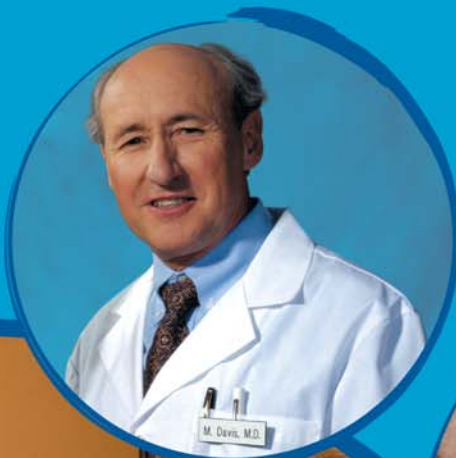


# NUTRITION

science en évolution



## DOSSIER

### LA CONTINUITÉ DES SOINS NUTRITIONNELS

- > La concertation pour la continuité des soins nutritionnels
- > Les réseaux de services intégrés (RSI) — Une solution intéressante et prometteuse
- > Continuité des soins et pratique privée en nutrition



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.

# NUTRITION

science en évolution

*Ce numéro est dédié à la mémoire de feu Suzanne Simard-Mavrikakis, Dt.P., M.Sc. — membre du comité éditorial de la revue.*



Photo couverture: Denis Paquet, photographe

## 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

**Entre révolution et protection**

*Paul-Guy Duhamel, Dt.P.*

4

## BILLET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET SECRÉTAIRE

**L'OPDQ se dote de nouvelles règles d'éthique concernant la publicité faite via ses publications**

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

5

## ÉDITORIAL

*Josée Pelletier, Dt.P., responsable du dossier*

6

## DOSSIER — La continuité des soins nutritionnels

**La concertation pour la continuité des soins nutritionnels**

*Michèle Cossette, Dt.P., M.Sc. (microbiologie et immunologie), nutritionniste, CLSC des Faubourgs pour la Table de coordination des soins nutritionnels de la région de Montréal-Centre*

7

## Les réseaux de services intégrés (RSI) — Une solution intéressante et prometteuse

*Nadine Bergeron, Dt.P., Hôpital Charles LeMoine*

8

## Continuité des soins et pratique privée en nutrition

*Josiane Cyr, Dt.P., vice-présidente directrice générale, Groupe Effiscience*

12

## PLUS

### Les acides gras essentiels pour les adultes et les apports nutritionnels de référence, un sérieux questionnement

*Michel Lucas, M.Sc., candidat au Ph.D. en épidémiologie, professionnel de recherche — Unité de recherche en santé publique du Centre de recherche CHUL-CHUQ*

14

## CHRONIQUE JURIDIQUE

### Le dossier du client

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

20

## ÉCHOS DES UNIVERSITÉS

### Université de Montréal

*Olivier Receveur, Dt.P., Ph.D., M.P.H., professeur agrégé, Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal*

21

## SOMMAIRES DE RECHERCHE

- L'influence de la fumée secondaire sur le statut en vitamine C des enfants
- L'effet du *Lactobacillus plantarum* 299v sur les facteurs de risques de maladies cardiovasculaires chez les fumeurs
- Les grands et petits consommateurs de gras sont-ils différents?
- Connaissances nutritionnelles d'athlètes du collégial
- Obésité et environnement familial
- Vitamine A et absorption du fer
- L'activité physique et le potassium contenu dans la masse maigre des femmes post-ménopausées
- La thermogénèse postprandiale et les diètes riches en protéines

22

*Anne-Geneviève Allaire, Marie-Élaine Anctil, Caroline Trudeau & Maggie Vallières, stagiaires en nutrition, Laboratoire des sciences de l'activité physique, Université Laval*

## REPORTAGE

### Étiquetage nutritionnel, Où allons-nous?

*Marthe Côté-Brouillette, Dt.P., nutritionniste-conseil*

24

## RECONNAISSANCE DE FORMATION CONTINUE

### Questionnaire détachable pour l'obtention de crédits

27

## HOMMAGE

### Hommage posthume à Suzanne Simard-Mavrikakis

*Michèle Houde Nadeau, Dt.P., Ph.D.*

29



### Entre révolution et protection

La notion de continuité des soins, que ce soit en nutrition ou ailleurs, paraît être un sujet relativement novateur et certainement d'actualité. Initialement associée au secteur de la santé mentale, la continuité des soins n'est pas le nouveau terme à la mode en matière de soins. Cette notion relève d'un besoin réel et précis.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) constate que les systèmes de santé, d'ici et d'ailleurs, font face à une révolution des besoins. «Les maladies non transmissibles chroniques sont les principales causes de mortalité, de morbidité et d'incapacité...», notamment à cause du vieillissement des populations et de la complexité croissante de la nature des interventions médicales au sein du réseau de la santé. Pourtant, «les sys-



### A Battle on Two Fronts

Continuity of care is a ground-breaking concept, whether it is applied in nutrition or in other fields. The least that can be said about this concept is that it is very much in the news. Although initially associated with the mental health sector, continuity of care is not just a trendy new healthcare term. It describes a genuine, specific need.

