

NUTRITION

science en évolution



DOSSIER

GÉRER, C'EST SURFER SUR LA CRÊTE DE LA VAGUE

- > Les diététistes gestionnaires dans les services alimentaires : une espèce en voie de disparition ?
- > Réinventer nos façons de faire
- > Du renouveau dans la conception des menus



Conseil
interprofessionnel
du Québec

Choisir un membre d'ordre professionnel : un acte responsable

Les 286 000 professionnels québécois sont régis par 45 ordres professionnels qui assurent la compétence et l'intégrité dans les services.

Les membres d'ordres professionnels

Acupuncteurs	Infirmières et infirmiers
Administrateurs agréés	Infirmières et infirmiers auxiliaires
Agronomes	Ingénieurs
Architectes	Ingénieurs forestiers
Arpenteurs-géomètres	Inhalothérapeutes
Audioprothésistes	Médecins
Avocats	Médecins vétérinaires
Chimistes	Notaires
Chiropraticiens	Opticiens d'ordonnances
Comptables agréés	Optométristes
Comptables généraux licenciés	Orthophonistes et audiologistes
Comptables en management accrédités	Pharmaciens
Conseillers et conseillères d'orientation — Psychoéducateurs et psychoéducatrices	Physiothérapeutes — Thérapeutes en réadaptation physique
Conseillers en ressources humaines et en relations industrielles agréés	Podiatres
Dentistes	Psychologues
Denturologistes	Sages-femmes
Diététistes	Techniciennes et techniciens dentaires
Ergothérapeutes	Technologistes médicaux
Évaluateurs agréés	Technologues professionnels
Géologues	Technologues en radiologie
Huissiers de justice	Traducteurs, terminologues et interprètes agréés
Hygiénistes dentaires	Travailleurs sociaux — Thérapeutes conjugaux et familiaux
	Urbanistes

Le Conseil interprofessionnel du Québec est le forum d'échange et de concertation de même que la voix collective des ordres professionnels. Le Code des professions lui octroie un mandat d'organisme conseil auprès de l'autorité publique.

(514) 288-3574

www.professions-quebec.org

NUTRITION

science en évolution

MOT DU PRÉSIDENT

Un allié à valoriser

Paul-Guy Duhamel, Dt.P.

4

BILLET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET SECRÉTAIRE

La planification de la main-d'œuvre en nutrition

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

5

ÉDITORIAL

Gérer, c'est surfer sur la crête de la vague

Peggy Williams, Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

6



DOSSIER — Gérer c'est surfer sur la crête de la vague

Les diététistes gestionnaires dans les services alimentaires :
une espèce en voie de disparition ?

Martin Lemire, Dt.P., M.A., et Martine Frigon

7

Réinventer nos façons de faire

Berthe Lefebvre, Dt.P., M.Sc., Adjointe aux services alimentaires, Direction de l'hôtellerie, CHUM
Nathalie Beaulieu, Dt.P., Coordinatrice des services de nutrition clinique, gestion des produits,
production et distribution alimentaire, Direction de l'hôtellerie, CHUM

10

Du nouveau dans la conception des menus

Maryse Falardeau, Dt.P., Diététiste-conseil, Laliberté, Montréal

Sophie Trépanier, Dt.P., Directrice du service de nutrition, Laliberté, Montréal

14

PLUS

Réflexion sur la malnutrition, de l'incidence au traitement

Josée Pelletier, Dt.P., Nutritionniste régionale en oncologie, Hôpital Charles-Lemoyne

17

CHRONIQUE JURIDIQUE

L'exercice illégal des activités réservées aux diététistes/nutritionnistes

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

21

SOMMAIRES DE RECHERCHE

- Effets de la cannelle sur le glucose et les lipides sanguins chez les diabétiques de type 2
 - Le chocolat noir : bon pour la santé ?
 - Un faible niveau d'activité physique est associé à une concentration élevée de protéine C-réactive chez la femme diabétique de type 2
 - Comparaison des diètes Atkins, Ornish, Weight Watchers et Zone pour la perte de poids et la diminution des risques cardiovasculaires
 - Une arme biologique pour lutter contre *Clostridium difficile*
 - Le rôle des colorants alimentaires artificiels et des agents de conservation dans l'hyperactivité
 - La consommation de produits laitiers est inversement proportionnelle à l'indice de masse corporelle
 - Augmentation de l'oxydation de l'acide oléique après l'entraînement matinal
- Amélie Champeau, Sara Croteau, Marie-Ève Dupuis, Isabelle Fontaine, Aglaée Jacob et Caroline Lamontagne

23

ÉCHOS DES UNIVERSITÉS

Dietetics at McGill- Expansion and integration sharpen focus on the future

Peggy Williams, P. Dt.

27

REPORTAGE

Colloque « Nos aliments et notre système immunitaire :
un équilibre fragile »

Catherine Huet, Dt.P., M.Sc., Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

28

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.





MOT DU PRÉSIDENT

Paul-Guy Duhamel

Un allié à valoriser

Dans le réseau de la santé, les services alimentaires sont encore assimilés aux services de soutien, tels la buanderie et le stationnement¹. Or, c'est là une terrible minimisation du rôle que doit jouer un service d'alimentation dans un réseau en mutation qui fait face à une clientèle vieillissante aux prises avec des problèmes de santé chroniques et multiples.

L'alimentation est l'un des déterminants dans le développement des maladies chroniques, dans une proportion pouvant aller jusqu'à 80%². Elle est également outil de traitement et de prévention. La Loi 90 confirme la valeur du traitement nutritionnel dans le traitement de plusieurs problèmes de santé en réservant notamment aux diététistes/nutritionnistes l'activité de déterminer un plan de traitement nutritionnel lors-



An Invaluable Ally

In the healthcare system, food services are still associated with support services, such as laundry and parking¹. This is a terrible downplaying of the role a food service must play in a changing system faced with an aging clientele with numerous chronic health problems.

The food is, among others, a determining factor of chronic disease development, in a proportion reaching 80%². It is also a tool in treatment and prevention. Bill 90 confirms the value of nutrition in the treatment of a number of ailments, reserving namely to dietitians/nutritionists the activity of establishing a nutrition treatment plan whenever nutrition plays a key role of the medical treatment.

que la nutrition est un facteur déterminant du traitement médical.

C'est au service alimentaire que revient la responsabilité de faire de ce plan de traitement un élément concret, appétissant, assimilable, et qui à terme permettra au patient se rétablir et de maintenir sa santé. En ce sens, le service alimentaire, dans le réseau de la santé, est à la nutrition clinique ce que la pharmacie est à la médecine : un allié thérapeutique incontournable.

Ce rôle d'allié thérapeutique est d'autant plus important en raison de la forte prévalence de la dénutrition protéinoénergétique constatée en milieu hospitalier, qui se situerait entre 25 % et 65%³, et qui serait antérieure au séjour en milieu hospitalier. Le service alimentaire doit être en mesure d'offrir des repas qui contribueront à remédier à cette dénutrition, sans quoi celle-ci aura un effet négatif sur la nature et la durée de l'intervention médicale, la complexité de la convalescence et les coûts globaux de l'intervention.

Afin de faire reconnaître la grande responsabilité professionnelle rattachée à la gestion des services d'alimentation en milieu institutionnel, dont fait partie le réseau de la santé, l'OPDQ a entrepris plusieurs initiatives. Tout d'abord, en collaboration avec le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du

Food services must translate this treatment plan into something concrete, appetizing and easily assimilated, enabling a patient to recover and maintain health. In the healthcare system, food service is to clinical nutrition what pharmacology is to medicine: an indispensable therapeutically.

This role as a therapeutic ally is all the more important because of the high prevalence of protein-energy denutrition observed in hospitals (about 25% and 65%)³, which is most likely prior to hospitalisation⁴. A food service must be able to offer meals that will help to remedy this denutrition which, if left untended, would adversely affect the nature and duration of the medical intervention, the complexity of convalescence and the overall costs of the intervention.

For the considerable professional responsibility related to the management of food services in institutions, including the healthcare system, to be recognized, the Ordre professionnel des diététistes du Québec has undertaken a number of initiatives. First of all, in cooperation with the ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de

Québec (MAPAQ), l'Ordre décerne un prix de mérite en innocuité alimentaire à un service alimentaire en milieu institutionnel. Il a également mis sur pied un comité consultatif et de veille en gestion de services alimentaires qui aura notamment pour mandat de préciser quelle devrait être la nature du service alimentaire au sein du réseau de la santé. Enfin, encore avec le concours du MAPAQ, l'Ordre a déposé une demande de subvention au gouvernement fédéral afin d'élaborer une norme de gestion de la qualité et des risques (HACCP) adaptée aux services alimentaires en milieu institutionnel.

Avec ces outils en main, l'OPDQ intensifiera ses actions afin de faire des services alimentaires en milieu institutionnel un allié stratégique à même de rétablir et de maintenir la santé de la population du Québec qui en dépend.

- 1 ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, Pour assurer la pérennité du système de santé au Québec, programme d'action de l'AHQ, février 2003.
- 2 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Produire la santé, rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, avril 2005, 110 p.
- 3 Ces données sont tirées du site [http://www.opdq.org/extranet/manuel/opdqManuel/Library/Contenu/evaluation_besoins/index.htm].
- 4 Jonkers-Schuitema c. F. Dietitian Nutrition Support Team, Academic Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands HOSPITAL MALNUTRITION A CHALLENGE FOR THE CLINICAL DIETITIAN, mai 2003.

l'Alimentation du Québec (MAPAQ), the Order awards a merit prize for food safety to an institutional food service. It has also set up an advisory and monitoring committee in food services management whose particular mandate is to specify the nature of the food service required in a healthcare system. Finally, again with the MAPAQ, the Order has applied to the federal government for a grant to draw up a quality and risk management standard (HACCP) adapted to institutional food services.

With these tools, the OPDQ will intensify its action to make institutional food services a strategic ally that is able to improve and maintain the health of the Quebec population depending on it.

- 1 ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, Pour assurer la pérennité du système de santé au Québec, programme d'action de l'AHQ, February 2003.
- 2 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Produire la santé, rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, April 2005, 110 p.
- 3 These data are taken from the site: [http://www.opdq.org/extranet/manuel/opdqManuel/Library/Contenu/evaluation_besoins/index.htm].
- 4 Jonkers-Schuitema c. F. Dietitian Nutrition Support Team, Academic Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands HOSPITAL MALNUTRITION A CHALLENGE FOR THE CLINICAL DIETITIAN, May 2003.



La planification de la main d'œuvre en nutrition

Comme l'a annoncé le président de l'Ordre en mars dernier, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) amorce un exercice de planification de la main d'œuvre en nutrition (PMO) (diététistes et techniciennes en diététique).

Pour ce faire, un groupe de travail est mis sur pied par le MSSS. Ce groupe est composé de représentants de l'OPDQ, des deux principales associations d'employeurs (Association des CLSC et CHSLD du Québec, Association des hôpitaux du Québec¹), des



syndicats visés (SPDNQ et ATDQ), du ministère de l'Éducation et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le mandat du groupe de travail sera de « mettre en commun les expertises, les préoccupations, et les informations reliées à la planification de l'effectif et de proposer un plan d'action s'appuyant sur une vision commune de la nature des problèmes et des solutions à appliquer. »

Il s'agira donc de réaliser une analyse prévisionnelle en estimant les besoins de recrutement afin de pourvoir aux départs et d'assurer le développement des services pour les quinze prochaines années. Cette analyse à la fois quantitative et qualitative devrait aboutir sur un plan d'action. La planification de la main-d'œuvre est une première dans le secteur de la nutrition. De nombreuses autres PMO ont été réalisées jusqu'ici : en médecine, en soins infirmiers, en réadaptation, etc.

Le Bureau a mandaté le secrétaire et directeur général pour représenter l'Ordre au groupe de travail. Il sera appuyé dans ce mandat par la conseillère aux affaires professionnelles ainsi que par un comité ad hoc qui sera prochainement constitué. D'autres comités seront également mis à contribution, notamment le Comité de la formation qui réunit les universités, le Comité de gestion, le Comité de nutrition clinique et le Comité de nutrition publique.

L'OPDQ sera d'autant plus heureux de collaborer à cet exercice qu'il était souhaité dans le Plan stratégique de l'OPDQ. En effet, cette initiative s'inscrit à l'intérieur de l'une des quatre orientations stratégiques adoptées dans le Plan 2004-2007,

soit : « Promouvoir l'accessibilité et la continuité des services professionnels des diététistes / nutritionnistes. »

Dans le but d'assurer l'accès de la population à des services appropriés en nutrition, l'OPDQ juge nécessaire :

- de dresser un profil statistique détaillé de la situation d'emploi des diététistes et des autres intervenants (offre de services) ;
- d'analyser la situation par type de mission d'établissement de santé ;
- d'estimer les besoins professionnels en fonction d'indicateurs sociosanitaires et épidémiologiques.

La relève en gestion des services alimentaires

L'enjeu de la relève des diététistes en gestion prend aussi de plus en plus d'importance. Il s'agit là d'un sujet préoccupant pour l'OPDQ, particulièrement au sein de son nouveau Comité de gestion des services alimentaires. Quelques membres du comité nous ont d'ailleurs fait part de leur opinion sur ce sujet dans un article d'actualité, signé Martin Lemire, Dt.P., M.A., et Martine Frigon, qui paraît dans ce numéro thématique. Les dernières réformes de la santé et du système professionnel ne sont apparemment pas étrangères à cette situation problématique.

¹ L'ACCQ et l'AHQ sont maintenant regroupées en une seule entité.

Gérer, c'est surfer sur la crête de la vague



Un dossier sur les enjeux qui guettent les diététistes gestionnaires représente un virage vers un sentier moins fréquenté pour notre revue. En partenariat avec le Comité de gestion, nous avons déterminé trois articles d'actualité pour toutes les diététistes, peu

importe leur domaine d'activité. Grâce aux auteurs des articles de ce dossier, nous pourrions profiter de leurs expériences pour dégager certaines pistes d'amélioration en ce qui concerne les outils de gestion et nos compétences.

Fermons nos yeux et visualisons nos situations individuelles et collectives dans un contexte de navigation. La mer est vaste, profonde, en mouvement perpétuel. Les vagues sont incessantes, et le vent est susceptible d'effectuer des changements de direction imprévus. Nous voguons pour éviter les récifs, mais quels instruments nous permettront de naviguer vers l'horizon ?

Le but de ce dossier est surtout de susciter une réflexion et un dialogue sur le futur rôle de diététiste gestionnaire dans les services alimentaires. Est-ce que ce sont les diététistes qui dirigent l'embarcation, ou est-ce le contraire ? Martin Lemire (diététiste et journaliste) et Martine Frigon (journaliste), ont posé des questions pertinentes à des personnes clés de la profession. À partir de ces entrevues, ils nous révèlent quelques tendances préoccupantes dans le domaine de la gestion des services alimentaires. De la formation jusqu'à la relève,

avons-nous les compétences et les conditions de développement nécessaires à la diététiste gestionnaire de demain. Sinon, la diététiste gestionnaire risque de devenir une espèce en voie de disparition.

Les deux diététistes consultantes Sophie Trépanier et Maryse Falardeau s'attardent pour leur part aux nouvelles tendances en matière de conception de menus. Elles partagent leur expérience de gestion de cet outil indispensable dans notre coffret de compétences. La conception des menus est un processus complexe ayant un impact global pour l'institution et le service alimentaire. Nous ne pourrions pas satisfaire les désirs de la clientèle, ni obtenir son adhésion à notre menu santé, sans l'addition d'une grande dose de flexibilité. Pour développer des pratiques novatrices, il faut braver la tempête et surfer sur la crête de la vague.

Si nous suivons les recettes standardisées, nous ne trouverons jamais les clés de la gestion du changement. Berthe Lefebvre et Nathalie Beaulieu nous montrent que la pro activité, dans la gestion du changement, est un atout indispensable pour surmonter les obstacles dans le cadre d'un projet d'informatisation de gestion de menus. Ces deux diététistes gestionnaires ont vécu cette expérience d'envergure et acceptent maintenant le défi de faire connaître les enjeux et les perspectives auprès de leurs collègues. Elles nous invitent à réinventer nos façons de faire. Maintenant, nous surfons !

Peggy Williams, Dt.P.

Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

Erratum / Vol 2 no 3 – Hiver 2005

Page 9 – tableau 1

Aurait dû se lire : *préparations commerciales pour nourrissons* au lieu de lait maternisé.

Afin d'éviter toute confusion possible avec le lait maternel, il est recommandé de ne plus utiliser cette expression pour désigner ces produits (il en est de même pour « lait humanisé »).

