l'exercice illégal de la profession médicale, l'exercice illégal d'une activité réservée aux nutritionnistes.

Soulignons cependant, qu'à l'égard de la recommandation de produits naturels ou autres, les nutritionnistes doivent préserver leur indépendance professionnelle et éviter les situations de conflit d'intérêts. Le Tribunal des professions a déjà rejeté un appel d'un professionnel reconnu coupable de s'être placé en situation de conflit d'intérêts en conseillant des produits naturels, dans le cadre d'une émission de télévision¹⁵. La preuve révéla que les actionnaires et administrateurs de l'entreprise qui distribuait ces produits étaient des membres de la famille du professionnel. Il a alors été condamné à une radiation de quinze jours assortie d'une amende de 6 000 \$¹⁶. De plus, compte tenu que la *Loi sur la chiropratique*¹⁷ interdit aux chiropraticiens de se désigner autrement que comme chiropraticiens, il a été condamné à une amende de 3 000 \$ pour s'être désigné comme naturopathe et chiropraticien¹⁸.

Conclusion

Suivre les recommandations de gens non qualifiés peut s'avérer extrêmement dangereux, comme le montre la malheureuse histoire suivante. Dans une affaire, la naturopathe et massothérapeute, agréée du Canadian College of Natural Healing et de l'Académie de phytothérapie du Canada, avait recommandé une liste de produits naturels à la mère d'une jeune fille diabétique âgée de 12 ans et avait insisté pour que cette dernière cesse de prendre de l'insuline. Après trois jours, pendant lesquels la mère avait informé la naturopathe de la détérioration de l'état de son enfant, celle-ci est décédée. L'autopsie révéla que le décès de la jeune fille était dû à une hyperglycémie avec acidose et coma diabétique. La cour avait conclu que la naturopathe avait prescrit un traitement en contravention avec la *Loi médicale* et l'avait condamnée en la reconnaissant coupable de négligence criminelle¹⁹. Ainsi, seul le diététiste ou le médecin peut déterminer le plan de traitement nutritionnel;

et non seulement un naturopathe ne peut déterminer un plan de traitement nutritionnel, mais s'il le fait, il risque de causer des préjudices. ¹

* L'auteure est diététiste, avocate et syndic de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec.

- 1 J. PERREAULT, « Les produits de santé naturels », Nutrition, science en évolution, vol. 2, no 2, automne 2004, p. 23.
- 2 Collège des médecins du Québec c. Pavlov, J.E. 2004-744 (C.Q.); infirmé en appel le 28 octobre 2004 : 500 36-003359-042.
- 3 Collège des médecins du Québec c. Pavlov, 500-36-003359-042, 28 octobre 2004, j. J.G. Boilard (C.S.); référence antérieure : J.E. 2004-744 (C.Q.).
- 4 Règlement sur les produits de santé naturels, DORS/2003-196, 5 juin 2003, Gazette du Canada, partie II, vol. 137, no 13.
- 5 Collège des médecins du Québec c. Pavlov, précité, note 2.
- 6 Collège des médecins du Québec c. Pavlov, précité, note 3.
- 7 L.R.Q., c. M-9.
- 8 Collège des médecins du Québec c. Pavlov, précité, note 3, paragraphe 15.
- 9 Id.
- 10 Vézina c. Corporation professionnelle des médecins du Québec, 500-10-000335-95.
- 11 Id., p. 13 et 14.
- 12 L.R.Q., c. M-9, art. 31.
- 13 Id., art. 43.
- 14 Corporation professionnelle des médecins du Québec c. Larivière, ([1984] C.A. 365, 368, et Ordre des chiropraticiens du Québec c. Thomas, 500-10-000987-972, 15 mars 2000 (C.A.).
- 15 Azoulay c. Ordre professionnel des chiropraticiens, 500-07-000331-011, 26 août 2002, [2002] D.D.O.P. 216; référence antérieure : Ordre professionnel des chiropraticiens c. Azoulay, 08-00-00195, 4 juin 2001.
- 16 Ordre professionnel des chiropraticiens c. Azoulay, 08-00-00195, 4 juin 2001; appel rejeté : Azoulay c. Ordre professionnel des chiropraticiens, 500-07-000331-011, 26 août 2002, [2002] D.D.O.P. 216.
- 17 L.R.Q., c. C-16, art. 12.
- 18 Ordre professionnel des chiropraticiens c. Azoulay, précité, note 16.
- 19 R. c. Lortie, 550-01-001438-953, 26 avril 1999, J.E. 99-1264 (C.Q.).

En santé...

... dans votre assiette

La qualité et la diversité sont des ingrédients

vitaux pour bien s'alimenter. Le contenu de votre assiette vous préoccupe ?

Consultez les professionnelles de la nutrition, les diététistes/nutritionnistes.

Elles sont formées pour vous conseiller dans le choix d'aliments sains et variés, adaptés à vos goûts, votre état de santé et votre mode de vie.

Votre alimentation, c'est une question de santé.

Pour plus d'information :
www.opdq.org
 Tél. : (514) 393-3733 1 888 393-8528





SOMMAIRES DE RECHERCHE

Vicky Drapeau, Dt.P., Ph.D. – chercheuse — Josée Arbour, Roxanne Harvey, Marie-Eve Proulx et Julie Vézina

Les suppléments de multivitamines donnés aux enfants en bas âge augmentent-ils leur risque de développer des allergies alimentaires et de souffrir d'asthme ?

Plusieurs facteurs environnementaux sont susceptibles, chez les enfants en bas âge, d'augmenter le risque d'allergies alimentaires et de prédisposer à l'asthme.

Cette étude vise à démontrer que les suppléments de multivitamines peuvent augmenter le risque d'allergies alimentaires chez les enfants et les prédisposer à l'asthme. Les résultats révèlent que les enfants de race noire prenant des multivitamines dans les six premiers mois de leur vie augmentent leur risque de souffrir d'asthme jusqu'à l'âge de 3 ans ($p = .022$). Donnés à des bébés âgés entre 3 et 6 mois nourris avec des préparations lactées, les suppléments de multivitamines sont associés à une augmentation du risque d'allergies alimentaires jusqu'à l'âge de 3 ans ($p = .001$). De plus, une autre analyse a démontré que l'administration de suppléments de multivitamines à des enfants de 3 ans augmente le risque de développer des allergies alimentaires autant pour les enfants nourris au sein ($p = .002$) que pour ceux nourris avec des préparations lactées ($p = .031$).