Page 12 – tableau 1, 2^e section

Aurait dû se lire : allaitement exclusif pour environ *les 6 premiers mois* de vie.

L'allaitement aussi longtemps qu'il est désiré par la mère et l'enfant avec l'ajout d'aliments de complément appropriés.

NUTRITION

science en évolution

Volume 3, numéro 1, printemps 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.
Annie Morin, Dt.P.
Josée Pelletier, Dt.P.
Peggy Williams, Dt.P.

Coordination

Lise Tardif, adjointe aux communications
et services à la clientèle

Rédaction

Nathalie Beaulieu, Amélie Champeau, Sara Croteau,
Paul-Guy Duhamel, Marie-Ève Dupuis, Maryse Falardeau,
Isabelle Fontaine, Martine Frigon, Catherine Huet,
Aglée Jacob, Caroline Lamontagne, Berthe Lefebvre,
Jean-Philippe Legault, Martin Lemire, Josée Pelletier,
Janick Perreault, Sophie Trépanier, Peggy Williams

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 mes-
sage. Les opinions exprimées dans les articles publiés sont
la responsabilité des auteurs. L'Ordre n'endosse pas le con-
tenu de ces textes, à moins d'avis contraire.

Invitation à toutes et à tous

Nous invitons tous les lecteurs et lectrices à nous soumet-
tre 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 produc-
tion 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, 2155, rue Guy, bureau 1220,
Montréal (Québec) H3H 2R9 – opdq@opdq.org

Les diététistes gestionnaires dans les services alimentaires: une espèce en voie de disparition ?

Martin Lemire, Dt.P., M.A., et Martine Frigon

Depuis quelques années, la complexité de la tâche de gestionnaire au sein du réseau de la santé, en grande partie due aux regroupements d'établissements, requiert les services de diététistes possédant une vaste expérience en gestion: un besoin qui exclurait d'emblée les diplômés fraîchement sortis de l'université. En effet, comment pourrait-on envisager de laisser entre les mains de jeunes sortants universitaires la gestion d'un réseau qui implique des conventions collectives, d'imposants budgets, une multitude de ramifications structurelles et un objectif global de toujours mieux répondre aux besoins d'une clientèle diversifiée et nombreuse ?

Les postes de cadres supérieurs exigeraient donc des candidats possédant déjà une bonne feuille de route accompagnée, bien souvent, d'un diplôme de deuxième cycle en administration publique. Ajoutons à cela les coupures de postes jadis accessibles aux diététistes en début de carrière, sans compter la compétition des sortants d'écoles spécialisées comme l'Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec, qui offre une formation en gestion de services alimentaires, et la table est mise pour s'interroger sur l'avenir de la profession en gestion de services alimentaires dans le réseau de la santé. Quel est donc l'avenir des diététistes dans ce secteur d'activité ? Tour d'horizon avec différents intervenants.

L'option gestion: une filière plutôt discrète

Quel est l'intérêt véritable des futurs nutritionnistes pour la gestion ? Diététiste dans le réseau de la santé depuis 25 ans, Micheline Dumoulin occupe le poste de chef des services diététiques au CHSLD Grace-Dart, à Montréal, depuis 1997. « Les stagiaires que je reçois de l'université sont d'abord intéressés par la nutrition clinique et non par la gestion. En cours de stage toutefois, je tente de leur faire réaliser l'intérêt que l'ensemble des fonctions de gestionnaire peuvent présenter. »

Pourrait-on aller jusqu'à dire que la sensibilisation à la gestion serait déficiente dans la formation scolaire ? Quels sont les arguments de séduction de ce volet de pratique ? En partant du principe généralement accepté voulant que la grande majorité des étudiants et des nutritionnistes ne s'intéressent pas aux postes de gestion, on peut sérieusement se demander comment renverser la vapeur. Un travail doublement difficile puisque l'intérêt fondamental

de la nutrition se situe dans le champ clinique, dans lequel se retrouvent la plupart des emplois disponibles.

Francine Boivin est chef des services diététiques au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR), un établissement de 473 lits qui offre des services de deuxième et troisième ligne. « Je ne suis pas sûre que l'intérêt des étudiants soit axé sur les activités de gestion. Certains toutefois se démarquent et nous le constatons dans leurs travaux de stage. Il serait intéressant qu'un baccalauréat soit offert avec majeure en nutrition et mineure en gestion. Ce type de baccalauréat existe dans d'autres disciplines. »

Des compétences à acquérir

Diplômée en nutrition de l'Université Laval en 1981 et détentrice d'un MBA depuis 1984, Chantal Audet occupe le poste de chef du Service de diététique à l'Hôtel-Dieu de Lévis, un centre hospitalier régional qui compte 343 lits de courte durée. Tout son profil de carrière s'inscrit dans des postes de gestion. « La direction d'un service alimentaire dans le réseau de la santé doit être assumée par une nutritionniste car nous sommes habilitées à superviser des plans nutritionnels. J'explique aux stagiaires combien les tâches de gestion d'un service alimentaire en milieu hospitalier peuvent être stimulantes et représentent un défi intéressant. »

Les compétences acquises à la sortie du baccalauréat en nutrition préparent-elles adéquatement aux tâches rattachées à la gestion ? « La formation

permet une bonne connaissance des principes de base mais avec le regroupement des établissements, la gestion des services alimentaires dans le réseau de la santé est devenue beaucoup plus complexe », souligne M^{me} Boivin.

Il faut dire que la formation en nutrition au premier cycle est fortement axée sur la nutrition clinique. Précisons toutefois que les cours relèvent de préalables prescrits par l'OPDQ, qui comprennent 12 crédits en gestion et 30 crédits en nutrition et alimentation. « C'est la base uniquement et ce n'est pas suffisant pour occuper un poste en gestion. Il faut absolument une formation additionnelle en administration ou en gestion, que ce soit un certificat, un baccalauréat ou une maîtrise », poursuit M^{me} Boivin.

Quelles sont d'ailleurs les tâches d'une nutritionniste gestionnaire en 2005 ? « Notre clientèle est plus exigeante,

« Les stagiaires que je reçois de l'université sont d'abord intéressés par la nutrition clinique et non par la gestion. »

plus informée et plus intéressée à la nutrition. De plus, le respect des normes et de la sécurité alimentaire est essentiel. Il existe également une

plus grande disponibilité et une plus grande diversité de produits, qui sont de plus en plus transformés. Nous gérons des millions de dollars; nous devons tenir compte de nos budgets et faire des choix judicieux. S'ajoutent à nos tâches la supervision des équipes de travail et les horaires, la gestion des menus et l'approvisionnement », explique M^{me} Audet. Et tout cela dans un contexte hautement technologique. « Tout est informatisé ! Il est assurément essentiel de maîtriser les nouvelles technologies », ajoute-t-elle.

Quelles sont donc les aptitudes requises pour occuper un poste de gestion ? Francine Boivin supervise 145 personnes au sein de 3 services : nutrition clinique; distribution et production. Détenant un baccalauréat en nutrition lorsqu'elle commence sa carrière, elle a fait par la suite une maîtrise en administration publique à l'ENAP. « Il faut savoir compter le prix de revient, préparer les budgets et gérer les conventions collectives. Sur le plan personnel, il faut une bonne maîtrise de soi et être capable de gérer les problèmes », indique-t-elle.

«En gestion, nous faisons face à une complexité croissante et à un rythme effréné de changement. Il faut composer avec la diversité, l'ambiguïté et les paradoxes. Une très bonne capacité d'adaptation, une aptitude à travailler en équipe multidisciplinaire, une attitude proactive et une tolérance envers les ambiguïtés sont des qualités essentielles», ajoute Chantal Audet.

Établissements regroupés, gestion complexe

Le regroupement des établissements dans le réseau de la santé aura d'ailleurs entraîné un problème de taille pour la relève, selon Denise Ouellet, professeure agrégée au Département des sciences des aliments et de nutrition de l'Université Laval. «En 1995, les coupures dans le réseau de la santé ont eu pour effet d'éliminer les postes de cadres intermédiaires de premier niveau, dit-elle. Présentement et à cause de la complexité de la tâche, ce sont des diététistes d'expérience qui assument les fonctions de cadres supérieurs et il n'y a plus de postes pour les jeunes.»

Malgré ce côté sombre, M^{me} Ouellet cite en exemple une initiative de la Vieille Capitale visant à préparer la relève. «Au Centre hospitalier

« En 1995, les coupures dans le réseau de santé ont eu pour effet d'éliminer les postes de cadres intermédiaires de premier niveau. »

universitaire de Québec, deux postes de diététistes débutants ont été créés de façon à leur permettre une expérience significative et ainsi assurer la relève. Une diététiste est responsable du service alimentaire au CHLSD Paul-Triquet, un petit centre d'accueil pour anciens combattants, et la deuxième assume la gestion de la production des mets en vrac pour le CHUQ. Ces deux jeunes cadres intermédiaires sont supervisées par trois diététistes chevronnés.»

Au CHSLD Grace-Dart où travaille Micheline Dumoulin, on a créé des postes d'assistante chef pour assurer la relève au sein de l'équipe de gestion. «En pratique, ce sont des techniciennes en diététique, qui sont déjà en place, à qui l'on offre de la formation.»

Chantal Audet n'est pas pour cette option. Elle prône plutôt l'embauche de nutritionnistes. «De nos jours, il faut toutefois avouer qu'il est difficile d'ouvrir des postes aux nutritionnistes.

La préoccupation actuelle du réseau favorise sérieusement le recrutement d'infirmières, et non de nutritionnistes. Cela dit, lorsqu'un poste devient disponible, il faut s'assurer de cibler un candidat qui pourrait éventuellement gravir les échelons et accepter de suivre une formation additionnelle en gestion pour occuper un poste de gestionnaire par la suite. Je privilégie nettement l'embauche d'un nutritionniste pour accéder à un poste de gestion.»

Nutritionniste ou chef cuisinier ?

Qu'en est-il de la formation la plus appréciée des employeurs ? Favorise-t-on les personnes formées en nutrition plutôt qu'en cuisine ? «Il y aura toujours une place pour les diététistes», lance Denise Ouellet. «Toutes les problématiques reliées aux allergies alimentaires, à l'innocuité et à la préparation de menus adaptés sont des connaissances acquises dans la formation académique.»

Âgée de 32 ans, Nancy Gauthier occupe le poste de chef des services alimentaires à l'Hôpital Royal Victoria, à Montréal. Elle est employée par la firme Sodexho et supervise 125 personnes faisant partie de la masse salariale de l'hôpital. «Engager une nutritionniste, c'est une

exigence des milieux hospitaliers et de l'entreprise», explique-t-elle. Travaillant depuis huit ans chez Sodexho, elle a franchi les échelons et occupé auparavant des postes de superviseur. Il faut dire que durant ses études, elle avait travaillé en restauration. «J'ai eu à gérer du personnel, alors cela m'a donné une bonne base lorsque j'ai commencé à travailler en gestion de service alimentaire.» Que pense-t-elle de sa formation universitaire en gestion ? «Au niveau du baccalauréat, on touche à tout, y compris à la gestion, mais j'ai suivi des cours de perfectionnement chez Sodexho au fil des années. L'entreprise nous procure des formations en gestion rattachées à nos fonctions. Je dois suivre au moins quatre formations par année. Elles sont axées sur la gestion des ressources humaines, le marketing et la gestion des menus.»

Chef du service des programmes en enseignement collégial et par le fait même responsable du programme de techniques de gestion en service alimentaire à l'Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec (ITHQ), Clifford Boyd fait une nette distinction entre le rôle du nutritionniste et du cuisinier gestionnaire. «Nos techniciens possèdent une formation de superviseur de premier niveau en gestion de cuisine, dit-il. Ce sont des cuisiniers qui sont formés dans une approche managériale. Ils ont appris comment transformer une recette selon des critères particuliers, comme transformer la nourriture en purée, ou ne pas utiliser de lait ou de beurre dans la préparation, et ce, dans le but de l'appliquer avec le meilleur goût possible. Ils ont cependant besoin de travailler avec un nutritionniste car ils ne sont pas habilités à suivre les exigences de la nutrition clinique.»

Denis Bouchard est directeur adjoint des services techniques et de l'hôtellerie au Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral-Chaudière-Appalaches, qui regroupe 22 établissements. Diplômé de l'ITHQ en techniques de gestion de services alimentaires en 1980, il a suivi par la suite une formation universitaire en administration. Pour lui, la gestion d'un service alimentaire dans le réseau de la santé est inconcevable sans l'expertise d'un nutritionniste. «Je n'ai pas la prétention de connaître la nutrition clinique. Mon domaine à moi, c'est d'assurer la qualité de la nourriture, la gestion du coût des produits et la production.» Il ajoute qu'une diététiste qui possède un intérêt et des compétences en gestion peut très bien assumer les mêmes fonctions. «Les choses ont évolué, les querelles entre les diététistes et les chefs diminuent.»

Lobby et alliances : aux armes !

Quel est donc l'avenir des diététistes en gestion de services alimentaires dans le réseau de la santé ? «Le vrai défi réside dans la création de postes intermédiaires pour les jeunes afin de leur permettre de faire partie du réseau de la santé et d'acquérir de l'expérience. Il faut que des postes soient créés le plus tôt possible car il y aura un problème important de relève d'ici les prochaines années, estime Denise Ouellet. Déjà, il existe une certaine sensibilisation, mais le mouvement devra être plus important pour préparer la relève et c'est aux gestionnaires actuels de chercher des moyens pour ouvrir des postes intermédiaires.»

Micheline Dumoulin émet toutefois une réserve. «Au niveau des CHSLD, les diététistes doi-

vent être vigilantes car s'il n'y a pas de nutrition clinique, il se pourrait que les chefs soient engagés à la place des diététistes. Il faudra alors démontrer que nous sommes capables de gérer des budgets ainsi que la production d'un service alimentaire.»

Et la formation en gestion, les sortants de l'ITHQ l'ont acquise. « Le programme de techniques en gestion de services alimentaires est un amalgame de techniques administratives et d'une formation en cuisine ; c'est une approche managériale avant tout », précise Clifford Boyd.

Que doivent donc faire les nutritionnistes gestionnaires pour assurer la relève de la profession et aller chercher les ressources nécessaires ? Il faut agir politiquement ! de dire Chantal Audet. « Nous devons faire du lobby et créer des partenariats avec d'autres disciplines présentes dans les établissements, comme les médecins et les infirmières. C'est reconnu, les diététistes sont capables de présenter de beaux projets, mais ils ne sont pas pris en considération. Notre faiblesse, c'est de ne pas parler le même langage que les administrateurs. »

Cette prise de conscience, M^{me} Audet l'a faite lorsqu'elle était gestionnaire d'un service alimentaire en établissement à Joliette. Du reste c'est là d'ailleurs qu'elle a fait ses premières armes dans l'arène politique des demandes budgétaires. « Nous devons développer notre sens politique, élaborer des stratégies pour pouvoir influencer les décisions. Depuis que je mets cela en pratique, j'ai eu des résultats ! À mon avis, c'est la seule façon de se faire entendre », conclut-elle.

Conclusion

Mais soyons réalistes un instant. Comment une nutritionniste peut-elle rivaliser sérieusement avec un professionnel de la gestion, qui a obtenu une formation directement axée sur son mandat, soit celui de gérer ? Ne dit-on pas d'un bon gestionnaire qu'il n'a pas à tout connaître, mais qu'il doit avant tout savoir bien s'entourer ? Si les nutritionnistes souhaitent exercer un rôle de gestion dès la sortie du baccalauréat, il leur faudra sans doute inverser la pyramide de leur formation, en ciblant avant tout la gestionnaire en elles, tout en se procurant les outils nutritionnels pertinents.

Le marché actuel des nutritionnistes cadres au sein du réseau de la santé demeure marginal et peut difficilement dicter la formation des nutritionnistes, à tout le moins dans une perspective générale de premier cycle. En pratique, ce qui

Diabète :
la nouvelle **ÉPIDÉMIE**

**RÉAGISSEZ
MAINTENANT!**

Diabète Québec
et ses associations affiliées

1.800.361.3504
www.diabete.qc.ca

doit dicter la formation des diététistes en gestion, ce sont les réalités globales de l'industrie agroalimentaire, un secteur plutôt embryonnaire au sein de la profession.