Il serait important d'évaluer dans quels cas les enfants en bas âge doivent prendre des multivitamines. Des recherches ultérieures serviront à émettre des recommandations sécuritaires puisque la prise de multivitamines semble associée à une augmentation des allergies alimentaires et de l'asthme chez cette clientèle.

Tiré de : J.D. Milner, et coll. (2004). « Early infant multivitamin supplementation is associated with increased risk for food allergy and asthma », *Pediatrics*, vol. 114, p. 27-32.

L'effet de l'index glycémique (IG) et de la prise alimentaire sur la performance physique

La composition des glucides et la fréquence de la prise alimentaire de ces derniers influencent sur la performance physique et la resynthèse du glycogène ?

La consommation d'aliments à IG faible, plutôt que d'aliments à IG élevé, avant un effort physique afin d'améliorer la performance, suscite la controverse. Toutefois, certaines études ont pu démontrer que la consommation d'aliments

à IG faible avant un exercice physique avait un effet positif sur la performance.

En ce qui concerne la resynthèse du glycogène après un exercice physique, les aliments à IG élevé seraient le meilleur choix étant donné leur rapidité d'absorption. Cependant, en ce qui concerne la prise alimentaire, le fait de consommer plusieurs petits repas d'aliments à IG élevé avant ou après un exercice ne semble pas influencer la resynthèse du glycogène.

Avant un exercice physique, la consommation d'aliments à IG faible apparaît donc comme un meilleur choix. Cependant, après un exercice physique, c'est la consommation d'aliments à IG élevé qui doit être priorisée afin d'optimiser la resynthèse du glycogène. D'autres recherches sont toutefois nécessaires afin de faire des interventions pertinentes auprès des athlètes quant à la prise alimentaire et à la resynthèse du glycogène.

Tiré de : P.M. Siu, et coll. (2004). « Use of the glycemic index: Effects on feeding patterns and exercise performance », *Journal of Physiol Anthropol Appl Human Sci*, vol. 23, p. 1-6.

Josée Arbour, stagiaire en nutrition

Laboratoire des sciences de l'activité physique,
Université Laval

Vicky Drapeau, Dt.P., Ph.D., superviseure de stage

La quantité de mercure contenue dans l'huile de poisson est-elle problématique ?

L'huile de poisson liquide ou en capsule est une bonne solution de rechange pour les gens qui consomment peu, ou qui ne consomment pas de poisson. Étant souvent très concentrée, elle contient donc une quantité plus importante d'acides gras oméga-3 qu'une portion standard de poisson. Par contre, le poisson contient également du mercure, un polluant retrouvé dans la majorité des cours d'eau qui inhibe les bienfaits des oméga-3 sur la santé cardiovasculaire. Étant donné la grande concentration de l'huile de poisson, on peut se demander si la quantité de mercure est elle aussi plus grande que dans les poissons frais. L'objectif de cette étude était de vérifier la concentration de mercure contenue dans cinq huiles de poisson commerciales. L'analyse de ces huiles a permis de trouver des niveaux qui variaient de « non détectable » ($< 6 \mu\text{g/L}$) à « négligeable » ($10-12 \mu\text{g/L}$). Étant donné que les symptômes de toxicité

du mercure sont observables à des niveaux supérieurs à $300 \mu\text{g/L}$ et que la posologie recommandée pour l'huile de poisson n'est que de quelques millilitres à la fois, il est donc sécuritaire d'en consommer. L'étude ayant analysé seulement cinq marques d'huile de poisson, d'autres huiles pourraient contenir une quantité plus importante de mercure. Les huiles de poisson constituent néanmoins une façon adéquate d'obtenir les bienfaits du poisson lorsque sa consommation est impossible.

Tiré de : S.E. Foran, J.G. Flood et K.B. Lewandowski (2003). « Measurement of mercury levels in concentrated over-the-counter fish oil preparations », *Arch Pathol Lab Med*, vol. 127, p. 1603-1605.

Roxanne Harvey, stagiaire en nutrition

Groupe EFFScience inc.

Marylène Turmel, Dt.P., superviseure de stage

NOTRE RAISON D'ÊTRE : RÉPONDRE À L'ENSEMBLE DE VOS BESOINS D'ASSURANCE

Assurance salaire longue durée
Assurance vie adhérent et conjoint
Assurance accidents/maladie
Assurance frais généraux
Assurance voyage
Assurance soins dentaires
Assurance médicaments
Assurance maladies graves

N'oubliez pas, vous avez des obligations légales à respecter! Depuis 1997, tous les Québécois doivent détenir une assurance médicaments.

Ceux qui ont accès à un régime de leur employeur, de leur association ou autre sont tenus d'y adhérer.

**DALE ·
PARIZEAU
LM**

Cabinet de services financiers

Gatineau, Jonquière, Montréal,
Québec (Poitras, Lavigueur),
Sherbrooke (Dunn-Parizeau)

**Sans frais partout au Québec
1 877 807-3756**

www.dplm.com



Acide alpha-linolénique : anti-inflammatoire mais non anti-athérogénique

Plusieurs études ont jusqu'à maintenant porté à croire que l'acide alpha-linolénique (AAL) pourrait prévenir la réapparition d'événements cardiaques. Les effets d'une augmentation à long terme de la prise d'AAL sur les marqueurs de l'athérosclérose dans le cas de sujets courant un risque de maladies cardiovasculaires (MCV) font l'objet de la présente étude.