Mais ne soyons pas dupes. Si la sélection naturelle rend la vie difficile aux nutritionnistes en gestion, il faut sérieusement se poser la question : dynamiser ou disparaître ? Il n'y a pas de

honte à repenser les fondements d'une profession aussi jeune que celle de nutritionniste. Bref, formons des nutritionnistes cliniciennes compétentes, et formons des gestionnaires compétents dans un environnement alimentaire, mais de grâce, cessons de penser que le « one size fits all » est l'outil optimal pour la profession. Reste à baliser le chemin à emprunter. ☺

Réinventer nos façons de faire

Berthe Lefebvre, Dt.P., M.Sc., Adjointe aux services alimentaires, Direction de l'hôtellerie, CHUM*

Nathalie Beaulieu, Dt.P., Coordonnatrice des services de nutrition clinique, gestion des produits, production et distribution alimentaire, Direction de l'hôtellerie, CHUM*

* L'Hôtel-Dieu, l'Hôpital Notre-Dame et l'Hôpital Saint-Luc (environ 1 300 lits au total) forment le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) dont les quelque 10 000 employés, 900 médecins, 350 chercheurs, 5 000 étudiants et stagiaires et 800 bénévoles accueillent plus d'un demi-million de patients par année. Le CHUM offre des services spécialisés et ultraspécialisés à une clientèle régionale et suprarégionale.

Avec l'ère de changement que traverse actuellement le réseau de la santé et des services sociaux, les diététistes gestionnaires se doivent d'intégrer leurs connaissances, habiletés et aptitudes à des projets d'établissements. Un bel exemple qui met à contribution leurs compétences est l'informatisation des activités d'un service de nutrition clinique et d'alimentation. Cette activité représente une occasion de remettre en question les façons de faire et de repositionner les services offerts en fonction de l'évolution des besoins des clients.

Le présent article traite plus particulièrement d'une expérience d'informatisation de la gestion des menus au CHUM. Nous vous décrirons les étapes parcourues au cours de la réalisation du projet et vous proposerons une réflexion quant à certaines compétences de diététiste gestionnaire liées à des concepts théoriques et à des tendances de gestion.

Le « projet », en bref

Le projet a consisté en l'informatisation des trois secteurs de la gestion des menus liée à une révision complète des processus dans les trois établissements. Utilisant l'informatisation des activités comme toile de fond, le projet visait une amélioration des services reliés aux menus. Ses objectifs généraux étaient une valeur ajoutée pour la clientèle desservie (hospitalisée) et la maximisation du potentiel du personnel du secteur de la gestion des menus. Ses objectifs particuliers étaient d'accroître la présence du personnel de ce secteur auprès des patients à haut risque nutritionnel, de maximiser la consommation alimentaire durant l'hospitalisation, d'épauler davantage le secteur de la nutrition clinique (diététistes) dans ses activités quotidiennes et de documenter les interventions et suivis effectués chez les patients par le personnel de la gestion des menus, tout en uniformisant les pratiques dans les trois établissements.

Les étapes du projet

Le projet d'informatisation comprenait les phases de planification, d'implantation et de suivi marquées par de nombreuses communications (avec les patients, le personnel des soins infirmiers, etc.). De plus, tout au long du projet, des consultations ont été menées auprès des ressources en développement organisationnel, en santé et sécurité au travail ainsi qu'en relations de travail. Nous avons pu compter sur la

participation active d'un conseiller en système d'information et d'un conseiller en soutien informatique. Plusieurs étapes ont été nécessaires afin de réaliser le projet. Le tableau de la page 12 présente ces étapes et propose un modèle d'habiletés et de compétences propres à un diététiste de formation et à une gestionnaire.

Révision des processus

L'informatisation des activités d'un service d'alimentation constitue une occasion en or de remettre en question les façons de faire. Pour nous, l'informatisation a servi de prétexte pour renoncer aux anciennes méthodes et « jeter un regard neuf sur le travail nécessaire afin de créer un service visant à satisfaire le client¹ ». En effet, après notre expérience, nous pouvons affirmer qu'il a été primordial de nous interroger sur « ce qu'on doit faire avant de dire comment on doit le faire¹ ». Un des pièges à éviter est de vouloir tout simplement améliorer ce qui existe déjà plutôt que de réinventer ce qui devrait être fait. La diététiste gestionnaire doit faire preuve de créativité et mettre de côté ce qu'elle a tendance à tenir pour acquis. Elle doit faire « éclater les cadres de références² » et utiliser ses compétences cliniques dans son profil de gestionnaire. La diététiste gestionnaire a tout intérêt à utiliser ce levier aux fins de performance de service même s'il est plus pratique de faire fonctionner les rouages actuels par l'informatisation au

lieu de remettre en question les processus. De nos jours, de fait, un gestionnaire d'établissement de santé serait presque légitimé d'informatiser en omettant la révision des processus parce qu'il se trouve dans l'obligation simultanée d'appliquer un plan de redressement budgétaire tout en faisant face à une pénurie de ressources spécialisées.

Au départ, nous avons déterminé la philosophie sous-jacente du projet, de même que les objectifs visés. Cette première étape a été une prémisses à la promotion d'une vision commune et partagée par l'ensemble des intervenants touchés par le projet d'informatisation. De plus, en période de crise et de turbulence, cette étape nous a permis de garder le cap, ainsi que les troupes, vers les mêmes orientations.

Concrètement, nous avons revu en détail le processus de gestion des menus (sélection des mets) en analysant les réactions du patient aux menus, et ce, au regard du cheminement thérapeutique pendant son épisode de soins en milieu hospitalier. À la suite de cette analyse, un nouveau processus a été élaboré et proposé aux équipes. Il se concrétise de la façon suivante : collecte structurée d'information sur les goûts et aversions des patients à l'aide d'un questionnaire détaillé, bonifiée par le suivi de la satisfaction et de la consommation alimentaire ; fréquence des visites des patients selon les critères établis pour chaque spécialité médicale ; collecte d'information pour la détection des patients à haut risque nutritionnel ; utilisation des coupons repas (distribution) facilitant l'assemblage des plateaux. Plus précisément, des canevas de fonctionnement (critères de fréquence de visites par clientèle, types et moments de visites du personnel de la gestion des menus) ont été élaborés et adaptés pour les soins ultraspécialisés du CHUM et pour chacune des spécialités médicales. La fréquence et le type de visites du personnel du secteur de la gestion des menus auprès des patients sont maintenant déterminés en fonction de critères entérinés par les professionnelles en nutrition clinique, soit les diététistes. Ces critères tiennent compte des éléments suivants :

- diagnostic et condition du patient ;
- répercussions de l'alimentation sur l'épisode de soins ;
- durée de séjour du patient.

Ce projet a été mis en œuvre aux fins d'amélioration de la pertinence et de la priorisation des interventions liées au menu et n'était pas associé à un plan de redressement budgétaire. Dans cette perspective, les structures de postes, les titres d'emploi, les horaires de travail, les descriptifs de tâches ont été révisés et réajustés.

L'informatisation des données ouvre aussi une porte à des analyses éventuelles, aux fins d'évaluation qualitative et quantitative dans les processus de travail en gestion des menus, telle l'évaluation de la prise des suppléments alimentaires prescrits.

Gestion du changement

Selon Colletterte, Schneider et Legris, «le changement s'opère en fait sous trois dimensions : individuelle, collective et organisationnelle³».

La **dimension individuelle** du changement représente souvent un parcours non choisi pour l'employé. Ainsi, au cours de la phase de planification, nous avons demandé conseil au service de formation et développement organisationnel de la Direction des ressources humaines qui nous a entre autres proposé un modèle d'approche et des outils à utiliser pour les rencontres de groupe avec les employés. Un des objectifs visés était d'avoir le portrait des sentiments pré projet de chaque employé. La **dimension collective** fait pour sa part ressortir la pression exercée par les pairs. Nous avons donc utilisé cette dimension en donnant un rôle officiel aux leaders naturels pendant l'implantation du projet. Quant à la **dimension organisationnelle**, elle traite du cadre conceptuel et des actions des gestionnaires. Il est un message qui doit faciliter la gestion du changement : les responsables doivent véhiculer une conviction à partager. Qu'on le reconnaisse ou non, le changement est inévitable et nécessaire. «Le deuil du présent (ou du passé) doit laisser place à un avenir encore plus intéressant⁴.» Chaque personne doit y trouver son compte.

Afin d'accroître la réceptivité aux changements, Colletterte, Schneider et Legris proposent de considérer, d'analyser et, au besoin, de communiquer les aspects suivants : pertinence de changer, menaces externes, caractéristiques des clientèles, mouvement de l'environnement, pratique de la concurrence. En cours de projet, nous avons constaté que la réalisation d'une revue de littérature et d'un *benchmarking* à l'étape de pré faisabilité nous a servis fréquemment au cours des rencontres avec les employés ainsi qu'avec les représentants des clientèles, et a ainsi apporté une certaine crédibilité à notre projet. Il en fut de même lorsque nous avons décidé

d'une révision des processus centrée sur le plan de soins nutritionnels. L'utilisation des durées moyennes de séjour par clientèle spécialisée a renforcé l'établissement de critères de fréquence de visites des patients.

Un des principes de gestion en période de changement est la gestion de soi. Pour amener les autres à changer, il faut d'abord être «présent à soi-même»; être conscient de ses propres réactions et, si nécessaire, changer soi-même! Ce principe met en évidence l'importance de se «regarder aller» comme gestionnaire et individu, de prendre conscience de ses interactions avec l'environnement, de s'interroger sur son savoir, son savoir-faire et son savoir-être. La gestion du changement demande au gestionnaire de faire preuve d'écoute et d'ouverture d'esprit pour s'adapter aux autres et adapter ses stratégies d'influence. La gestion du changement met en cause des processus complexes exigeant une gestion méthodique et rigoureuse. Les diététistes gestionnaires y sont conscientisés, et formés dans ce sens. La formation scolaire des diététistes gestionnaires relie le volet scientifique au volet opérationnel, ce qui permet l'atteinte des résultats.

Plan de communication

Avec du recul, nous estimons qu'il a été bénéfique de considérer, tout au long du projet d'informatisation, tous les intervenants touchés de près ou de loin par ce projet (employés, clients, direction, Comité des usagers, Direction des soins infirmiers, etc.) et de s'interroger sur les effets médiatiques internes et externes du projet.

Ainsi, nous avons pu adapter nos stratégies d'influence comme diététistes gestionnaires et élaborer des plans de communication adaptés aux auditoires cibles en nous centrant avant tout sur les effets recherchés par le plan de communication. Selon Dionne et Chiasson², en analysant et en cernant adéquatement le public visé par le plan de communication (qui?, dit quoi?, à qui?, comment?, avec quel effet?), il devient possible d'adapter le message et les stratégies afin qu'ils portent fruit. De plus, la détermination du moment propice, des attentes et des intérêts du public a été un élément important. Concevoir un plan de communication réfléchi et organisé est primordial. Le changement requiert beaucoup de communications «pour faire taire les douteux⁴».

La communication est la pierre angulaire de la gestion du changement. Par exemple, afin d'éviter une perception négative des autres intervenants de l'établissement associant le changement à une diminution du service, nous avons décidé

de faire un plan d'action de présentations publiques. Nous avons échangé avec le Comité des usagers, les gestionnaires d'unités de soins des trois hôpitaux ainsi que les représentants des trois syndicats visés, et ce, bien avant de commencer le projet d'implantation.

De plus, nous avons mis à profit la communication de face-à-face. La collaboration active du supérieur immédiat a toute son importance. Sa présence quotidienne favorise des échanges spontanés et nécessaires à l'appropriation du projet par le personnel. Selon Colletterte, Schneider et Legris, cette communication face-à-face permet «de décoder le non-verbal, de donner un feedback immédiat et de tendre vers une même compréhension⁵». Il faut donc se préparer, en tant que diététiste gestionnaire, à être partie prenante des activités quotidiennes pendant l'implantation, tout en sachant être un membre de l'équipe ainsi que le leader.

Conclusion

D'autres avant nous ont réussi l'informatisation de leurs activités. Nous n'avons pas voulu vous faire part d'une réussite spectaculaire mais plutôt en profiter pour analyser certaines actions et en tirer des conclusions. Un des éléments de succès a été la cohérence, tout au long du projet d'informatisation, entre la parole et les gestes. Nous ne serions pas crédibles si l'on prêchait de placer le client au centre des préoccupations de tous, alors que les processus seraient basés uniquement sur ce qu'offre le logiciel informatique! Si nous ne prenons pas la peine de remettre en question nos processus, «l'action risque fortement de contredire le discours²».

Au cours de ce projet de longue haleine (début 2001 : choix du progiciel ; juin 2004 : fin d'implantation dans les trois établissements), nous avons appris l'incertitude et la complexité. Nous avons pu constater l'importance de prévoir la résistance au changement. Avec le recul, nous pouvons insister sur les points suivants :

- ne pas sous-estimer l'ampleur du changement ;
- conserver un plan de communication proactif ;
- garder le cap sur la philosophie sous-jacente au projet.

Notre formation de diététiste a favorisé la réalisation du projet et sa crédibilité en liant concrètement les changements à leurs effets nutritionnels sur les patients.

Maintenant, c'est à vous «de renouer avec la passion du changement⁶»! ☺

Note : Nous tenons à remercier M^{me} Diane Paradis, Dt.P., adjointe standardisation – qualité et projets spéciaux, pour sa collaboration à la révision du texte ; M^{me} Micheline Bossé, Dt.P., M.Sc., chargée de projet au cours de l'informatisation, pour son esprit d'équipe et sa ténacité ; M^{me} Janis Gervais Morelli, Dt.P., M.Sc., pour nous avoir fourni si généreusement de l'information à l'étape du benchmarking ; et enfin, l'ensemble des équipes qui ont participé à la réalisation du projet pour avoir accepté de relever le défi.

Références

- 1 Michael HAMMER, et James CHAMPY, Le reengineering : réinventer l'entreprise pour une amélioration spectaculaire de ses performances, Paris, Dunod, 1993, p. 15-60.
- 2 Pierre DIONNE, et Jean ROGER, Le stratège du XXI^e siècle : vers une organisation apprenante, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 1997.
- 3 Pierre COLLERETTE, Robert SCHNEIDER et Paul LEGRIS, La gestion du changement organisationnel. 4. L'adaptation au changement, ISO Management Systems, janvier-février 2003.
- 4 Pierre GALARNEAU, « Gestion du changement, contexte de revirement », présentation au Sommet des chefs financiers, Montréal, 10 mars 2004.

5 Pierre COLLERETTE, Robert SCHNEIDER et Paul LEGRIS, La gestion du changement organisationnel. 5. Communication et changement, ISO Management Systems, mai-juin 2003.

6 Denis R. ROY, présentation publique aux cadres du CHUM, 31 mars 2005.

Autre source

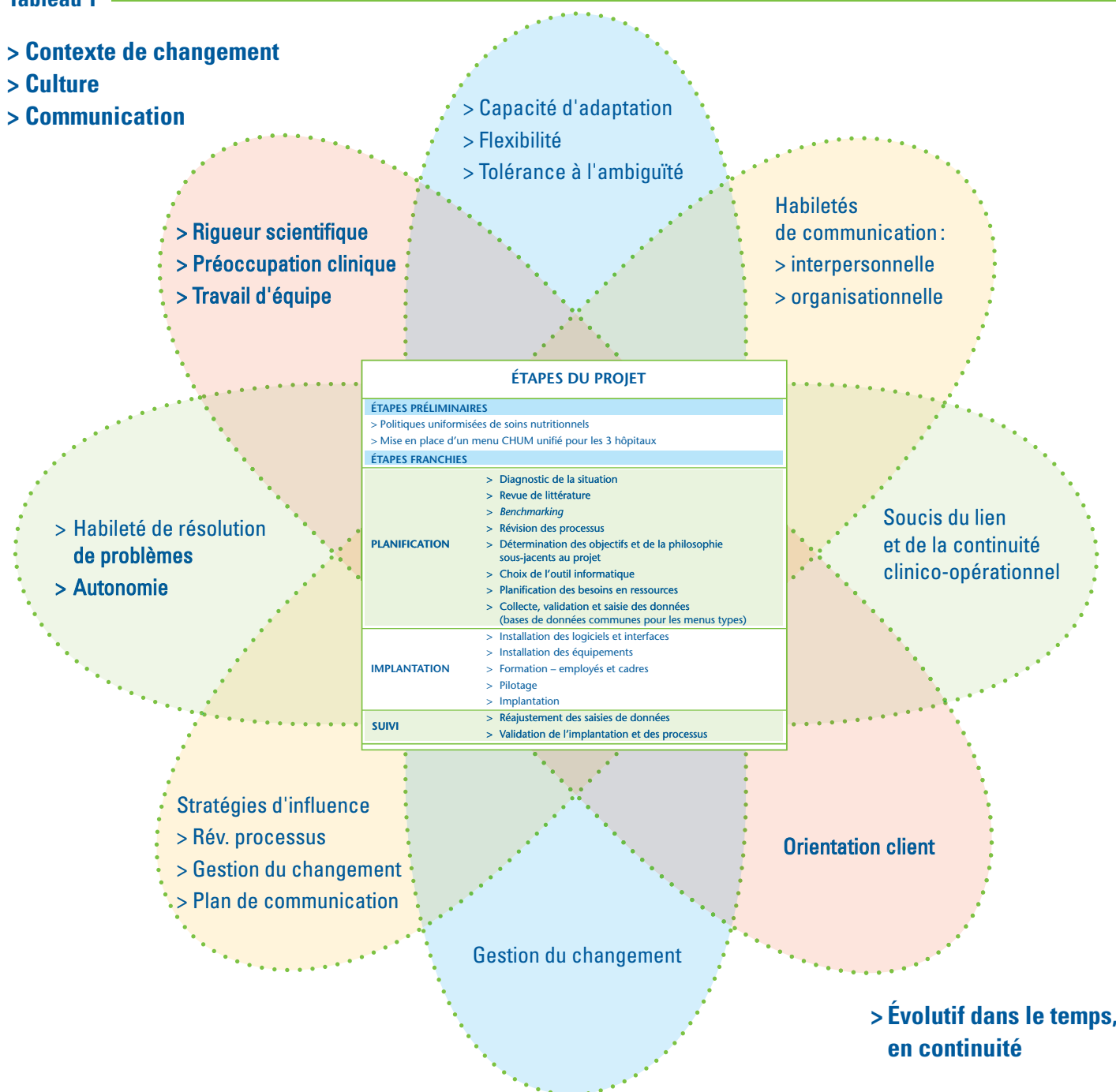
Marie MARQUIS, Isabelle GALIBOIS, Linda JACOBS-STARKEY et Suzanne SIMARD-MAVRİKAKIS, Diététique en action, vol. 14, n° 1, printemps 2000.