La concentration de protéine C-réactive (PCR) a diminué au cours des deux années de l'étude chez les sujets ayant consommé une margarine enrichie d'AAL (AAL \approx 6g/j) par rapport au groupe contrôle (AAL \approx 1g/j). Toutefois, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence en ce qui concerne la diminution des marqueurs de l'athérosclérose. Une consommation élevée d'AAL à long terme pourrait donc avoir des effets anti-inflammatoires dus à la diminution de la PCR. Cependant, l'étude n'a pu conclure que les effets cardioprotecteurs de l'AAL étaient dus à une action anti-athérogénique de ce dernier puisque l'épaississement de l'intima média était semblable chez les deux groupes.

La consommation d'AAL demeure recommandée pour les patients ayant un risque de MCV, en raison de ses effets anti-inflammatoires. Il est en revanche très difficile d'atteindre la quantité élevée d'AAL consommée par les sujets de l'étude par une alimentation conventionnelle non enrichie. Un supplément ou un aliment enrichi tel qu'une margarine pourraient donc être recommandés chez ces patients.

Tiré de : W.J.E. Bemelmans, et coll. (2004). «Increased linolenic acid intake lowers C-reactive protein, but has no effect on markers of atherosclerosis», *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 58, p. 1083-1089.

Impact des facteurs de risque potentiellement modifiables associés à l'infarctus du myocarde dans 52 pays (étude INTERHEART) : étude cas-contrôle.

L'étude INTERHEART a pour but d'évaluer la force d'association entre neuf facteurs de risque et l'infarctus du myocarde et de déterminer si cette association varie selon les régions géographiques, l'origine ethnique, le sexe ou l'âge. Un total de 15 152 cas d'infarctus du myocarde associés à 14 820 sujets contrôle ont été sélectionnés dans 262 centres répartis dans 52 pays. Le tabagisme, l'histoire d'hypertension et de diabète, l'obésité abdominale, la consommation journalière de fruits et légumes, l'activité physique, la consommation d'alcool, le ratio ApoB/ApoA1 et les facteurs psychosociaux (ex. : niveau de stress) sont les facteurs de risque qui ont été évalués.

Cette étude démontre que ces neuf facteurs peuvent prédire plus de 90% du risque d'un infarctus du myocarde. Toutefois, la priorité des facteurs de risque diffère d'un pays à l'autre selon la prévalence de chacun, ce qui laisse supposer une approche semblable mais une importance différente accordée à la stratégie de prévention. Le ratio ApoB/ApoA1 élevé et le tabagisme sont prédominants et comptent pour plus des deux tiers des facteurs de risque attribuables à la population. Fait intéressant, le risque de faire un infarctus du myocarde diminue d'environ 30% chez un individu qui adopte une alimentation saine incluant quotidiennement des fruits et des légumes. De plus, une consommation régulière mais modérée d'alcool diminue le risque à près de 9%, et la pratique régulière d'exercice réduit le risque à 14%. Ces résultats sont d'autant plus intéressants lorsque l'on considère qu'ils se rapportent à des habitudes de vie facilement modifiables.

Tiré de : S. Yusuf, et coll. (2004). «Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART Study) : Case-control study», *Lancet*, vol. 364, p. 937-952.

Marie-Eve Proulx, stagiaire en nutrition
Centre de recherche de l'Hôpital Laval
Institut universitaire de cardiologie
et de pneumologie, Université Laval

Annie Ferland, Dt.P., M.Sc., superviseure de stage

Une nouvelle cible pour le traitement de l'obésité : la stimulation mitochondriale

Le stress oxydatif a été proposé comme étant le lien entre l'obésité et la résistance à l'insuline. La présente étude a évalué si une réduction de poids provoquée par une diète hypocalorique de 1 500 à 1 600 kcal/j pendant dix semaines chez des hommes obèses était associée à des changements de l'oxydation mitochondriale en période postprandiale.

Les sujets obèses (n = 14) ont été subdivisés en deux groupes, selon qu'ils étaient résistants à l'insuline (n = 6) ou non (n = 8). Avant la perte de poids, le taux d'oxydation mitochondriale était fortement diminué chez les deux groupes de sujets obèses par rapport au groupe contrôle constitué d'hommes minces (n = 6). La perte de poids a entraîné une augmentation significative du taux d'oxydation mitochondriale chez les sujets obèses initialement résistants à l'insuline. Aucune différence significative n'a toutefois été notée chez les sujets sensibles à l'insuline. Fait intéressant, le taux d'oxydation mitochondriale s'est avéré inversement proportionnel à la sécrétion d'insuline.

Les auteurs concluent donc que la perte de poids entraînée par une restriction calorique équivalant à 500 kcal de moins que la dépense énergétique mesurée par calorimétrie indirecte améliore à la fois les perturbations mitochondriales et insuliniques, particulièrement chez les sujets résistants à l'insuline. Malgré le nombre restreint de sujets, ces résultats démontrent que dans le traitement de l'obésité, une diète à la fois hypocalorique et enrichie d'antioxydants augmenterait les effets bénéfiques de la perte de poids sur la santé.

Tiré de : M.D. Parra, B.E. Martinez de Morentin et J.A. Martinez (2004). «Postprandial insulin response and mitochondrial oxidation in obese men nutritionally treated to lose weight», *European Journal of Clinical Nutrition*.

Julie Vézina, stagiaire en nutrition

Laboratoire des sciences de l'activité physique,
Université Laval

Vicky Drapeau, Dt.P., Ph.D., superviseure de stage



Nous avons accueilli en août dernier 55 nouvelles recrues motivées au programme de baccalauréat en nutrition de l'Université Laval. Les demandes d'admission ayant été très nombreuses cette année, la cuvée 2004 est arrivée avec un impressionnant dossier scolaire ! Notre programme de baccalauréat en nutrition compte maintenant 196 étudiantes et étudiants au total, et plusieurs cherchent à relever des défis. À titre d'exemple, dix étudiantes de troisième année se préparent actuellement pour un stage international au Sénégal et deux autres pour le stage interculturel au Nunavik pour la session d'été 2005, tandis que deux étudiantes se préparent pour un stage international au Brésil à l'été 2006.