Tableau 1

> Contexte de changement

> Culture

> Communication



DU VEAU DE LAIT AU MENU ÇA FAIT DU BIEN



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

Du renouveau dans la conception des menus

Maryse Falardeau, Dt.P., Diététiste-conseil, Laliberté, Montréal

Sophie Trépanier, Dt.P., Directrice du service de nutrition, Laliberté, Montréal

Bien se nourrir dans les services alimentaires est un sujet préoccupant. En témoignent entre autres, au cours de la dernière année, les nombreux articles et reportages provenant de différents journaux et médias. Les grandes compagnies alimentaires, les chaînes de restauration rapide et la publicité influencent fortement les choix alimentaires de toute la population.

Comment, en tant que diététistes et conceptrices de menus, pouvons-nous concurrencer cette énorme influence ? Le défi est grand puisque notre rôle n'est plus de concevoir uniquement un menu varié et équilibré ; il nous faut maintenant convaincre la clientèle de choisir un menu qui offre les meilleurs choix pour la santé et d'y rester fidèle.

Enjeux et tendances

De l'élaboration jusqu'au suivi rigoureux du menu s'insèrent un grand nombre de réflexions qui viendront lui donner une nouvelle tangente. Le menu se veut donc un puissant outil de marketing. Qu'il soit audacieux et avant-gardiste ! Nous devons oser proposer de nouveaux mets et étudier la réaction qu'ils provoquent. L'ajout de nouveaux mets plus sains et plus appétissants au menu des services alimentaires finira bien par surpasser l'attrait pour la malbouffe.

La priorité des gestionnaires doit être d'influencer positivement les habitudes alimentaires d'une société plutôt qu'être une affaire de gros sous. Il nous faut également cesser de penser que la nouveauté n'est pas payante. Nous savons que la demande est là ; les consommateurs sont informés, plus soucieux de leur santé, plus ouverts aux nouveautés gustatives. Profitons-en pour offrir davantage de mets végétariens, davantage de mets sautés moins de plats en sauce, plus de repas-minute santé, moins de desserts copieux, plus de recettes traditionnelles dans une version santé. Les bars à yogourt et fruits, les bars à pâtes ainsi que les comptoirs à sushi sont très tendance actuellement et font leurs preuves. Mais la tendance n'est pas uniquement synonyme de nouveauté. Elle peut aussi vouloir dire l'amélioration de mets simples et connus. Nous ne devons pas sous-estimer la capacité des entreprises à inculquer des bonnes habitudes chez les consommateurs. Un des meilleurs outils d'influence dont disposent les services alimentaires demeure sans contredit le menu.

Principes directeurs

D'abord et avant tout, certains principes directeurs sont incontournables dans le processus d'élaboration des menus. **Bien cibler sa clientèle est prioritaire.** En tant que diététistes, nous avons le devoir de répondre aux besoins alimentaires de nos clients, tant sur le plan strictement nutritionnel que psychologique. Mais qu'attendent-ils au juste des repas qu'on leur sert : un réconfort pendant leur séjour à l'hôpital ? un divertissement en soirée ? un dépaysement ? de la variété ? un service rapide ? des choix répondant à leurs préoccupations en matière de santé ?

Pour fidéliser une clientèle, nous devons non seulement nous adapter à ses caractéristiques propres telles que l'âge, le sexe, les traditions, l'ethnie, mais également lui demander son avis. Plusieurs initiatives peuvent favoriser le processus. La création d'un comité de menu permettant à la clientèle ainsi qu'au personnel de la cuisine de s'exprimer sur les menus est une façon d'obtenir des informations pertinentes. Un sondage de même que l'implantation de boîtes à suggestions constituent encore d'excellents moyens de bien connaître la clientèle. Quant à nous, nous avons le devoir de donner des informations judicieuses et supplémentaires à la clientèle : fournir la liste des ingrédients des plats offerts, rendre les recettes accessibles, fournir les informations nutritionnelles (ex. : teneur en glucides), signaler les mets santé à la table chaude au moyen d'un écriteau, informer et faire la promotion des nouvelles recettes au menu.

Pour assurer la fidélité d'une clientèle, une bonne planification de la standardisation des recettes est également un atout. Chez les personnes âgées, par exemple, les mets traditionnels ont toujours la cote de popularité. Pourquoi ne pas revoir les recettes et les offrir en version allégée ? Certes, c'est là un processus laborieux qui demande une nouvelle standardisation rigoureuse des recettes afin d'évaluer les répercussions. La modification d'un ingrédient de base changera-t-elle la qualité organoleptique recherchée ? Par exemple, la substitution de la farine tout-usage par une farine de blé entier dans un dessert sera-t-elle reçue favorablement par la clientèle ? Les changements éventuels ne doivent pas nuire à la popularité du mets. Par ailleurs certaines modifications, même mineures, s'avèrent positives pour la santé sans pour autant affecter le produit final (ex. : l'utilisation d'un fromage allégé dans une lasagne). À cet égard, le gestionnaire qui dispose des moyens et du contexte requis pourrait même créer un groupe de dégustation.

Le menu doit aussi être évolutif et flexible. Les goûts et les besoins d'une clientèle évoluent constamment. De même, un menu n'est jamais universel ; il ne peut convenir à tous les types de clientèle, d'où l'importance de le personnaliser. Les gens aiment le changement, pas seulement dans leur vie mais dans leur assiette trois fois par jour ! À cette assiette, nous devons pouvoir apporter des changements selon les saisons, de même que selon la disponibilité des produits sur le marché et selon leur accessibilité dans les différentes régions. D'ailleurs, nos habitudes alimentaires changent selon les saisons ; il en est de même pour le prix de certains produits (ex. : fruits et légumes). Pourquoi ne pas profiter des fruits et légumes de saison au bon moment et en faire la promotion ?

Menu : un outil de marketing

Ce n'est pas tout de bien concevoir un menu. Encore faut-il en faire **la promotion**. Il existe plusieurs façons de le mettre en valeur et de l'utiliser comme outil de marketing. Comment pouvons-nous amener les clients à fréquenter notre service alimentaire ? Dans un premier temps, le menu doit avoir une bonne visibilité. Ainsi on l'affichera en plusieurs endroits straté-

giques, dans un caractère bien lisible ; les menus santé seront bien identifiés et aisément repérables à l'œil (ex. : utilisation d'une couleur différente ou d'un logo). Les menus thématiques, la vente de cartes repas, les dégustations, les tirages sont aussi des façons d'attirer la clientèle et de la fidéliser. L'utilisation de l'intranet pour diffuser le menu aux clients de différents départements d'une entreprise ou l'envoi du menu aux parents des élèves d'une école se veulent des moyens sûrs de **promouvoir les menus santé** et de diffuser l'information.

Cependant, il ne faut pas informer que la clientèle, mais également tous les intervenants de près ou de loin (préposés aux bénéficiaires, bénévoles, familles, employés de la cuisine, diététistes cliniciens, etc.). À ce titre, et afin d'aider les diététistes cliniciens à satisfaire leurs clients, **une bonne communication** entre celles-ci et les gestionnaires est essentielle. Conjointement, les gestionnaires et les cliniciens doivent s'entendre sur les solutions de rechange possibles à proposer aux clients quand le menu ne convient pas. Les gestionnaires doivent être à l'écoute des demandes et mettre régulièrement à jour une liste diversifiée d'aliments disponibles hors menu ainsi que l'horaire de disponibilité. Toutes ces initiatives permettent de créer un lien de confiance de part et d'autre et augmentent la crédibilité d'un service alimentaire quant à la satisfaction des besoins.

Outre tous les efforts fournis pour améliorer les menus offerts dans les services alimentaires, nous ne pouvons passer sous silence l'importance d'offrir **un service de qualité**. Chacun des employés affectés au service doit être sensibilisé à l'importance de son rôle dans le succès des opérations et dans la satisfaction du client.

Rappel théorique : facteurs influençant les menus

Le menu et les recettes qui s'y rattachent constituent la base de toutes les activités d'un service alimentaire. Le menu est l'élément clé d'où tout découle : les achats, le contrôle du coût-aliment, l'application des principes d'une saine alimentation et d'une gestion efficace.

D'abord, il importe que les mets au menu soient sélectionnés à partir d'un **répertoire de recettes standardisées** afin d'assurer la constance du produit qui se retrouve dans l'assiette du client. Pour être en mesure de concevoir un menu équilibré, agréable à l'œil et savoureux, la diététiste gestionnaire doit connaître rigoureusement chaque recette du répertoire quant à ses qualités organoleptiques. C'est une force que de savoir repérer les combinaisons gagnan-

tes. Pour cela, le fait d'avoir déjà dégusté, senti, vu (et mis la main à la pâte !) constitue un avantage certain.

La durée du cycle est un autre élément qui peut influencer la fréquentation des services alimentaires par la clientèle. Un cycle d'une durée de trois à cinq semaines est fortement conseillé afin d'offrir plus de variété. Un cycle de menus impairs est souhaitable, par exemple dans le but d'éviter que les clients du service alimentaire qui travaillent à horaire fixe (ex. : une fin de semaine sur deux) ne consomment toujours les mêmes plats. Un menu cyclique permet également de vérifier la popularité des mets et des combinaisons. Dans un centre de soins de courte durée, le cycle de menus peut être court (trois semaines). Toutefois, pour des écoles, des CHSLD ou tout autre endroit où la clientèle est captive, un cycle plus long (cinq semaines) est profitable. Inutile de concevoir des cycles de menus supérieurs à cinq semaines à moins d'avoir un répertoire de recettes très étendu. Certains éléments du menu peuvent très bien se répéter dans un cycle de cinq semaines, sans pour autant être agencés aux mêmes mets ou aux mêmes accompagnements.

Nul besoin d'insister sur la nécessité de travailler avec un **catalogue d'aliments à jour**, de dresser une **liste de fournisseurs compétents et approuvés**. Il est important que ceux-ci aient la capacité de respecter les objectifs de qualité, de quantité, de livraison, de prix et de service, dans le but de réduire les fluctuations du coût-aliment d'un menu. Il faut aussi tenir compte des horaires de livraison afin que l'arrivée des produits concorde avec le jour d'apparition sur le menu, ou prévoir le temps d'entreposage en conséquence si l'aliment est destiné à être offert ultérieurement.

L'équipement est un autre point à considérer dans l'élaboration des menus. **Un inventaire précis de l'équipement** disponible (nombre de fours, de robots culinaires, etc.) est un guide indispensable quant au choix de certains plats sur le menu. Ainsi, un établissement ne disposant que d'une petite plaque chauffante éprouvera des difficultés à préparer simultanément deux mets qui en nécessitent l'utilisation.

Les **ressources humaines** influencent elles aussi la composition du menu. La gestion du temps de production et la quantité de mets préparés sera donc différente selon les effectifs. Ainsi, une production sur cinq jours pour un service sur sept jours aura une répercussion directe sur le choix des plats au menu ; des plats simples à produire ou requérant peu de manipulation devront être privilégiés les journées où la main-d'œuvre est restreinte.

La rédaction du menu : un casse-tête ?

Toutes les informations précisées ci-dessus servent de guide à la rédaction du menu. Celle-ci peut parfois s'avérer un véritable casse-tête. Bien que la confection d'un menu soit d'abord un travail créatif, certaines étapes chronologiques doivent s'insérer dans le processus afin d'aider à commencer la rédaction. Partons du principe que le Guide alimentaire canadien est un modèle efficace et que dans la mesure du possible, ses quatre groupes devraient figurer à chaque repas.

Voici les étapes chronologiques à suivre :

- rédiger un plan contenant les différents types d'aliments à offrir à chaque repas (ex. : soupe, plats principaux, salade d'accompagnement) ;
- établir une fréquence des saveurs pour les plats principaux pour toute la durée du cycle (bœuf, poulet, œufs, plats végétariens, etc.) ;
- choisir, à partir d'un répertoire de recettes standardisées, chacun des plats principaux désirés ;
- établir les combinaisons qui respectent une bonne gestion des surplus (ex. : offrir la dinde rôtie et quelques jours plus tard une fricassée de volaille, et non l'inverse) ;
- choisir les féculents en accord avec les plats principaux ;
- choisir des légumes d'accompagnement qui contrastent avec les plats principaux ;
- ajouter les soupes, potages et salades en accord avec les plats principaux ;
- terminer par des choix de desserts qui compléteront l'équilibre du repas (ex. : l'absence de produits laitiers au repas appelle l'ajout d'un dessert au lait).

Cette suite d'étapes quant à la combinaison des éléments entre eux doit être recommencée jour après jour. La réflexion sur l'agencement des mets doit donc s'effectuer d'un repas à l'autre, d'une journée à l'autre et d'une semaine à l'autre. Le tableau 1 résume les principaux critères d'agencement qui doivent être pris en considération.

Tableau 1

CARACTÉRISTIQUES À CONSIDÉRER DANS L'AGENCEMENT DES METS**COULEUR**

- favoriser les couleurs contrastantes dans un même repas ;
- un repas monochrome peut s'avérer ennuyant sauf exception (ex. : thématique d'Halloween où la couleur orange prédomine volontairement) ;
- la couleur donne de la vie aux aliments et influence l'appétit.

SAVEUR

- afin de stimuler l'intérêt et l'appétit, utiliser le contraste des saveurs (ex. : épice et douce, sucrée et piquante) ;
- rechercher une combinaison d'épices ou de fines herbes différente d'un mets à l'autre.

FORME

- favoriser les formes différentes dans l'assiette (ex. : éviter les choux de Bruxelles avec le ragoût de boulettes et des pommes de terre rondes, les bâtonnets de poisson avec les carottes en julienne).

TEXTURE

- favoriser les reliefs variés (ex. : offrir un mets en sauce avec une salade croustillante, éviter de combiner une soupe-crème avec un dessert crémeux).

GROUPES D'ALIMENTS

- éviter de servir deux aliments de même famille au même repas (ex. : pâté au poulet avec tarte au citron, soupe aux pois avec fèves au lard, soupe aux nouilles avec pâtes alimentaires).

DENSITÉ ÉNERGÉTIQUE

- favoriser un équilibre entre les éléments d'un même repas, c'est-à-dire la combinaison d'un mets principal substantiel avec un dessert plus léger ou l'inverse (ex. : un veau parmigiana avec une mousse aux fruits, un sauté de tofu avec un gâteau Reine-Élisabeth).

L'implantation et l'évaluation du menu

Après confection d'un menu, selon tous les critères déjà mentionnés, vient l'étape de sa mise en application. Une période d'essai minimale de deux cycles s'avère une étape essentielle afin que le menu puisse être validé. Nul besoin d'insister sur la nécessité de suivre le menu de départ de façon rigoureuse. Il est essentiel de conscientiser les cuisiniers quant au respect des recettes proposées.

Pour juger de l'à-propos d'un menu, une collecte d'information doit être effectuée durant l'essai (comité, sondage, boîtes à suggestions). Un examen des rapports de statistiques permet de comparer la quantité des mets préparés à la quantité vendue. Une étude des restes peut aussi être un bon outil. Ces informations nous permettent d'évaluer la popularité d'un mets et de valider les informations recueillies auprès de la clientèle.

À cette étape de l'analyse sont notés tous les problèmes reliés à la production des mets. Par exemple, certains mets ne donnent pas forcément le résultat escompté, des recettes nécessitent peut-être un réajustement, la disponibilité de certains aliments ou fournisseurs peut constituer un problème, l'équipement n'est peut-être pas adapté à la confection de certains mets.

Le menu : toujours en évolution

Après la période d'essai et après avoir analysé les données, le gestionnaire effectue les ajustements jugés nécessaires. L'impopularité d'un mets ne signifie pas forcément qu'il doive être exclu du menu. Le plus difficile n'est jamais d'enlever un mets au menu mais de le replacer judicieusement au sein d'une autre combinaison plus gagnante. Le gestionnaire doit savoir qu'un menu est en mouvement perpétuel. On peut confectionner un menu selon les règles de l'art et s'apercevoir en chemin qu'il ne convient plus du tout, ou à tout le moins qu'il doit être retravaillé.

Malgré toutes les connaissances théoriques sur la confection de menu, il est essentiel de développer une capacité à jongler avec le repositionnement continu des éléments du menu sans que ce dernier perde son équilibre. Les diététistes possèdent toutes les compétences pour relever ce défi. Une gestion de cuisine axée sur l'efficacité et la réussite doit tenir compte du temps consacré à l'élaboration et à l'étude d'un menu. Le gestionnaire peut s'aider en s'inspirant d'un menu déjà conçu pour une clientèle similaire et l'adapter au besoin. La conception et l'analyse d'un menu doivent trouver leur place parmi la multitude de tâches auxquelles se consacrent quotidiennement les gestionnaires des services alimentaires.

Les menus du futur

Nous avons passé en revue certains des principes de base s'appliquant à la confection d'un menu et des outils favorisant sa promotion. Nos observations personnelles nous portent à croire que le rôle des diététistes prendra encore de plus en plus d'importance dans l'avenir.

Les menus des services alimentaires connaîtront des changements majeurs dans les pro-

chaines années. Les standards pour les portions seront à revoir. Par exemple, pour arriver à favoriser une consommation accrue de fruits et de légumes, la portion théorique de 125 ml offerte actuellement devra être augmentée. L'arrivée tant attendue du nouveau Guide alimentaire canadien aura sans doute des répercussions sur la conception future des menus et, par le fait même, des comportements alimentaires des Québécois.

À quand des campagnes d'information poussées auprès du public ainsi que des cours obligatoires sur la nutrition pour les jeunes ? Il faut battre le fer tandis qu'il est chaud. C'est en bas âge qu'on forge ses habitudes alimentaires.

Puisque le gouvernement a manifesté le désir de se pencher sur la question des politiques alimentaires en milieu scolaire, l'époque de la vente de frites et de boissons gazeuses dans les cafétérias serait-elle révolue ? La population et les directions d'écoles le demandent.

Les responsables des cafétérias doivent mettre en œuvre des programmes visant la promotion de meilleurs choix d'aliments santé. Pourquoi ne pas toujours cuisiner avec des produits laitiers écrémés, des coupes de viande maigres, des huiles recommandées, etc. ? On pourrait également offrir, au comptoir de sandwiches, davantage de variétés de pains à grains entiers. L'innovation s'impose aussi du côté des distributrices, qui doivent offrir des meilleurs choix de collations, plus nourrissantes et faibles en matières grasses (ex. : lait de soya, bretzels, etc.).

Certaines allégations nutritionnelles sont désormais plus familières pour les consommateurs. Nous n'avons qu'à évoquer l'espace médiatique consacré aux acides gras trans et aux oméga-3 ces derniers mois. Les cafétérias n'auront d'autre choix que de se plier aux exigences et aux nouvelles découvertes en matière de santé. Que les concessionnaires aient l'audace, dans l'avenir, d'offrir un prix de vente inférieur aux consommateurs qui optent pour les mets santé ! Ces mets ne coûtent pas forcément plus cher à produire et peuvent éventuellement aider à fidéliser la clientèle au détriment des chaînes de restauration rapide avoisinantes.

Nous croyons que les diététistes ont en leur possession tous les moyens pour contrer l'énorme influence des médias et multinationales sur les comportements alimentaires des Québécois. Les concessionnaires de services alimentaires ont tout avantage à s'allier avec des nutritionnistes qui pourront mettre à profit leurs connaissances par des actions concrètes auprès du consommateur. L'avenir est prometteur, faisons confiance à notre potentiel ! ☺

La malnutrition fait partie du langage quotidien des nutritionnistes. Pourtant, une étude maison a permis de constater que pour seulement 1 % des patients admis en soins de courte durée dans notre hôpital, une malnutrition avait été codée dans leur diagnostic aux archives. Selon les statistiques de notre service de nutrition clinique, 8 % des patients admis en soins de courte durée sont diagnostiqués comme étant en malnutrition. Selon la littérature, ce serait plutôt de 30 à 60 % des patients admis en soins de courte durée. Alors, où sont-ils donc ?

Le présent texte se veut une réflexion sur l'importance de poser un diagnostic de malnutrition et de déterminer quand et comment commencer une intervention nutritionnelle. Pour ce faire, l'importance d'intervenir rapidement en tant que nutritionniste sera brièvement évoquée et les types de malnutrition selon la nomenclature médicale seront détaillés. Sera ensuite abordée l'importance de rester alerte en cas de processus inflammatoire ou de stress métabolique, puisque la malnutrition peut aussi être insidieuse. Enfin, quelques pistes d'intervention sont proposées.

Quand intervenir ?

Il est primordial d'amorcer une intervention nutritionnelle le plus tôt possible, soit dans les 48 à 72 heures suivant l'admission du patient. En effet, une étude maison a permis de constater que plus la nutritionniste intervient rapide-

ment, moins long sera le séjour du patient. On parle ici d'une économie de 12 jours d'hospitalisation (voir le tableau 1) ! Cette étude repose sur 37 dossiers, toutes maladies confondues. Il est gratifiant pour notre profession de constater l'effet de notre intervention sur la morbidité et

la qualité de vie du patient. Ainsi, pour intervenir rapidement, vous comprendrez qu'un dépistage de la malnutrition s'impose. Plusieurs outils s'offrent à nous. Quelques-uns d'entre eux sont présentés au **tableau 2**.

Les types de malnutrition

On s'interroge parfois sur la pertinence de bien qualifier la malnutrition. Pourtant, une définition précise du type de malnutrition permettra habituellement d'en déterminer plus facilement le traitement et les paramètres à vérifier afin de contrôler l'intervention nutritionnelle recommandée. Pour les médecins, le fait d'inscrire un diagnostic de malnutrition pourrait signifier des durées moyennes de séjour plus longues de même que des coûts plus élevés.

La classification internationale des maladies CIM-9 (la CIM-10 sera disponible au cours de la prochaine année), définit quatre catégories de malnutrition² :

Tableau 1	
EFFET DU DÉLAI D'INTERVENTION DE LA NUTRITIONNISTE SUR LA DMS	
Délais d'intervention de la nutritionniste	DMS (Durée moyenne de séjour)
3 jours et moins	15 jours
4 jours et plus	27 jours

Tableau 2	
OUTILS DE DÉPISTAGE	
1.	Évaluation de l'état nutritionnel (MNA), produit par Nestlé ⁴ . Lorsqu'un autre intervenant l'utilise, n'effectuer que la première partie, la seconde étant une évaluation nutritionnelle.
2.	Dépistage nutritionnel des aînés (DNA), conçu par Hélène Payette de l'institut de gériatrie de Sherbrooke ⁴ ; est surtout destiné aux soins à domicile.
3.	Outils de dépistage simplifiés, conçus et validés par Manon Laporte en collaboration avec Hélène Payette ⁵ ; utiles en soins de courte durée; bonnes sensibilité (75-82%) et spécificité (78-80%): <ol style="list-style-type: none"> utilisation de l'IMC et de l'albumine, utilisation du % de perte de poids et de l'albumine.
4.	Council for Nutrition Appetite Questionnaire (CNAQ), conçu par le Council for Nutritional Strategies in Long-Term Care ^{6,7} : cet outil prometteur pour détecter l'apparition de l'anorexie prédit la perte de poids, ce qui nous permettrait d'intervenir précocement.
5.	Outil de dépistage pour les personnes âgées en perte d'autonomie de votre établissement, s'il en existe un, ou utilisation de l'échelle de Karnofsky ⁸ , qui évalue la capacité fonctionnelle.

- 260 **Kwashiorkor**: œdème nutritionnel avec dépigmentation de la peau et des cheveux.
- 261 **Athrepsie nutritionnelle**: déficit calorique sévère.
- 262 **Malnutrition protéino-calorique sévère**: malnutrition du troisième degré, selon la classification de Gomez (poids inférieur à 60 % du poids standard selon l'âge); œdème nutritionnel sans mention de dépigmentation de la peau et des cheveux.
- 263 **Malnutrition protéino-calorique**, autres et sans précision:
 - 263.0 Malnutrition modérée;
 - 263.1 Malnutrition légère;
 - 263.2 Retard de développement dû à la malnutrition protéino-calorique;
 - 263.8 Autres malnutritions protéino-caloriques;
 - 263.9 Sans précision.

Dans notre hôpital, 72 % des malnutritions sont codées dans le 263.9 par les médecins. Cette codification a peu d'effet sur le NIRRU (niveau de ressources utilisées) et sur la gravité clinique (de 1 à 4) puisqu'elle est sans précision, d'où, là encore, l'importance de bien déterminer le type de malnutrition. Le manque de temps semble un facteur qui pourrait expliquer le nombre de malnutritions classifiées sans précision.

Nous pouvons croire que le fait de prendre le pli tricipital cutané et la circonférence brachiale, ou d'utiliser un dynamomètre rallonge notre évaluation nutritionnelle. Mais est-ce beaucoup plus long ? L'évaluation de ces paramètres nous permet par ailleurs de mesurer la masse musculaire qui, parfois, se détériore avant même qu'une perte de poids s'installe.

En fait, si nous codions pour les archives plus de patients dénutris, nous créerions sans doute un besoin accru de ressources humaines, ce qui permettrait une prise en charge adéquate de ces patients. Je vous suggère donc, si tel n'est pas encore le cas dans vos établissements, de faire en sorte que la nutritionniste puisse inscrire sur la feuille sommaire de diagnostic le type de malnutrition lorsqu'un patient est dénutri. Ainsi, le médecin traitant n'aurait qu'à signer pour approuver le diagnostic, ou simplement à l'enlever s'il ne le juge pas pertinent. Un des outils intéressants pour nous aider à bien classer la malnutrition selon les critères établis dans le CIM-9 est la classification de Gomez³, qui utilise l'albumine et le pourcentage de poids optimal. Toutefois, pour certains patients, cette classification n'est pas assez précise, d'où l'importance d'utiliser d'autres grilles, dont celle du Manuel de nutrition clinique.

Une malnutrition insidieuse

Lorsqu'un processus inflammatoire s'installe, il y a élévation des cytokines pro-inflammatoires et augmentation par ricochet de la protéine C réactive (PCR). L'élévation des cytokines (IL-1, IL-6 et TNF) en réaction à l'inflammation abaisse l'albumine, la pré-albumine et la transferrine. Ainsi, de prime abord, on ne diagnostique pas forcément de malnutrition puisqu'elle est en réaction à l'inflammation. Cependant, l'effet des cytokines va au-delà de l'abaissement des protéines viscérales. Au congrès international intitulé *Cachexia in Aging and Cancer*⁹, qui s'est déroulé en décembre dernier à Chicago, les conférenciers ont démontré que l'augmentation des cytokines dans le sang cause une anorexie, une augmentation du catabolisme des protéines musculaires et des lipides et enfin, une perte de poids. Il en est de même pour la PCR. Nous pourrions donc utiliser la protéine C réactive pour vérifier la présence d'un état inflammatoire et, selon le cas, examiner davantage l'état nutritionnel du patient. Il est évident que tous les patients en état inflammatoire ne sont pas forcément en état de malnutrition. Toutefois, il est important

d'évaluer les données anthropométriques, les apports nutritionnels, l'histoire médicale ainsi que les symptômes et capacités fonctionnelles du patient afin de s'assurer qu'il n'y a pas de malnutrition sous-jacente puisque l'augmentation des cytokines semble un précurseur de la malnutrition. Il convient de souligner que le niveau de cytokines tend à s'élever avec l'âge et plusieurs maladies chroniques.

Pistes d'intervention^{7,9}

La balance protéique est influencée par l'apport protéino-énergétique, l'exercice musculaire, le statut de l'insuline et le processus inflammatoire. Il importe d'abord d'assurer des apports alimentaires adéquats. Durant la période de ré-alimentation, le patient devrait également s'adonner à un minimum d'exercice musculaire, tout simplement afin de maximiser la synthèse protéique musculaire et d'augmenter ou de maintenir la masse osseuse. Donc, en milieu hospitalier, il conviendrait d'introduire un programme d'activité physique conçu par le service de physiothérapie. Une déficience en insuline diminue l'incorporation du glucose, augmente le catabolisme des protéines et augmente la lipolyse. Enfin, pour contrer les effets des processus inflammatoires, il est impératif de tenter de contrôler l'anorexie.

Pour traiter l'anorexie, on recommande de combiner deux approches : l'intervention nutritionnelle et l'intervention pharmacologique.

- L'intervention nutritionnelle consiste surtout à éviter de surcharger le patient en offrant de petits repas fréquents et des aliments denses en énergie mais faibles en gras, en évitant les températures et goûts extrêmes et en favorisant un environnement agréable et reposant. L'utilisation des voies entérale et parentérale semble indiquée, selon la gravité, afin d'éviter une détérioration nutritionnelle accélérée.
- L'intervention pharmacologique consiste à utiliser des stimulants de l'appétit tels que l'acétate de mégestrol acetate, l'acétate de monoxyprogesterone, les cannabinoïdes et les corticostéroïdes (en ordre de priorité de traitement), ainsi que des anti-inflammatoires agissant sur le contrôle des cytokines ; ce faisant, ils diminueraient l'anorexie et permettraient une reprise pondérale. L'utilisation des anti-inflammatoires est toutefois controversée à cause de leurs effets sur le système gastro-intestinal.

Les chercheurs fondent beaucoup d'espoir sur les oméga-3 et leurs fonctions anti-inflammatoires. Malheureusement, peu d'études avec l'humain confirment l'efficacité des oméga-3. Des études faites sur les animaux montrent toutefois que les oméga-3 réduiraient la perte de poids en augmentant les apports alimentaires, et ralentiraient même la croissance tumorale chez les cancéreux.

Conclusion

Il reste à faire beaucoup de recherche et de conscientisation quant à l'effet d'un bon état nutritionnel sur la morbidité et la qualité de vie de nos patients. Il semble toutefois y avoir une ouverture de la part des intervenants du réseau de la santé. Nous sommes, en tant que nutritionnistes, la pierre angulaire en ce qui concerne le diagnostic et le traitement de la malnutrition. Il nous revient donc de démontrer les répercussions de la malnutrition sur le déroulement des soins. ☺

Références

- 1 S. GOTTRAU, et coll., « Screening and treatment of malnutrition: European council resolution and its potential application in Switzerland », *Revue médicale de la Suisse romande*, octobre 2004, vol. 124, no 10, p. 617-623.
- 2 C.G. PUCKETT, *The Educational Annotation of ICD-9-CM*, 4e édition, Reno (Nevada), Channel Publishing Ltd, 1992.
- 3 Kristine L. FUNK, et Celeste M. AYTON, « Improving malnutrition documentation enhances reimbursement », *American Journal of Dietitians Association*, 1995, p. 468-475.
- 4 ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC, *Manuel de nutrition clinique en ligne*, OPDQ, 2004.
- 5 Manon LAPORTE, Lita VILLALON et Hélène PAYETTE, « Simple nutrition screening tools for healthcare facilities: Development and validity assessment », *Revue Canadienne de la pratique et de la recherche en diététique*, printemps 2001, vol. 62, no 1.
- 6 J.E. MORLEY, D.R. THOMAS, M.M. WILSON et COUNCIL FOR CLINICAL STRATEGIES IN LONG-TERM CARE, « Appetite and orexigenic drugs », *Annals of Long-Term Care*, 2001, vol. 9, suppl. 10.
- 7 www.ltcnutrition.org.
- 8 www.hospicepatients.org/karnofsky.html.
- 9 Cachexia in Aging and Cancer Conference, congrès tenu les 4 et 5 décembre 2004, Chicago.