Le programme supérieur de nutrition se porte également très bien. Nous avons actuellement 19 étudiants à la maîtrise et 22 étudiants au doctorat. Ces étudiants dynamiques évoluent dans des domaines variés : obésité, sécurité alimentaire, diabète, maladie cardiovasculaire, ménopause, métabolisme des lipides, allaitement, périnatalité, pour ne nommer que ceux-là. Pour notre plus grande fierté, plusieurs de nos étudiants ont reçu des bourses d'excellence des instituts de recherche en santé du Canada, du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), de la Fondation des maladies du cœur et autres

organismes pour poursuivre leurs études de deuxième et troisième cycles, à l'occasion des concours de 2003-2004.

Du côté du corps professoral, nous avons souligné en novembre dernier le départ à la retraite du professeur Laurent Savoie. Le Dr Savoie a été un mentor pour plusieurs des professeurs du programme de nutrition et a grandement contribué au développement de la recherche en nutrition dans notre département. Nous lui souhaitons une agréable retraite !

Le 12 octobre dernier, plusieurs professeurs du programme de nutrition ont participé à l'inauguration officielle de l'Institut des nutraceutiques et des aliments fonctionnels (INAF). Cette activité, qui a accueilli environ 400 visiteurs, a été un franc succès. Ce fut l'occasion pour certains professeurs de notre programme de présenter leurs projets de recherche reliés aux activités de l'INAF. C'est ainsi qu'Hélène Jacques a présenté aux visiteurs son projet sur l'effet de la protéine de poisson sur la sensibilité à l'insuline et que Charles Couillard, professeur sous octroi, a discuté de son projet sur l'effet de la consommation de jus de canneberges sur le risque cardiovasculaire. De plus, Benoît Lamarche, directeur par intérim de l'INAF, a présenté son projet de recherche sur

l'effet de la consommation de lait sur les paramètres du syndrome métabolique chez la femme ménopausée. Le Dr Lamarche s'est en outre vu décerner récemment le prix «Wiebe Visser Nutrition Prize» du groupe Utrecht, au Congrès de la Fédération internationale laitière, pour ses travaux sur la consommation de lait et le risque cardiovasculaire. Toutes nos félicitations !

Par ailleurs, le Groupe d'études en nutrition publique (GENUP), qui repose principalement sur les travaux des professeures Micheline Beaudry et Anne-Marie Hamelin, est en pleine croissance et a augmenté ses activités au cours des dernières années. Enfin, dans un autre domaine, Natalie Alméras, professeure sous octroi qui s'intéresse à la prévention de l'obésité chez l'enfant, a élaboré un programme d'éducation en nutrition qui est présentement implanté dans une école publique de la région de Québec. Elle étudie l'impact de ce programme sur les habitudes de vie et la composition corporelle des élèves. Ses travaux ont d'ailleurs attiré l'attention des médias au cours des derniers mois.

On peut donc constater que notre programme de nutrition à l'Université Laval est en grande forme. Souhaitons-nous, pour la nouvelle année, d'avoir du succès dans nos études ! ☺

Laissez parler votre cœur...

Le don effectué suite à un décès est un geste d'espoir. Il suffit de quelques minutes pour le faire. Une carte témoignant de votre sympathie et de votre générosité sera envoyée à la famille éprouvée.

1 888 473-4636



**FONDATION
DES MALADIES
DU COEUR
DU QUÉBEC**



Colloque du 10 septembre 2004 à Montréal

La qualité est une préoccupation constante des gestionnaires. Sa recherche pour être mobilisatrice, doit toutefois s'appuyer sur les bénéfices qu'elle procure tant aux membres de l'équipe qu'aux clients, et non sur les inconvénients associés à son absence.

En effet, des biens et services de qualité sont source de satisfaction à la fois pour le producteur et le consommateur.

Il existe plusieurs angles pour évaluer la qualité des services. Les conférenciers invités ont présenté aux participants quelques-uns de ceux-ci.

La gestion de la qualité s'appuie sur des activités d'évaluation qui portent habituellement sur les structures, les processus et les résultats.

L'évaluation peut être réalisée par un organisme externe dont c'est le mandat. C'est le cas du Conseil québécois d'agrément. Elle peut être faite par l'équipe productrice du bien ou du service à l'aide d'outils élaborés spécifiquement pour la nature des biens et des services offerts. Sur le plan professionnel, la qualité est assurée notamment par différents mécanismes mis en place par les ordres professionnels.

La gestion de la qualité passe également par la mise en œuvre de moyens pour assurer un contexte favorable à la production de biens et de services de qualité. Notons, entre autres, l'organisation du travail et la formation.

La gestion de la qualité est une réalité qui s'exprime de différentes façons.

La gestion de la qualité au Québec

Michel Fontaine, directeur général CQÆSSS

De très nombreux organismes interviennent ou jouent un rôle dans le champ de la qualité en santé. Outre les ordres professionnels, les associations d'établissements et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le Québec compte deux organismes d'accréditation : le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) et le Conseil québécois d'agrément d'établissements de santé et de services sociaux (CQÆSSS).

Fondé en 1995, le CQÆSSS est un organisme privé à but non lucratif propre au Québec. Sa mission est d'évaluer la qualité des CLSC, des CHSLD, des centres jeunesse et des centres de santé. La procédure d'agrément est très

proche de celle du CCASS; elle comprend une phase d'auto-évaluation (qui inclut une évaluation du climat organisationnel) et une phase d'évaluation externe. Il s'agit d'un processus d'amélioration continue dont la finalité est la qualité des services. C'est une démarche participative qui vise la réponse optimale aux besoins de la clientèle et de la mobilisation du personnel destiné à y répondre.

La mesure de la satisfaction en alimentation: des concepts, des défis, des données et un avenir prometteur

Marie Marquis, Dt.P., Ph.D., Département de nutrition, Université de Montréal

La mesure de satisfaction de la clientèle (MSC) a pour but d'aider les gestionnaires à améliorer la satisfaction des clients et de la maintenir ensuite à un niveau élevé. La MSC donne le niveau de satisfaction des clients à différents moments, de façon à pouvoir suivre son évolution dans le temps. Elle permet de bien cerner les attentes des clients et d'évaluer jusqu'à quel point chacune est satisfaite. Le fait de mesurer la satisfaction des clients et d'en diffuser les résultats dans l'organisation confirme que celle-ci est une priorité.