Pour un accès
en tout temps à vos
privilèges de groupe
et pour une soumission
auto en ligne :

www.lapersonnelle.com/opdq

*Facile,
simple et
personnel !*



POUR SUIVRE LE

rythme

DE L'INDUSTRIE BIO ET AGROALIMENTAIRE



Abonnez-vous

OFFRE SPÉCIALE AUX MEMBRES DE L'OPDQ*

50%

DE RABAIS
SUR LE PRIX RÉGULIER

4

FAÇONS SIMPLES
DE S'ABONNER

- Par courrier : Abonnement L'actualité ALIMENTAIRE, 4380 rue Garand, Saint-Laurent [Qc] Canada H4R 2A3
- Par téléphone : [514] 380.6037 ou 1 866 207.7715
- Par télécopieur : [514] 333.9795
- Par courriel : abon_actualitealimentaire@postexperts.com

TARIFS

> 1 an [6 numéros] Canada : 75 \$ + Taxes = 86,25 \$ Étudiant : 45 \$ + Taxes applicables (Avec preuve de votre inscription à temps complet.) États-Unis : 95 \$ C International : 115 \$ C	> 2 ans [12 numéros] Canada : 117 \$ + Taxes = 134,58 \$ États-Unis : 149 \$ C International : 179 \$ C
--	--

TPS : 898326103
TVQ : 1202681201

SECTEUR D'ACTIVITÉ DE L'ABONNÉ

Activité

Fabricant et transformateur d'aliments

Distributeur d'aliments

Détaillant

Fournisseur d'équipement et d'emballage

Autres : _____

Secteur

Boissons alcoolisées

Boulangerie

Eau, jus, boissons et breuvages

Fruits et légumes

Ingrédients

Mets préparés

Pâtes alimentaires

Produits de la mer

Produits laitiers et dérivés

Sauces, soupes et condiments

Viande, volaille, charcuterie

Autres : _____

OUI, J'ACCEPTE L'OFFRE SPÉCIALE des membres de L'OPDQ !* pour 1 an 37,50 \$ + Taxes = 43,14 \$

OUI, J'ACCEPTE L'OFFRE SPÉCIALE des membres de L'OPDQ !* pour 2 ans 75,00 \$ + Taxes = 86,25 \$

Prénom : _____ Nom : _____

Titre : _____

Compagnie : _____

Adresse : _____ Bur. / app. : _____

Boîte postale : _____ Ville : _____

Prov. / Pays : _____ Code postal : _____

Tél. : _____ Téléc. : _____

Courriel : _____

Facturez-moi Paiement ci-joint : _____ \$

Chèque ou mandat (à l'ordre de : Les Éditions Comestibles) Visa Master Card

Numéro : _____ Date d'exp. : _____

Signature : _____ Date : _____

* Offre valide au Canada seulement jusqu'au 1^{er} octobre 2005.



CHRONIQUE JURIDIQUE

L'exercice illégal des activités réservées aux diététistes/nutritionnistes

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

Bien que seuls les nutritionnistes puissent exercer certaines activités réservées, cela ne signifie pas que le champ d'exercice¹ est exclusif. Plusieurs nutritionnistes s'interrogent sur la portée de l'exercice illégal de ces activités; le présent article vise à apporter quelques précisions.

Exercice exclusif ou pas ?

Le *Code des professions* distingue, de façon générale, deux types de professions, soit celles à exercice exclusif et celles à titre réservé. Les professions à titre réservé sont celles dont les membres ont le droit exclusif d'utiliser le titre rattaché à leur activité professionnelle. Les professions d'exercice exclusif sont celles dont les membres ont le double monopole de l'utilisation du titre qui s'y rattache et de l'exercice de leur activité professionnelle, comme c'est le cas, par exemple, des médecins.

Dans le cas des diététistes, le *Code des professions* interdit à toute personne qui n'est pas membre de l'OPDQ de prétendre qu'elle l'est ou d'utiliser un titre pouvant laisser croire qu'elle l'est². Cette interdiction d'utilisation vaut autant pour les titres de « diététiste », « diététicien », « nutritionniste », que pour les titres et abréviations pouvant laisser croire qu'elle exerce l'une de ces trois professions ainsi que pour l'utilisation des abréviations « Dt.P. », « P.Dt. » ou « R.D. ».

Depuis le 1^{er} juin 2003, la profession de diététiste, jusqu'ici considérée comme étant à titre réservé, s'est vu octroyer des activités réservées³, soit la détermination du plan de traitement nutritionnel⁴, le choix de la voie d'alimentation⁵ et la surveillance de l'état nutritionnel⁶. En vertu de la *Loi médicale*⁷, les médecins peuvent aussi exercer les activités réservées aux diététistes/nutritionnistes. Pour ces dernières, le droit exclusif d'exercer ces activités n'existe qu'avec une ordonnance individuelle.

L'ordonnance individuelle

Les activités sont réservées à une condition, soit « lorsqu'une ordonnance individuelle indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie ». Selon le *Code des professions*⁸, l'ordonnance « signifie une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments,

les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles ». Également,

« [...] le droit exclusif d'exercer ces activités n'existe qu'avec une ordonnance individuelle »

un nouveau règlement, entré en vigueur le 24 mars dernier⁹, définit l'ordonnance individuelle comme étant « une prescription donnée par un médecin à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un patient, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles¹⁰ ». Ce règlement spécifie également que s'il s'agit d'un traitement, le médecin qui rédige une ordonnance individuelle doit y inclure la nature du traitement et, s'il y a lieu, sa description et sa durée¹¹. Cette ordonnance individuelle peut être écrite ou verbale.

Dans le cas d'une ordonnance médicale portant la mention « consultation en diététique, en nutrition ou autre terme équivalent » ou « faire voir par le diététiste/nutritionniste », l'Office des professions du Québec reconnaît qu'il y a présomption qu'une ordonnance individuelle a été émise¹² et que les activités sont alors réservées aux diététistes. Une ordonnance peut aussi être assimilée à une ordonnance individuelle indiquant que « la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie » en autant qu'elle contienne des informations permettant de déduire que le médecin a porté un jugement clinique sur la pertinence du traitement nutritionnel¹³.

En résumé, le nouveau cadre législatif en vigueur depuis le 1^{er} juin 2003 ne confère pas l'exercice exclusif de la profession de diététiste; seules certaines activités sont à exercice exclusif, et ce, à condition qu'une ordonnance individuelle soit émise et qu'elle indique que

la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie. Lorsque ces deux conditions ne sont pas satisfaites, on peut être en présence de l'exercice illégal de la profession médicale, mais non d'exercice illégal des activités réservées aux diététistes.

L'exercice illégal de la médecine

L'article 31 de la *Loi médicale*¹⁴ définit ce qu'est l'exercice de la médecine, soit : « évaluer et diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir ». Dans le cadre de l'exercice de la médecine, plusieurs activités sont réservées au médecin, dont celle de déterminer le traitement médical. La loi réserve également le diagnostic; cependant, conformément à un jugement rendu en 2005 par la Cour d'appel¹⁵, les chiropraticiens ont le droit, en vertu de la *Loi sur la chiropractie*¹⁶, de poser des diagnostics, ce droit étant toutefois limité au domaine qui relève de leur compétence.

Toujours en vertu de la *Loi médicale*, seuls les médecins ont le droit d'administrer un « traitement invasif ou présentant des risques de préjudice ». Dans un jugement récent¹⁷, la Cour a conclu que des massages ne constituaient pas des traitements invasifs, en rappelant que ce n'est pas sans motifs que le législateur a modifié la loi et y a introduit les mots « traitement invasif ou présentant des risques de préjudice »¹⁸. Compte tenu que le nouvel article 31 de la *Loi médicale* renvoie à la notion de « traitement invasif ou présentant des risques de préjudice », ce jugement semble montrer un changement d'approche au regard des restrictions quant aux activités de traitement. Dans le cas des traitements « présentant des risques de préjudice », des jugements futurs pourront nous éclairer davantage sur les restrictions.

Il convient de souligner que lorsque les diététistes déterminent un plan de traitement nutritionnel, elles n'exercent pas illégalement la médecine puisque le *Code des professions* leur confère expressément les droits et privilèges¹⁹ d'accomplir certains actes qui relèvent de l'exercice de la médecine²⁰, comme à plusieurs autres professionnels qui œuvrent dans le domaine de la santé²¹.

La délimitation du champ d'activité est fondamentale, car c'est la base sur laquelle une personne peut être accusée d'exercer illégalement des activités réservées.

Les poursuites

Toute personne qui usurpe un titre professionnel ou qui exerce illégalement une activité réservée commet une infraction et est passible d'une amende d'au moins 600 \$ et d'au plus 6 000 \$²². Il en est de même pour les administrateurs, officiers et employés d'une personne morale (compagnie ou corporation) trouvés coupables d'une telle complicité à une infraction; chacun d'eux est passible de poursuites²³.

L'OPDQ peut, sur résolution du Bureau ou du Comité administratif²⁴, intenter une poursuite pénale pour exercice illégal d'une activité professionnelle réservée à ses membres. La prescription pour un acte relié à l'exercice illégal est d'un an à compter de la date de la perpétration de l'infraction²⁵. L'OPDQ, à titre d'ordre professionnel, doit non seulement prévenir l'exercice illégal des activités, mais aussi le faire cesser. C'est ainsi que lorsqu'un dossier comporte une preuve suffisante, soit une preuve « hors de tout doute », une poursuite pénale peut être engagée afin de prévenir la commission d'infractions.

Selon la jurisprudence, lorsqu'une personne est accusée d'avoir exercé illégalement une activité, la preuve doit démontrer qu'il y a bel et bien « exercice » des activités réservées. Non seulement l'exercice d'une activité professionnelle réservée est interdit mais également le fait de « prétendre avoir le droit de le faire ou agir de manière à donner lieu de croire qu'on est autorisé à le faire²⁶ ». Lorsqu'une personne est accusée d'une telle infraction, la preuve n'est pas celle de l'exercice illégal proprement dit mais celle « d'agissements donnant lieu à une telle croyance²⁷ ».

Un nouveau comité

Bien que l'OPDQ puisse intenter des poursuites pénales, on peut se demander d'où naît un dossier d'enquête. La demande d'enquête peut provenir du public, d'un membre, de l'enquêteur chargé de faire des inspections ou des enquêtes, des médias, ou simplement d'une publicité²⁸. Dans la foulée du projet de loi 90, l'Ordre a créé un comité sur la pratique illégale dont le mandat est de « procéder à l'étude des plaintes qui sont soumises par le public et les membres et faire des recommandations appropriées au Bureau pour décision ». Afin de faciliter le dépôt d'une plainte et son analyse, un formulaire a été conçu. Ce formulaire intitulé *Dénonciation. Pratique illégale*

de des activités réservées aux Diététistes/Nutritionnistes doit être rempli et retourné accompagné des documents pertinents et nécessaires à l'analyse du cas soumis. Le formulaire est disponible sur le site Web de l'OPDQ. En vue de protéger le public, toute personne témoin d'une infraction au *Code des professions* est invitée à remplir ce formulaire.

Il convient enfin de souligner que l'article 49 du *Code de déontologie des diététistes*²⁹ oblige les diététistes à informer l'OPDQ lorsqu'elles ont des raisons de croire qu'une personne usurpe les titres réservés. Bien qu'il ne s'agisse pas encore d'une obligation déontologique, les diététistes devraient également informer l'OPDQ lorsqu'elles ont des raisons de croire qu'une personne exerce illégalement les activités réservées³⁰.

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

1 Code des professions, L.R.Q., c. C-26, art. 37 c) et 39.4. Le champ d'exercice non exclusif comporte deux volets, soit: l'évaluation de l'état nutritionnel, la détermination et la mise en oeuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé de même que l'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles.

2 Par exemple, pour le titre de « spécialiste en nutrition », voir: ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC, Contact Express, octobre 2003; Ordre professionnel des diététistes du Québec c. Julie Brière, 460-61-005334-030/ 460-61-005334-030/ 460-61-005329-030/ 460-61-005330-038/ 460-61-005331-036/ 460-61-005333-032/ 460-61-005332-034.

3 L.R.Q., c. C-26, modifiée par la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q., 2002, chap. 33 (projet de loi 90).

4 Id., art. 37.1 a).

5 Id., art. 37.1 a).

6 Id., art. 37.1 b).

7 Loi médicale, L.R.Q., c. M-9.

8 Code des professions, L.R.Q., c. C-26, art. 39.3.

9 Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, c. M-9, r.11.2, art. 12.

10 Id., art. 2, par. 1.

11 Id., art. 3, par. 6.

12 ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC, Guide d'information, 2004.

13 Id.

14 L.R.Q., c. M-9, modifiée par L.Q. 2002, c. 33, a. 17.

15 Association des chiropraticiens du Québec c. Office des professions du Québec, J.E. 2005-559 C.A.), 25 février 2005. Référence antérieure: 200-05-015542-017, 25 février 2005.

16 L.R.Q., c. C-16.

17 Collège des médecins du Québec c. Provencher, J.E. 2005-510 (C.Q.).

18 Id., paragraphes 31 et 32.

19 Code des professions, L.R.Q., c. C-26, articles 37 c) et 37.1 a) et b).

20 L'article 43 de la Loi médicale stipule que d'autres professionnels peuvent exercer certaines activités si des dispositions législatives les y habilitent.

21 Thomas c. Ordre des chiropraticiens du Québec, REJB 1997-00565 (C.S.), 26 mars 1997; J.E. 2000-578 (C.A.); REJB 2000-16636 (C.A.), 15 mars 2000; demande d'autorisation d'appel à la Cour suprême rejetée le 21 décembre 2000, no 27871 et Corporation professionnelle des médecins du Québec c. Larivière, ([1984] C.A. 365, 368.

22 Code des professions, L.R.Q., c. C-26, art. 188 et 188.1.

23 Id., art. 188.3.

24 Id., art. 189 et Code de procédure pénale, L.R.Q., chapitre C-25.1, art. 10.

25 Code de procédure pénale, L.R.Q., chapitre C-25.1, art. 14.

26 Code des professions, L.R.Q., c. C-26, art. 37.2.

27 Ordre des acupuncteurs du Québec c. Denyse Lessard, 250-61-016606-025, 28 janvier 2003, paragraphe 20.

28 Par exemple: sites Internet, journaux, pages jaunes.

29 L.R.Q., c. C-26, r. 65.01.

30 Le comité « Lois et règlements » de l'OPDQ révisé actuellement le Code de déontologie et devrait recommander l'adoption d'une disposition similaire à l'article 49 dans le cas des activités réservées.

**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.



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

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

www.dplm.com



SOMMAIRES DE RECHERCHE

Sonia Bérubé-Parent, Dt.P., M.Sc., — chercheuse — Amélie Champeau, Sara Croteau, Marie-Ève Dupuis, Isabelle Fontaine, Aglaée Jacob et Caroline Lamontagne

Effets de la cannelle sur le glucose et les lipides sanguins chez les diabétiques de type 2

La consommation de certaines épices (cari, moutarde, coriandre, curcuma) a été associée à la diminution du risque de maladies cardiovasculaires. À cet égard, l'ajout de 1 à 6 g de cannelle (en capsules) à l'alimentation quotidienne habituelle de patients diabétiques de type 2 pendant 40 jours a significativement diminué les niveaux sanguins de glucose (-18 à -29%), de triglycérides (-23 à -30%), de cholestérol total (13 à -26%) et de LDL-cholestérol (-10 à -24%) chez ces individus. Ces effets bénéfiques se poursuivaient même 20 jours après l'arrêt de l'intervention. Les mécanismes d'action de la cannelle sur la glycémie et la lipidémie demeurent cependant inconnus. Une augmentation du transport du glucose de même que les antioxydants de la cannelle pourraient expliquer les changements constatés. Les résultats tendent à montrer que l'intégration de cannelle à l'alimentation pourrait avoir un effet bénéfique sur le risque de maladie cardiovasculaire. De plus, à long terme, ces résultats pourraient mener à l'élaboration de nouvelles stratégies nutritionnelles susceptibles d'augmenter le potentiel de certains médicaments à réduire le risque de maladies cardiovasculaires et de diabète.

Tiré de : A. Khan, M. Safdar, M.M.A. Khan et coll., « Cinnamon improves glucose and lipids of people with type 2 diabetes », *Diabetes Care*, 2003, vol. 26, no 12, p. 3215-3218.

Le chocolat noir : bon pour la santé ?