La satisfaction se définit comme le jugement que porte le consommateur sur le produit ou le service qu'il reçoit en fonction de ses attentes.

Le niveau de satisfaction s'établit sur l'écart entre le jugement et les attentes.

Le rôle du gestionnaire consiste donc :

- à connaître les attentes des clients;
- à savoir sur quelles dimensions le client évalue le produit ou le service;
- à choisir l'instrument pour mesurer l'écart;
- à analyser et à prioriser;
- à diffuser les résultats;
- à agir et à évaluer les effets.

La mesure de satisfaction la plus prometteuse comprend :

- une appréciation générale du produit, du service;
- une appréciation du produit ou du service sur plusieurs dimensions;
- une mesure de l'importance accordée à ces dimensions.

Afin de répondre aux besoins propres aux services d'alimentation et de nutrition, Marie Marquis a conçu, avec l'aide d'intervenants du milieu, un outil accompagné d'un protocole d'utilisation. Le questionnaire de satisfaction s'adapte aux différents types de clientèle et les résultats sont traités à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Science). Il s'agit d'un logiciel de gestion et d'analyse de données statistiques de portée générale.

Des pistes pour l'avenir :

L'utilisation de cet outil par plusieurs gestionnaires à moyen terme devrait permettre :

- l'échange de données, l'étalonnage interne;
- l'élaboration de canevas d'analyse et de rédaction des résultats;
- la conception d'outils complémentaires;
- l'étude des perceptions des employés;
- des ateliers d'analyse de données.

Le défi : développer une culture «satisfaction de la clientèle»... et y prendre plaisir.

Des gestionnaires de différents milieux ont relevé le défi avec succès.

En milieu hospitalier auprès des clientèles hospitalisées et celles de la cafétéria

France Fournier, Dt.P., Hôpital Rivière des Prairies, et France Le Blond, Dt.P., M.Sc., Centre hospitalier de Verdun.

Ces gestionnaires ont appliqué avec rigueur la démarche d'évaluation de la satisfaction de la clientèle avec la collaboration de Marie Marquis. L'analyse des résultats a permis entre autres de démontrer que l'importance des facteurs d'appréciation varie selon la clientèle. Ces nuances sont importantes lorsqu'il s'agit de déterminer des cibles d'amélioration. L'application du processus de MSC se traduit en bénéfices et procure au gestionnaire et à son équipe :

- des outils d'information et de discussion;
- un outil de changement;
- un outil de visibilité;
- un outil de reconnaissance.

Application en milieu scolaire

Marie Gibeau, Dt.P., et Anne-Marie Boulais, Dt.P. M.Sc., Direction de l'organisation scolaire, Service de nutrition, Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys.

La démarche d'évaluation a été adaptée au type de clientèle en utilisant la méthode des groupes de discussion et celle du sondage, la forme du sondage ayant également été adaptée à la clientèle «jeunes». Les groupes de discussion visaient à informer comment les jeunes :

- définissent le concept de qualité du service des repas;
- décrivent le service des repas de leur cafétéria scolaire;
- décrivent les déterminants de la qualité du service.

Les résultats de la démarche ont été présentés au comité de travail des commissaires et aux gestionnaires du concessionnaire.

Cette démarche a permis aux diététistes gestionnaires de connaître les attentes de la clientèle et d'en faire l'arrimage avec la politique alimentaire et l'offre de service du concessionnaire.

Mesure de satisfaction à l'égard des services offerts par la diététiste (nutrition clinique)

Manon Rousse, Dt.P., chef du Service de diététique, CH régional du Suroît, pour le sous-comité des responsables de nutrition clinique de la région de Montréal et ses environs.

Les gestionnaires en nutrition clinique ont entrepris une démarche afin d'élaborer un outil d'évaluation de la perception de la clientèle interne et externe au regard de l'intervention de la diététiste.

Cet outil qui privilégie l'approche client devrait stimuler l'échange d'informations entre les établissements et l'identification de pistes d'amélioration touchant les services de nutrition clinique offerts autant par les professionnelles, que par le Service et l'établissement.

À ce jour, le comité a retenu neuf critères d'évaluation afin de formuler les énoncés du questionnaire. Ces critères portent notamment sur la prise en charge, la communication, la per-

ception du client quant à l'importance du traitement et à la réponse à ses besoins.

Le sous-comité «qualité» et le comité des responsables de nutrition poursuivent leurs activités en collaboration avec l'Université de Montréal.

La mobilisation professionnelle autour de la nouvelle législation professionnelle: bilan après un an d'application

Jean-Philippe Legault, Adm.A., MBA, CHE, directeur général et secrétaire de l'OPDQ

Le concept de qualité tient compte des trois aspects suivants : la satisfaction des besoins de la clientèle, à laquelle il accorde la priorité, la mobilisation du personnel et l'utilisation efficiente des ressources.

La présentation trace un historique du système professionnel et de sa réforme. Le système tel que nous le connaissons existe depuis 30 ans. Il se rapporte à l'organisation de l'activité professionnelle, à la répartition des champs de pratique et des activités professionnelles et aux mécanismes de protection du public. Ce système de régulation des professions est un système dans le système de santé. Il s'appuie sur deux loyautés :

- 1 à la profession et à ses valeurs;
- 2 aux patients (individus).

Axé sur la compétence et une conduite éthique respectueuse de la loi, l'établissement de normes confère à la profession son autonomie. En régu-

lant et en normant la pratique professionnelle, le système exerce une activité de gestion de la qualité.

En adoptant la *Loi sur le Code des professions*, le législateur voulait reconnaître la juste compétence des professionnels, dont les diététistes/nutritionnistes, tout en favorisant la collaboration et l'interdisciplinarité dans une perspective d'efficacité et d'efficience de l'organisation des soins.