Selon certaines études, la consommation de cacao et de chocolat noir protégerait les vaisseaux sanguins en raison des antioxydants contenus dans ces aliments. À cet égard, la consommation quotidienne de 100 g de chocolat noir pendant 15 jours a entraîné une diminution significative de la pression sanguine et une amélioration significative de la sensibilité à l'insuline chez 15 individus en santé. La diète des sujets a été calculée de façon à ce que l'énergie fournie par l'ingestion de chocolat n'ait pas pour effet une suralimentation qui aurait provoqué une prise de poids au cours de l'étude. Le mécanisme d'action du chocolat noir demeure inconnu, mais les antioxydants qu'il contient amélioreraient la capacité des vaisseaux sanguins à se dilater par une disponibilité accrue

de l'oxyde nitrique. Ces résultats montrent que l'intégration du chocolat noir à l'alimentation permettrait de réduire le risque de maladies cardiovasculaires. Cependant, étant donné le petit nombre de sujets évalués, des études supplémentaires sont nécessaires. Il convient de souligner que les effets bénéfiques du chocolat ont été obtenus à la suite de la consommation d'une quantité importante qui peut être difficile à intégrer à l'alimentation quotidienne. Et surtout, la consommation accrue de chocolat noir apporte aussi son lot de calories !

Tiré de : D. Grassi, C. Lippi, S. Necozione et coll., « Short-term administration of dark chocolate is followed by a significant increase in insulin sensitivity and a decrease in blood pressure in healthy persons », *American Journal of Clinical Nutrition*, 2005, vol. 81, no 3, p. 611-614.

Amélie Champeau, stagiaire en nutrition

Centre de recherche sur les maladies lipidiques, CHUQ, Pavillon CHUL, et Institut des nutraceutiques et des aliments fonctionnels, Université Laval

Sonia Pomerleau, Dt.P., M.Sc.,

et Charles Couillard, Ph. D., superviseurs de stage



Un faible niveau d'activité physique est associé à une concentration élevée de protéine C-réactive chez la femme diabétique de type 2

Le diabète de type 2 est fortement associé à une augmentation du risque de maladies cardiovasculaires (MCV), augmentation qui s'explique en

partie par la présence de co-morbidités comme les dyslipidémies, l'hypertension et l'obésité. La protéine C-réactive (PCR) est un marqueur inflammatoire pouvant jouer un rôle dans la prédiction des événements cardiovasculaires chez des sujets avec et sans maladies coronariennes établies ; on la trouve en faible concentration chez les gens sains et en quantité plus élevée chez les patients présentant un risque d'événement cardiovasculaire. Par ailleurs, la sédentarité est également liée à un risque accru de MCV. Cette étude a été réalisée auprès de femmes diabétiques de type 2 sans complications cardiovasculaires. Elle visait à vérifier si le niveau d'activité physique de ces femmes pouvait être associé à divers facteurs de risques tels que le taux de LDL, les maladies coronariennes familiales et la PCR. Vingt-huit femmes âgées entre 51 et 63 ans ont été évaluées et distribuées en deux groupes selon leur niveau d'activité physique, soit faible ou moyen, et appariées en fonction de leur médication. Le groupe contrôle était composé de huit femmes sans problèmes de santé (pas de diabète ni de MCV). À l'évaluation de la VO₂max, les femmes ayant un faible niveau d'activité physique affichaient des résultats inférieurs à celles qui en avaient un moyen, pour un effort maximal semblable chez les deux groupes. La valeur de la PCR était d'ailleurs plus élevée dans le groupe qui affichait la moins bonne forme cardiovasculaire, ce qui révèle un risque plus grand de développer une MCV. Une relation inverse a donc été constatée : autrement dit, lorsque la VO₂max augmente, le niveau de PCR et le degré de sensibilité à l'insuline diminuent, ce qui témoigne d'une meilleure santé cardiovasculaire. En somme, cette étude démontre une association entre un faible niveau d'activité, l'augmentation du taux de PCR et la diminution du contrôle du glucose chez les femmes diabétiques de type 2, trois facteurs qui entraînent une augmentation marquée du risque de MCV.

Tiré de : J.M. McGavock, S. Mandic, I. Vonder, R.Z. Lewanczuk, H.A. Quinney, D.A. Taylor, R.C. Welsh et M. Haykowsky « Low cardiorespiratory fitness is associated with elevated C-Reactive protein levels in women with type 2 diabetes », *Diabetes Care*, 2004, vol. 27, no 2, p. 320-325.

Sara Croteau, stagiaire en biologie médicale

Centre de recherche de l'Hôpital Laval

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie, Université Laval

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

Comparaison des diètes Atkins, Ornish, Weight Watchers et Zone pour la perte de poids et la diminution des risques cardiovasculaires

Cette étude visait à comparer l'efficacité de quatre diètes populaires, soit Atkins, Zone, Weight Watchers et Ornish, de même que l'adhésion à ces diètes. Elle a été réalisée auprès de 160 participants répartis en 4 groupes égaux, ayant un IMC entre 27 et 42 et présentant certains facteurs de risques de maladies cardiovasculaires (hypertension, dyslipidémie ou hyperglycémie). Le groupe randomisé à la diète Atkins débutait avec une consommation inférieure à 20 g de glucides par jour et augmentait progressivement jusqu'à 50 g. La diète Zone comportait 40 % de glucides, 30 % de lipides et 30 % de protéines. La diète Weight Watchers utilisait un système de points dont le nombre était déterminé en fonction du poids corporel. La diète Ornish consistait en un régime végétarien dont 10 % des calories totales provenaient des lipides.

Après un an, une diminution significative du nombre de calories ingérées quotidiennement a été constatée, soit en moyenne 138 kcal pour le groupe Atkins, 251 kcal pour le groupe Zone, 244 kcal pour le groupe Weight Watchers et 192 kcal pour le groupe Ornish, sans que cette diminution soit différente entre les diètes. La perte de poids est de $3,9 \pm 6$ kg avec Atkins, de $4,9 \pm 6,9$ kg avec Zone, de $4,6 \pm 5,4$ kg avec Weight Watchers, et de $6,6 \pm 9,3$ kg avec Ornish. Les LDL ont diminué avec toutes les diètes sauf Atkins, alors que les HDL ont augmenté avec toutes les diètes sauf Ornish. La protéine C-réactive a diminué de 15 à 20 % avec toutes les diètes sauf Zone. Aucune des diètes n'a eu d'effet sur les triglycérides, la glycémie à jeun et la pression artérielle.

Cette étude démontre en somme que ces quatre diètes permettaient de réduire le poids et les risques cardiovasculaires de façon comparable. Toutefois, l'adhésion aux quatre diètes était faible car 42 % des participants y ont mis fin en cours d'étude.

Tiré de : M.L. Dansinger, J.A. Gleason, J.L. Griffith, H.P. Selker, E.J. Schaefer, « Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction », JAMA, 2005, vol. 293, no 1, p. 43-53

Marie-Ève Dupuis, 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 arme biologique pour lutter contre *Clostridium difficile*

Les recherches sur les effets des probiotiques contre le *C. difficile* se multiplient. Cela n'a rien d'étonnant car cette bactérie est la cause la plus importante de diarrhée infectieuse dans les hôpitaux. Une étude a été réalisée récemment auprès de 138 patients hospitalisés sous antibiothérapie. La moitié d'entre eux recevaient des capsules (2×10^{10} cfu) de *Lactobacillus acidophilus* et *Bifidobacterium bifidum* alors que l'autre moitié ont reçu un placebo pendant 20 jours. Les résultats se sont révélés encourageants : le groupe recevant des probiotiques a eu 4,35 % moins de diarrhées associées au *C. difficile* que le groupe contrôle. De plus, les toxines du *C. difficile* ont été détectées chez 46 % des patients de ce groupe, contre 78 % dans le groupe placebo. Ces résultats démontreraient une forme de neutralisation des toxines par les probiotiques. En effet, l'administration de ces bactéries augmenterait la quantité de plusieurs immunoglobulines dans la muqueuse intestinale, dont les IgA, et permet ainsi une maximisation de la réponse immunitaire en présence du *C. difficile*. Bien que nous soyons encore loin de prescrire des probiotiques à tous les patients hospitalisés sous antibiothérapie, cette étude nous permet de demeurer optimistes quant aux possibilités qui s'offrent à nous dans la bataille contre le *C. difficile*.

Tiré de : S. Plummer, et coll., « Clostridium difficile pilot study: Effects of probiotic supplementation on the incidence of C. difficile diarrhoea », Int. Microbiol., 2004, p. 59-62.

Isabelle Fontaine, stagiaire en nutrition

Groupe EFFScience inc.

Marylène Turmel, Dt.P., superviseure de stage

Augmentation de l'oxydation de l'acide oléique après l'entraînement matinal

L'activité physique, on le sait, contribue grandement au contrôle du poids. Cet effet serait en partie relié au métabolisme des lipides. Une équipe de chercheurs a donc mesuré le taux d'oxydation des deux acides gras les plus répandus dans l'alimentation, soit l'acide palmitique (saturé) et oléique (insaturé), chez des femmes ($n = 6$) soumises en matinée à 30-45 minutes d'exercice d'intensité modérée comparative-ment à leur état de repos, et ce, sur une période de 13 heures. Ainsi, les résultats montrent une oxydation significativement plus élevée de

l'acide oléique durant la période post-exercice que durant la période suivant le repos ($p < 0,01$). Quant au taux d'oxydation l'acide palmitique, il n'avait pas changé de façon significative. De plus, la quantité de lipides utilisée par l'organisme sur une période de 24 heures a été de 83,2 g pour les sujets au repos et de 116,4 g pour ceux qui s'étaient entraînés. Ainsi, la pratique d'activité physique augmenterait l'oxydation des lipides de 32,2 g par jour, dont 20,1 g sont oxydés durant les 10 heures suivant l'activité physique. Aussi, bien que l'échantillon soit de petite taille, ces résultats tendent à montrer que l'oxydation des gras par l'organisme est influencée par l'activité physique et le type de lipides consommés. Ainsi, les recommandations incitant à remplacer les acides gras saturés par des acides gras monoinsaturés pourraient également avoir des effets bénéfiques considérables pour les personnes qui désirent contrôler leur poids au moyen de l'activité physique.

Tiré de : S.B. Votruba, R.L. Atkinson et D.A., Schoeller, « Sustained increase in dietary oleic acid oxidation following morning exercise », International Journal of Obesity, 2005, vol. 29, p. 100-107.



La consommation de produits laitiers est inversement proportionnelle à l'indice de masse corporelle

Les effets positifs de la consommation de produits laitiers sur l'obésité sont de plus en plus étudiés, quoiqu'ils demeurent controversés. Cette question a d'ailleurs fait l'objet d'une étude récente pour laquelle diverses données alimentaires ont été recueillies à l'aide d'un

questionnaire de fréquence et de rappels de 24 heures. Les sujets ($n = 462$) ont été répartis en quartiles d'après leur consommation quotidienne de produits laitiers établie ainsi : $> 1,6$ portion, de 1,6 à 2,1 portions, de 2,2 à 2,9 portions ou **B** 3 portions. Ils ont ensuite été divisés selon leur indice de masse corporelle (IMC) : poids santé (18,5 à 24,9 kg/m²), embonpoint (25 à 29,9 kg/m²) ou obésité (**B** 30 kg/m²). Après contrôle des variables confondantes telles que l'âge, l'apport en énergie, en glucides, en lipides, en protéines et en fibres ainsi que le niveau d'activité physique, les résultats obtenus montrent l'existence d'une corrélation inverse significative ($r = -0,38$; $p < 0,05$) entre le nombre de portions de produits laitiers consommées et l'IMC. En fait, les sujets ayant un poids santé consommaient significativement ($p < 0,01$) plus de portions de produits laitiers quotidiennement (4,3 portions) que ceux affichant de l'embonpoint (2,9 portions) ou de l'obésité (2,5 portions). Bien que la nature du lien entre un poids santé et une consommation élevée de produits laitiers ne soit pas encore élucidée, c'est-à-dire qu'on ignore si cet effet est dû au calcium, aux acides linoléiques conjugués, aux protéines laitières ou à d'autres composés, la recommandation d'une consommation quotidienne de deux à quatre portions de produits laitiers est une fois de plus appuyée par la science.

Tiré de : P. Mirmiran, A. Esmailzadeh et F. Azizi, «Dairy consumption and body mass index: An inverse relationship», *International Journal of Obesity*, 2005, vol. 29, p. 115-121.

*Aglaée Jacob, stagiaire en nutrition
Laboratoire des sciences de l'activité physique,
Université Laval*

*Sonia Bérubé-Parent, Dt.P., M.Sc.,
superviseure de stage*

Le rôle des colorants alimentaires artificiels et des agents de conservation dans l'hyperactivité

L'hyperactivité est une maladie chronique fréquente chez les enfants d'âge scolaire et pourrait être liée à des facteurs alimentaires. Dans les années 70, Feingold proposa un régime exempt d'additifs alimentaires (colorants et saveurs artificiels) et de salicylates afin de réduire les comportements hyperactifs. Les études subséquentes ne démontrèrent pas de façon



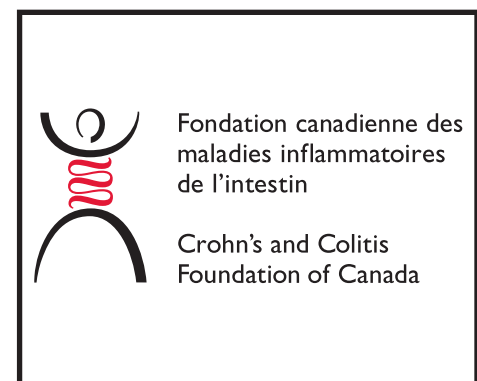
convaincante l'efficacité de cette diète. L'objectif de la présente étude est de déterminer si les colorants alimentaires artificiels et les agents de conservation présents dans l'alimentation des enfants de 3 ans influencent les comportements hyperactifs. Seuls 277 enfants, parmi les 2 878 de la population de départ, répondaient aux critères de sélection et ont participé à l'étude. Durant quatre semaines, une diète exempte de colorant artificiel et de benzoate de sodium (agent de conservation) était proposée aux sujets, avec consommation concomitante, à la deuxième et à la quatrième semaines, d'un breuvage actif (contenant 20 mg de colorant et 45 mg de benzoate de sodium) ou d'un breuvage placebo. Les tests effectués en clinique n'ont démontré aucun changement significatif sur l'hyperactivité. Cependant, les parents auraient constaté une diminution du comportement hyperactif dans les premiers jours suivant l'introduction de la diète ; de même, chez les sujets qui consommaient le breuvage, l'hyperactivité aurait aussi diminué au moment de l'interruption de la consommation du breuvage. L'étude montre en outre que la diminution du comportement hyperactif ne serait pas reliée au degré d'hyperactivité de départ. Il semble ainsi qu'une diète

sans colorant artificiel et sans benzoate de sodium s'avère bénéfique pour tous les enfants. Cependant, des études supplémentaires sont nécessaires pour démontrer un lien entre l'hyperactivité et l'alimentation.

Tiré de : B. Bateman, J.O. Warner, E. Hutchinson et coll., «The effect of a double blind, placebo controlled, artificial food colourings and benzoate preservative challenge on hyperactivity in a general population sample of preschool children», *Arch Dis Child*, 2004, vol. 89, p. 506-511.

*Caroline Lamontagne, stagiaire en nutrition
Groupe EFFScience inc.*

Marylène Turmel, Dt.P., superviseure de stage



Le Prix Récolte d'excellence Arctic Gardens

par le

**Bureau
Aliments et Santé**
ARCTIC GARDENS



Mme Marie Breton, présidente du jury

M. Gilles Cloutier, Santé publique d'Ottawa

M. Steve Tremblay, Ventrex Vending Services

M. Marcel Ostiguy, président Aliments Carrière

« L'Xcellence, ça se nourrit » récolte les honneurs!

Un programme unique de collations saines dans les distributrices scolaires

Santé publique Ottawa et l'entreprise Ventrex Vending Services ont reçu le Prix « Récolte d'excellence » Arctic Gardens – Édition 2005 pour le programme « L'Xcellence, ça se nourrit » qui propose un choix de collations et de boissons nutritives dans les distributrices automatiques des écoles secondaires.

Une mention spéciale a été attribuée à l'Association pour la santé publique du Québec pour son guide « Maigrir pour le meilleur et non le pire » qui fournit de l'information aux professionnels de la santé sur les produits et services offerts sur le marché, dans le domaine du contrôle du poids.

Une mention spéciale a également été accordée à la Fondation Canadian Living pour le projet « Pour apprendre sans faim » qui appuie des programmes de petits déjeuners, de repas du midi et de collations dans les écoles.

Mis sur pied par Aliments Carrière dans le cadre des activités du Bureau Aliments et Santé Arctic Gardens, le Prix « Récolte d'excellence » Arctic Gardens vise à souligner le travail ou l'initiative d'une personne, d'un groupe, d'une entreprise ou d'une organisation qui, par une action, un programme ou un événement, a contribué à la promotion de la saine alimentation.

www.bureaualimentsetsante.ca



ÉCHOS DES UNIVERSITÉS

Dietetics at McGill- Expansion and integration sharpen focus on the future

Peggy Williams, P. Dt.