Échanges sur les effets de la refonte du Code des professions sur les plans organisationnel et professionnel dans différents milieux.

Diane Coutu, Dt.P., CSSS NL (CHRDL),
Diane Chagnon Decelles, Dt.P., M.Sc., Hôpital Sainte-Justine,
Louise Bergeron, Dt.P., Vigie Santé

La refonte du Code des professions et la définition d'activités réservées sont perçues comme des occasions :

- de repositionner le rôle de la diététiste dans l'équipe de soins;
- de favoriser l'interdisciplinarité;
- de déléguer des activités techniques aux techniciennes.

Du colloque «Gérer la qualité : utopie ou réalité?», il ressort en définitive que la gestion de la qualité s'inscrit dans tout le continuum de la prestation de services. S'en préoccuper, c'est donner un sens à nos actions. ☘



1 800 363.0063

www.fqc.qc.ca



REPORTAGE

Résumé du symposium « Les probiotiques et leurs applications cliniques : une réalité actuelle ? »

Ariane Fortier, Dt.P., directrice adjointe, Communications en nutrition, Les Producteurs laitiers du Canada

Symposium international des 28 et 29 octobre 2004 à Montréal

Les 28 et 29 octobre 2004 avait lieu à Montréal le troisième Symposium international sur la santé par les probiotiques, sous le thème des applications en ce troisième millénaire. Cet événement d'envergure visait à offrir aux participants un forum sur les progrès scientifiques récents quant aux diverses applications des probiotiques et des prébiotiques en nutrition, en santé et en technologie. Les probiotiques sont définis comme des microorganismes vivants qui, lorsqu'ils sont ingérés en quantité suffisante, exercent sur la santé un effet positif supérieur aux effets nutritionnels traditionnels.

La science n'en est pour l'instant qu'au stade des « données fonctionnelles », c'est-à-dire les données relatives aux mécanismes d'action, à la caractérisation et aux propriétés des bactéries probiotiques. Bien que les probiotiques et les prébiotiques fassent l'objet d'essais cliniques randomisés, il est encore tôt pour déterminer toutes leurs applications cliniques puisque aucune étude à long terme n'a été effectuée à ce jour. Toutefois, ce symposium a ouvert des pistes intéressantes pour l'avenir et demeure essentiel pour l'avancement de la science.

L'événement a réuni une fois de plus les scientifiques les plus reconnus du domaine. Il a favorisé un échange d'opinions, d'idées et de données scientifiques récentes. Il a permis d'informer les professionnels de la santé sur les avantages et les inconvénients de l'utilisation des probiotiques, et de transmettre au public une information objective et pertinente sur le rôle des aliments fonctionnels à base de probiotiques.

Le Dr Sherwood L. Gorbach, médecin à la Tufts University School of Medicine, a discuté des bienfaits des probiotiques sur la santé. Il a souligné qu'à ce jour, le traitement et la prévention de la diarrhée aiguë à rotavirus et des gastro-entérites sont considérés comme des bienfaits des probiotiques prouvés par la science. Il en est de même pour la prévention de la diarrhée associée à la prise d'antibiotiques. Les effets des probiotiques sur les allergies alimentaires, l'eczéma

atopique, la diarrhée à *Clostridium difficile*, les infections respiratoires aiguës, les vaginoses et la diarrhée du voyageur s'avèrent pour leur part très prometteurs mais restent à confirmer. Enfin la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse, le syndrome du côlon irritable, la constipation, les infections à *Helicobacter pylori* ainsi que les conditions allergiques comme l'asthme, la fibrose kystique et la carie dentaire sont d'autres voies de recherches prometteuses pour l'avenir. Le Dr Gorbach a également présenté les recherches

sur les effets positifs de la souche *Lactobacillus rhamnosus GG*, qu'il a découverte conjointement avec le Dr Barry R. Goldin. Ainsi, on a pu apprendre que l'analyse d'échantillons prélevés au rectum et dans les fèces révèle que la bactérie pourrait demeurer présente après l'arrêt de son administration, fait relativement rare pour un probiotique. Le *Lactobacillus GG* aurait en outre la propriété d'inhiber certaines souches bactériennes néfastes telles que *Escherichia coli*, *Streptococcus spp.*, *Pseudomonas spp.* et *Salmo-*

Diabète : la nouvelle ÉPIDÉMIE

RÉAGISSEZ MAINTENANT!

Diabète Québec et ses associations affiliées

1.800.361.3504

www.diabete.qc.ca

nella spp. De plus, cette souche serait particulièrement efficace dans le traitement de la diarrhée associée à la prise d'antibiotiques, de même que dans la prévention des caries dentaires et dans le traitement de l'eczéma atopique (46% pour le placebo vs 23%; $p = 0,008$, risque relatif = 0,51). Plusieurs études démontrent également que le *Lactobacillus GG* induit une réponse anti-inflammatoire.

Le Dr Claude P. Champagne, d'Agriculture et Agroalimentaire Canada, a pour sa part discuté des défis technologiques que représente l'ajout de bactéries probiotiques dans les aliments. À l'heure actuelle, l'ajout de probiotiques est plus fréquent dans les produits laitiers parce que les yogourts et les laits fermentés sont préparés de manière traditionnelle avec des bactéries lactiques. Il a souligné l'importance d'accorder une attention particulière à la souche sélectionnée, aux méthodes d'incorporation de la souche dans les aliments, à la stabilité du produit durant l'entreposage, cela afin d'offrir aux consommateurs un produit de qualité. Le Dr Champagne a également ajouté que les probiotiques peuvent être ajoutés à d'autres aliments que les produits laitiers; toutefois, les connaissances scientifiques actuelles ne permettent pas d'affirmer que les effets biologiques seront les mêmes que ceux des probiotiques présents dans les produits laitiers.

La Dr Julia Green-Johnson, de la University of Ontario Institute of Technology, a présenté une synthèse des effets des probiotiques sur le système immunitaire. Elle a souligné le fait que les bactéries productrices d'acide lactique comme les lactobacilles et les bifidobactéries augmentent la résistance aux infections et accélèrent le rétablissement à la suite d'une infection, selon des études réalisées à la fois chez des animaux et des humains. En effet, les bactéries lactiques agissent entre autres en améliorant la réponse cellulaire innée (en activant les cellules NK, cellules vouées à la réponse immunitaire précoce). De plus, la Dr Green-Johnson a fait part des résultats d'une étude visant à évaluer l'effet des bactéries lactiques sur l'immunosénescence (affaiblissement et atrophie du système immunitaire lié au vieillissement). On a constaté une augmentation du nombre des cellules NK et de leur activité à la suite de la consommation de bactéries lactiques, particulièrement chez les personnes âgées. Les probiotiques exerceraient également un effet indirect sur la réponse immunitaire par l'intermédiaire de peptides bioactifs. Enfin, selon la Dr Green-


Jonhson, les bactéries probiotiques qui exercent un effet bénéfique sur la santé par l'entremise du système immunitaire pourraient correspondre à des souches que l'on pourrait qualifier d'« immunobiotiques ».

Le Dr Guy Delespesse, professeur à l'Université de Montréal et médecin au Pavillon Notre-Dame du CHUM, a discuté du rôle de la flore intestinale dans la protection des infections et des allergies et traité de la « théorie de l'hygiène ». Selon cette théorie, l'augmentation importante de la fréquence des maladies allergiques et auto-immunes au cours des trois dernières décennies pourrait être associée à l'amélioration des conditions d'hygiène des pays industrialisés, celles-ci entraînant des changements de composition de la flore intestinale. Les probiotiques pourraient compenser la situation, voire prévenir et combattre les allergies alimentaires et l'eczéma atopique, selon des études cliniques rigoureuses. Le mécanisme d'action reste toutefois à confirmer.

Quant au Dr Denis Roy, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en biotechnologie des cultures lactiques d'intérêt laitier et probiotique à l'Institut des nutraceutiques et des aliments fonctionnels de l'Université Laval, il a entretenu les participants du rôle des probiotiques. Un prébiotique est un ingrédient alimentaire non digestible qui influe de façon bénéfique sur l'hôte (en l'occurrence l'humain) en stimulant sélectivement la croissance et/ou l'activité d'une ou de quelques bactéries du côlon (c'est-à-dire les bifidobactéries et les lactobacilles) et conséquemment, qui améliore la santé de l'hôte. En d'autres termes, un prébiotique est un oligosaccharide qui agit de façon positive sur un probiotique. Un prébiotique stimule l'action d'un probiotique, améliore la résistance aux pathogènes en augmentant le nombre de bifidobactéries et de lactobacilles présents dans l'intestin. Les prébiotiques sont aussi bénéfiques à d'autres égards. Plusieurs études réalisées chez les animaux démontrent qu'ils augmentent l'absorption du calcium, et réduisent ainsi les pertes osseuses; ils auraient aussi un effet indirect sur le système immunitaire, et pourraient peut-être agir comme facteur protecteur contre le cancer du côlon. L'inuline, les fructo-oligosaccharides et les galacto-oligosaccharides démontrent des effets prébiotiques.

Le Dr Michel Boivin, médecin et clinicien au CHUM, a pour sa part discuté des applications cliniques des probiotiques pour les problèmes gastro-intestinaux courants. La littérature dé-

montre de façon probante l'effet bénéfique des probiotiques dans des cas d'entérite, de diarrhée, de diarrhée associée à la prise d'antibiotiques et d'intolérance au lactose. Dans les cas de syndrome du côlon irritable, de maladies inflammatoires des intestins et d'infections intestinales, la piste des probiotiques semble prometteuse sans être reconnue de façon définitive. Au chapitre de la prévention de la diarrhée et de la colite associée à la bactérie *Clostridium difficile*, certaines études semblent concluantes, dont celle menée à l'Hôpital Le Gardeur (2004), en banlieue de Montréal, et qui sera publiée sous peu. Cette étude a été réalisée auprès de 89 patients suivis durant 21 jours. Ceux-ci étaient traités aux antibiotiques et recevaient un lait fermenté par *L. acidophilus* et *L. casei*; l'incidence de colite à *C. difficile* n'a été que de 17% chez les patients ayant consommé le lait fermenté comparativement à 39% pour le groupe placebo.

En fin de journée, un forum a permis d'échanger questions et réflexions avec les conférenciers. Divers sujets adaptés aux applications cliniques ont été abordés. Un des conférenciers a déploré la difficulté d'approvisionnement et de distribution des suppléments de probiotiques au Canada. Un participant a demandé de définir ce qu'était une microflore dite normale mais les conférenciers n'ont pu se prononcer puisqu'en cette matière, la recherche est en émergence. L'épineuse question du choix de la souche la plus efficace a également été abordée. Une souche peut s'avérer intéressante pour une application donnée, mais il est important de déterminer les applications recherchées et pour l'heure, il faut procéder par essais et erreurs. Nous en sommes encore à l'étape d'expérimentations et de découvertes dans ce domaine très prometteur mais le chemin parcouru depuis quatre ans est considérable. Un dossier à suivre... 

* La publication des Actes du symposium est prévue pour le printemps 2005. Vous en serez informés par le bulletin Contact.

Révisé par Denis Roy, professeur, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en biotechnologie des cultures lactiques d'intérêt laitier et probiotique, Institut des nutraceutiques et aliments fonctionnels, Université Laval et par Louise Lambert-Lagacé, Dt.P., Clinique de nutrition Louise Lambert-Lagacé et associées.

DU VEAU DE LAIT AU MENU ÇA FAIT DU BIEN



V Veau de lait du Québec

Saviez-vous...

que la viande de Veau de lait du Québec se compare avantageusement, du point de vue nutritionnel, aux autres viandes ?

que la viande de Veau de lait du Québec est qualifiée d'extra maigre, car elle contient 7,5 % ou moins de matières grasses par portion ?

que la viande de Veau de lait du Québec est très nutritive ?

- . source de fer .
- . excellente source de vitamine B12 .
- . excellente source de zinc .
- . source de magnésium .