Buoyed by the largest graduate and undergraduate classes in the history of the **School of Dietetics and Human Nutrition**, recently appointed Director, Dr. Kristine Koski brings a proactive agenda to the institution. Since joining the faculty in 1987, Dr. Koski has promoted instruction and research in clinical nutrition with specific interest in maternal and child nutrition, nutrition in pregnancy and lactation, biochemical development of the fetus and neonate, and interactions between nutrition, parasites, and immunity.

Currently underway in rural Panama, is a project involving indigenous children suffering nutrient deficiency caused by the presence of GI parasites. Vitamin A supplementation given during drug treatment may prove to reduce re-infection rate by improving immunity. Ongoing research projects at McGill include using animal models to examine the impact of low carbohydrate diets during pregnancy, with specific emphasis on the biochemical development of the fetus in the perinatal period. Dr. Koski also supervises innovative research on the nutrient content of amniotic fluid in humans linking the biochemical environment with fetal growth and development. Diabetes has been shown to exist in utero at 12 weeks gestation!


Exciting physical renovations to the food laboratories and expansion to a full metabolic kitchen in the Mary Emily Research Unit will enhance learning and research opportunities while attracting high caliber students and professional staff. The School of Dietetics and Human Nutrition is currently benefiting from the highest level of research dollar funding in the history of the School.

Several new initiatives have been established to expand multidisciplinary research and instruction related to food, nutrition and health. Three new faculty positions are identified and funding has been confirmed by the Canada Research Chair Program. Dr. Hope Weiler, R.D. has recently accepted the position in **Nutrition Development and Aging** and will bring expertise to McGill in the area of Bone Health. Dr. Weiler will continue research on peak bone mass development and preservation throughout the lifecycle. Increased collaboration is forecasted with Ste. Anne's Veteran's Hospital as well as the Mary Emily Clinical Research Unit. Integration of high caliber clinical research supports McGill's specialization in this field. "Evolution of Calcium and Bone Homeostasis During the Lifecycle" was the keynote address given at the **McGill Nutrition and Food Science Centre's** 17th Annual Research Day by Dr. David

Goltzman, Director of the McGill Calcium Laboratory at the Royal Victoria Hospital.

The second Canada Research Chair in **Social and Environmental Aspects of Nutrition** is linked with the **Center for Indigenous Peoples Nutrition and Environment**. This position will focus on international nutrition, integrating research in epidemiology and animal science. In July 2004, CINE organized an international forum to develop health promotion activities and to document successful food-based strategies to protect health status of Indigenous Peoples using their local food systems. For further detail on this initiative, visit www.cine.mcgill.ca/IA2.htm.

An emerging field of study is that of relationships between nutrition and genetics in health and disease in humans and animals. The Canada Research Chair position in **Nutritional Genomics** will expand research into interactions and relationships between genetic factors and nutrients. As a result, the School of Dietetics and Human Nutrition will integrate expertise in functional foods and nutraceuticals. Patents for several functional foods and medical interventions have already been approved. Collaboration with the Advanced Foods and Materials Network (www.afmnet.ca) will advance multidisciplinary research into food and bio-materials to provide better education for the consumer and increased public confidence in the food supply. Functional foods is just one of many hot topics to be presented during the 4th Annual Scientific Meeting of the Canadian Society of Clinical Nutrition in Montreal, Sept. 8-10, 2005, entitled "Nutrition in Health and Disease: Focus on Obesity and Gastrointestinal Disease." For program and registration information, visit www.cscn-scnc.ca.

McGill's focus on the future will also include continued partnership with the University of Montreal and Nestle in presenting the Eastern Canada Clinical Nutrition Day as an annual event. As co-chair, Dr. Kristine Koski welcomed over 200 delegates attending the first conference held in November, 2004: "Nutrition and Illness: New Frontiers for Nutrition Interventions." As Director of the **School of Dietetics and Human Nutrition**, Dr. Koski will continue in her multiple roles as professor, researcher, mentor, ambassador, and role model for the profession. Félicitations Kristine! 



FONDATION QUÉBÉCOISE
DU CANCER

1 8 0 0 3 6 3 . 0 0 6 3

www.fqc.qc.ca



REPORTAGE

Colloque « Nos aliments et notre système immunitaire : un équilibre fragile »

Catherine Huet, Dt.P., M.Sc., Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Colloque organisé par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec et la Fondation des Gouverneurs à Montréal, le 29 avril 2005

Le système immunitaire : le yin et le yang

Yvan Boutin, Ph.D., professeur-chercheur, Centre de transfert en biotechnologie TransBIOtech, Cégep de Lévis-Lauzon

Entre le système immunitaire et ses « agresseurs », tout est affaire d'équilibre, comme le yin et le yang, dira Yvan Boutin d'entrée de jeu. Les premières barrières naturelles sont notamment la peau et la flore microbienne intestinale, qui empêchent l'entrée des « agresseurs ». Si ces barrières sont franchies, la réaction immunitaire sera prise en charge par l'immunité non spécifique et l'immunité spécifique. L'immunité non spécifique est innée et plutôt générale dans son action, et l'immunité spécifique reconnaît l'agent pathogène (ou antigène) de façon plus particulière. Le Dr Boutin a expliqué chacune des deux immunités en décrivant, entre autres, leurs mécanismes de reconnaissance de l'antigène. L'antigène, préalablement phagocyté, doit être présenté d'une façon particulière pour être reconnu par l'immunité spécifique. Il y a une reconnaissance distincte pour le virus (lymphocyte T CD8) et pour la bactérie (lymphocyte T CD4). À la suite de cette reconnaissance, certains lymphocytes T sont activés et produisent des cytokines, agents de communication chimiques entre les cellules du système immunitaire. Ces cytokines ont plusieurs effets, dont la production d'anticorps par les lymphocytes B. Les anticorps ont plusieurs rôles, dont celui d'adhérer aux bactéries et aux virus pour les empêcher de se fixer à la muqueuse. Un déséquilibre entre certains types de lymphocytes T est cause de l'apparition de différents troubles, comme l'arthrite rhumatoïde ou l'allergie. Étant donné le petit nombre d'études sur le sujet réalisées jusqu'à maintenant et les controverses actuelles qu'elles suscitent, d'autres études sont nécessaires pour tirer des conclusions probantes. Le Dr Boutin a cependant souligné, en terminant, que d'autres conditions physiologiques affectaient également l'immunité, telle l'obésité qui entraînerait une immunosuppression, qui augmenterait la fréquence des infections et qui affaiblirait la réponse des anticorps.

Immunotoxicité des contaminants chimiques

Michel Fournier, Ph.D., professeur, Institut national de la recherche scientifique (INRS)-Institut des nutraceutiques et des aliments fonctionnels de l'Université Laval (INAF)

Le Dr Fournier a présenté brièvement les modulateurs de la réponse immunitaire, et axé son propos sur l'environnement. Différents agents toxiques présents dans l'environnement, tel le chlorure de mercure, peuvent diminuer la compétence du système immunitaire et augmenter la susceptibilité à l'infection, a-t-il précisé. Chez des souris nourries avec différentes graisses de poissons contaminés, la réponse immunitaire avait diminué, par rapport aux souris du groupe témoin qui avaient reçu de l'huile de poisson. Une seconde étude, celle-là avec des souris, a montré une augmentation de l'immunosuppression chez l'adulte, même si l'exposition aux contaminants était faible chez l'embryon.

Impacts de la transformation sur l'immunogénicité des aliments

Tahereh Hosseini Nia, Ph.D., vice-présidente R&D, Clarovita Nutrition inc.

La Dre Hosseini Nia a présenté certains procédés alimentaires (ex. : traitement thermique) en plus d'expliquer le rôle des protéines dans le résultat obtenu. Elle a ensuite exposé les résultats d'une de ses études qui a montré que les chances de survie avaient augmenté chez des souris nourries avec du petit-lait pasteurisé qui avaient développé la fibrose kystique.

Aliments et système immunitaire : un regard critique

Jacques Goulet, Ph.D., professeur, Université Laval

La présentation du Dr Goulet avait pour but de soulever différentes questions. Après avoir présenté quelques constats relatifs aux allergies alimentaires, il a soumis des hypothèses reliant les allergies à la propreté, aux vaccins et aux OGM.

Diverses pistes de recherche, notamment sur la détection des allergènes, de même que des stratégies de production (ex. : nettoyage et assainissement des équipements) et de communication ont également été proposées.



Propriétés immunostimulantes des protéines de lactosérum : mythes et réalités

Yves Pouliot, Ph.D., chercheur, Université Laval

Le lactosérum, résultat de l'égouttage du caillé du fromage, contient différentes protéines ayant un coefficient d'efficacité protéique et une valeur biologique élevés. La première hypothèse associant les protéines du lactosérum et l'immunité a été lancée par Bounous en 1989 et reliait ces protéines à la stimulation de la synthèse du glutathion intracellulaire, ce qui serait à l'origine de l'effet immunostimulant. Cependant, l'ingestion directe de glutathion est probablement inutile, car ce peptide serait dégradé par les enzymes digestives. Le Dr Pouliot a aussi présenté une de ses études montrant que l'on ne peut associer une protéine particulière du lactosérum à un effet immunostimulant distinct. Le rôle de la lactoferrine, une protéine qui se retrouve dans le lait, a aussi été évoqué. Cette protéine a plusieurs qualités de protection avérées dans la littérature (ex. : activité antivirale). Cependant, elle ne stimule pas la prolifération lymphocytaire. Bref, plusieurs études sont nécessaires pour expliquer l'effet immunomodulateur des protéines de lactosérum.

Nature des probiotiques et leurs effets sur le système immunitaire humain

Claude P. Champagne, Ph.D., chercheur scientifique, Centre de recherche et de développement sur les aliments (CRDA), Agriculture et Agroalimentaire Canada (AAC)

Plusieurs facteurs entrent en jeu dans l'efficacité d'un probiotique, dont le nombre de microorganismes dans l'aliment, car une certaine quantité est en effet nécessaire pour que l'aliment soit efficace. Ce nombre varie en fonction de la souche du microorganisme. Sa croissance dans le système gastro-intestinal doit aussi être considérée. Les quantités requises restent néanmoins encore inconnues. L'aliment proprement dit est un second facteur, car la survie et la croissance du probiotique dans le système gastro-intestinal dépendent de sa composition. Les produits laitiers semblent d'ailleurs être parmi les meilleurs vecteurs. Les effets des bactéries varient également selon la situation, puisque chaque bactérie aurait un rôle. Ainsi, même si des probiotiques ont montré des effets bénéfiques dans le yogourt, ces mêmes probiotiques n'auront pas forcément ces effets s'ils sont intégrés à un autre aliment. Le Dr Champagne a aussi précisé que les cellules n'avaient pas toujours besoin d'être vivantes pour être efficaces, puisque ce peut être ce qu'elles ont fait à l'aliment qui est bénéfique.

Probiotiques et santé intestinale

Martin Lessard, Ph.D., chercheur scientifique, Centre de recherche et de développement sur le bovin laitier et le porc, AAC

Le Dr Lessard a démontré que les probiotiques ont des effets bénéfiques sur la santé intestinale et a expliqué les mécanismes de la réponse immunitaire intestinale. En effet, les probiotiques, de concert avec la flore commensale (bactéries vivant aux dépens de l'hôte sans provoquer d'effets indésirables): 1) empêchent l'adhésion de bactéries pathogènes à la muqueuse; 2) diminuent notamment le pH par leur activité antimicrobienne; 3) augmentent l'intégrité de la muqueuse; 4) stimulent et régulent la réponse immunitaire. La flore intestinale a aussi son importance dans « l'éducation » du système immunitaire, et ce, dès la naissance, en jouant un rôle dans le développement et le maintien de l'intégrité fonctionnelle des lymphocytes T. Plusieurs études ont montré les effets bénéfiques des probiotiques chez l'humain et d'autres ont plutôt conclu l'inverse. Ces mécanismes restent encore à élucider.

Antioxydants et système immunitaire

Joyce I. Boye, Ph.D., chercheuse scientifique, CRDA, AAC

La Dr^e Boye a fait un survol des réactions oxydatives et souligné que des niveaux élevés de radicaux libres étaient reliés à plusieurs maladies (ex. : MCV). Ces réactions oxydatives ont des conséquences sur différentes structures (ex. : ADN). Cependant, ces réactions in vivo sont nécessaires, car elles stimulent la réponse immunitaire. Les antioxydants sont importants dans la conservation de l'équilibre entre les produits oxydatifs et la réponse immunitaire. Davantage d'études sont néanmoins nécessaires pour déterminer les quantités requises et les formes susceptibles d'avoir des effets. Ainsi, la consommation de vitamine E en trop grande concentration semble problématique, mais une déficience diminuerait notamment la production d'anticorps. Les caroténoïdes auraient aussi des effets bénéfiques, mais deviendraient des prooxydants lorsqu'ils sont consommés en trop grande quantité. La supplémentation pourrait être nécessaire dans certaines situations (ex. : malnutrition). Toutefois, on ignore si les suppléments sont aussi efficaces que les antioxydants consommés au moyen des aliments. Là encore, il faudra faire d'autres études. Bref, les aliments et notre système immunitaire, une histoire à suivre !

Laissez parler votre coeur...

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



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 Martin Lemire et Martine Frigon « Les diététistes gestionnaires dans les services alimentaires: une espèce en voie de disparition ? »

1. Quelles conséquences le regroupement des établissements a-t-il eu dans le réseau de la santé ?

- a) La gestion des services alimentaires dans le réseau de la santé est devenue beaucoup plus complexe.
- b) Les cadres supérieurs des services alimentaires ont été obligés de remplacer les postes de diététistes débutants par les cuisiniers gestionnaires.
- c) Les gestionnaires actuels devraient ouvrir des postes intermédiaires pour éviter un problème de taille pour la relève.
- d) Réponses a et c.
- e) L'ensemble des réponses.

2. Quel est le plus grand défi des gestionnaires actuels quant à l'avenir des diététistes en gestion de services alimentaires dans le réseau de la santé ?

- a) Il faut démontrer que les diététistes gestionnaires sont capables de gérer des budgets ainsi que les activités d'un service alimentaire.
- b) Il faut créer les postes intermédiaires pour les jeunes diététistes le plus tôt possible afin de préparer la relève.
- c) Il faut absolument une formation additionnelle en administration ou en gestion, que ce soit un certificat, un baccalauréat ou une maîtrise.

Questions relatives au texte de Berthe Lefebvre et Nathalie Beaulieu « Réinventer nos façons de faire »

3. Les critères entérinés par les diététistes tiennent compte de quels éléments ?

- a) Diagnostic et condition du patient.
- b) Effet de l'alimentation sur l'épisode de soins.
- c) Durée de séjour du patient.
- d) L'ensemble de ces réponses.

4. Collerette, Schneider et Legris proposent quelques moyens pour accroître la réceptivité au changement. Lesquels ?

- a) Pertinence de changer.
- b) Menaces externes.
- c) Caractéristiques des clientèles.
- d) Mouvement de l'environnement.
- e) L'ensemble de ces réponses.

Questions relatives au texte de Maryse Falardeau et Sophie Trépanier « Du nouveau dans la conception des menus »

5. Laquelle de ces affirmations est fautive ?

- a) Un mets qui perd de sa popularité doit être exclu du menu.
- b) Il est fortement recommandé pour une cafétéria scolaire d'établir un cycle de menus de cinq semaines.
- c) Un menu n'est jamais universel et ne peut convenir à tous les types de clientèle.
- d) Être en mesure de faire des changements sur le menu sans qu'il ne perde son équilibre est une force essentielle à développer.
- e) Au cours de la phase d'implantation du menu, le menu doit être suivi de façon rigoureuse.

6. Laquelle de ces affirmations est fautive ?

- a) Créer un comité de menus peut aider à cibler la clientèle.
- b) Si on modifie un ingrédient de base dans une recette, celle-ci ne perdra pas automatiquement ses qualités organoleptiques de départ.
- c) Après l'implantation d'un menu, son suivi est nécessaire pendant au moins deux cycles avant de tirer des conclusions sur sa validité.
- d) Les services alimentaires ont peu d'influence sur les comportements alimentaires des consommateurs.



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

Gérer, c'est surfer sur la crête de la vague

Réponses

1. a b c d e

2. a b c

3. a b c d

4. a b c d e

5. a b c d e

6. a b c d

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 | 888 393-8528





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.



Pour plus d'informations, consultez le site www.opdq.org