Naturellement extra maigre, source d'éléments nutritifs, tendre et savoureux, le Veau de lait du Québec s'inscrit parfaitement bien dans un régime alimentaire sain et équilibré.

Bref, un choix judicieux pour une saine alimentation!

Pour obtenir de la documentation sur le Veau de lait du Québec, consultez notre site Internet ou composez le 450.679.0540, poste 8721.

WWW.VEAUDELAIT.COM



RECONNAISSANCE DE FORMATION CONTINUE

Questionnaire détachable pour l'obtention de crédits

La section du bas devra être retournée à l'OPDQ pour l'obtention des crédits de formation continue inscrits au dossier du membre. Nombre de crédits alloués : 0,3 UEC. Un chèque de 10,00 \$ (taxes incluses) émis à l'ordre de l'OPDQ devra accompagner cette feuille (pour couvrir les frais d'administration).

Questions relatives au texte de Nathalie Béland « Les troubles alimentaires chez le jeune enfant »

1. Dans l'évaluation d'un problème alimentaire, un enfant qui ne demande pas à manger ou qui est très facilement distrait aux repas sont deux signes de :

- a) problèmes d'hypersensibilité orale;
- b) faible appétit;
- c) problème oral-moteur.

2. Lequel de ces énoncés est faux :

- a) des problèmes médicaux non détectés (non diagnostiqués chez l'enfant) sont parfois la cause des troubles alimentaires : le reflux, l'intolérance au lait, des problèmes respiratoires comme l'hypertrophie des adénoïdes et l'asthme;
- b) garder les repas et collations de courte durée tout en augmentant leur fréquence des repas aide à réduire le stress associé au fait de manger;
- c) augmenter la variété est souvent le premier objectif visé dans le traitement des troubles alimentaires;
- d) un facteur comme la grosseur du morceau d'aliment peut faire la différence entre la réussite ou le rejet complet par l'enfant qui a un trouble alimentaire.

Questions relatives au texte de Chantal de Montigny « Apprivoiser les allergies alimentaires, un défi pour tous! »

3. Certaines interventions, actuelles et futures, pourraient aider à arrêter la progression des manifestations allergiques tôt dans l'enfance. Laquelle de ces affirmations est fautive :

- a) recommander une diète à la mère durant la grossesse, l'allaitement exclusif jusqu'à 4-6 mois ou l'utilisation d'une préparation lactée de soya;
- b) recommander une diète adaptée et individualisée à la mère qui allaite chez les familles à risque, ainsi que retarder l'introduction des aliments solides à 6 mois, en débutant par les aliments les moins allergènes;
- c) recommander l'utilisation de probiotiques pour la mère enceinte et le nourrisson, et diminuer l'exposition aux allergènes environnementaux (ex. : huile d'amande douce ou d'arachide sur la peau irritée) dans le cas d'une exclusion de ces allergènes de l'alimentation du nourrisson.

4. Quelles recommandations sont sécuritaires pour une personne allergique :

- a) afin de vérifier si l'enfant qui a grandi est encore allergique aux kiwis, il faut recommander aux parents de lui en donner de très petites quantités après une diète d'exclusion de plusieurs années sans réaction;
- b) afin de diminuer les risques d'une réaction allergique accidentelle au melon, la désensibilisation par un médecin en donnant de très petites quantités est possible;
- c) afin d'éviter une réaction allergique aux arachides, exclure toute trace d'arachide de la diète de la mère allaitante et au moment de l'introduction des aliments solides chez l'enfant.

Questions relatives au texte de Lise Bertrand « L'alimentation des jeunes Québécois : des résultats inquiétants »

5. Quelle procédure a été appliquée pour que l'on puisse se référer à l'alimentation habituelle des jeunes Québécois :

- a) on a relevé un échantillon représentatif de l'ensemble des jeunes de 6-16 ans;
- b) on a administré un questionnaire sur les comportements alimentaires;
- c) on a relevé des mesures anthropométriques;
- d) on a calculé la variation intra-individuelle;
- e) on a établi un processus scientifique de classification des aliments.

6. Dans cette enquête auprès des enfants et des adolescents, quels aliments, parmi les produits céréaliers, contribuent le plus aux apports en fibres :

- a) les muffins;
- b) les pâtes alimentaires, le riz et le pain blanc;
- c) les pains à grains entiers;
- d) les céréales à déjeuner.



Découpez et postez à l'adresse ci-dessous

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Numéro de téléphone (_____) _____

Numéro de membre _____

Signature _____

Retournez cette section avec votre paiement par la poste à :

Ordre professionnel des diététistes du Québec
2155 rue Guy, bureau 1220
Montréal (Québec) H3H 2R9

Nourrir l'enfance : un défi élephantique à relever à pas de souris ?

Réponses

1. a b c

2. a b c d

3. a b c

4. a b c

5. a b c d e

6. a b c d



COMME CEUX DES **300 000** PROFESSIONNELS AU QUÉBEC,

*les services rendus par Martine F.
répondent à des exigences strictes
de compétence et de responsabilité.*

C'est normal.

Martine est membre d'un ordre professionnel.

1974-2004

Le système professionnel québécois a 30 ans



Conseil
interprofessionnel
du Québec

www.professions-quebec.org



L'entrée en vigueur de la loi 90 consacre le rôle-clef des *diététistes/nutritionnistes* en ce qui concerne les interventions nutritionnelles dans un esprit de collaboration interprofessionnelle.

L'apport important des diététistes/nutritionnistes est désormais légalement reconnu lorsqu'il s'agit d'évaluer l'état nutritionnel d'une personne, de déterminer et d'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.

De plus, dans les cas précis où la nutrition fait partie intégrante du traitement médical d'une personne, et fait l'objet d'une ordonnance individuelle, seule une diététiste/nutritionniste peut accomplir les activités réservées qui consistent à :

- Déterminer le plan de traitement nutritionnel;
- Déterminer la voie d'alimentation appropriée;
- Surveiller l'état nutritionnel de cette personne.