The World Health Organization (WHO) recognizes that healthcare systems, here and elsewhere, are faced with a revolution in terms of needs. "Chronic non-communicable diseases are the main causes of mortality, morbidity, and disability [...]" due in particular to the ageing of populations and the growing complexity of medical interventions performed in the health-

care network. However, "health systems are mainly designed to provide episodic acute care."<sup>1</sup> Toujours selon l'OMS, pour faire face à cette problématique, les systèmes de santé doivent développer de nouveaux services, basés sur la durée et mieux adaptés aux besoins des populations atteintes de maladies chroniques, afin d'assurer efficacement la continuité des soins que cette situation requiert.

Le défi est de taille. Le virage vers les soins ambulatoires entrepris par le réseau de la santé du Québec au cours des années 1990 a démontré l'ampleur de la problématique liée à la continuité des soins. De plus, il y a l'incroyable révolution des connaissances en nutrition.

La nécessité d'établir une continuité des soins en nutrition se retrouve au cœur de la loi qui modifie le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Véritable reconnaissance de la valeur de l'intervention nutritionnelle, la deuxième activité réservée aux diététistes/nutritionnistes stipule qu'il faut «surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé»<sup>2</sup>.

Cette surveillance de l'état nutritionnel consiste à évaluer la réponse au traitement et à redéfinir

care network. However, "health systems are mainly designed to provide episodic acute care."<sup>1</sup> According to the WHO, to remedy this problem, healthcare systems must develop new, long-term services that are better adapted to the needs of people suffering from chronic diseases so as to be able to effectively provide the continuity of care required by the situation at hand.

The challenge is steep indeed. The shift towards ambulatory care carried out in Quebec's healthcare network during the 1990s demonstrated the scope of the issues surrounding continuity of care. In addition, there is the incredible revolution in knowledge about nutrition.

The need to establish continuity of care in nutrition is at the centre of the bill modifying the Professional Code and other legislative provisions in the area of healthcare. Being a fullfledged recognition of the value of nutritional intervention, this bill not only reserves a second activity to dietitians/nutritionists but also stipulates that one must "monitor the nutritional status of persons whose nutritional treatment plan has been determined."<sup>2</sup>

Monitoring nutritional status consists in evaluating the response to treatment and redefining, as needed, the objectives and elements of this

au besoin les objectifs et les composantes de ce traitement (Guide d'information OPDQ). Compte tenu de la réalité du réseau de la santé, elle peut être effectuée par une autre diététiste/nutritionniste afin que puisse se poursuivre cette activité jusqu'à l'atteinte des objectifs. L'efficacité de la continuité des soins nutritionnels ne peut s'observer qu'à la condition que la fréquence des interventions soit régulière et adaptée aux besoins du patient (adaptation libre de Saarento, 1998).

Pourtant, ce principe noble n'est pas accessible à tous. En effet, le réseau québécois de la santé a une capacité limitée d'assurer efficacement une continuité des soins nutritionnels sur l'ensemble de son territoire. L'OPDQ a déjà rencontré le cabinet du ministre de la santé et compte le faire à nouveau au cours de l'automne 2003 pour continuer à le sensibiliser à cette importante problématique. La continuité des soins nutritionnels doit devenir autre chose qu'un autre beau terme à la mode. Il doit se traduire en services professionnels de qualité en matière de nutrition là où le besoin se manifeste. C'est une question de respect et de protection du public.

1 Vieillesse et santé, Rapport du secrétariat, 4 avril 2002, [http://www.who.int/gb/EB\\_WHA/PDF/WHA55/ea5517.pdf](http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/ea5517.pdf)

2 Code des professions (Article 37.1 b).

treatment (OPDQ Information Guide). Considering the context of care delivery specific to the healthcare network, this task can be carried out by a different dietitian/nutritionist so as to ensure that this activity is continued until the target objectives have been reached. Continuity of nutritional care can only be effective if interventions occur regularly and are adapted to the needs of the patient (paraphrase of Saarento, 1998).

However, not everyone has access to the care associated with this noble principle. Quebec's healthcare network has a limited capacity for effectively providing continuity of nutritional care throughout the province. OPDQ has already met with the Health Minister's Office and expects to do so again this fall with the objective of pursuing its efforts to increase awareness about this major issue. Continuity of nutritional care must become something more than another pretty-sounding buzzword. It must translate into high-quality professional nutritional services wherever the need arises. It is a question of respecting and protecting the public.

1 Ageing and Health, Report by the Secretariat, April 4, 2002, [http://www.who.int/gb/EB\\_WHA/PDF/WHA55/ea5517.pdf](http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/ea5517.pdf)

2 The Professional Code (Section 37.1 b).



## L'OPDQ se dote de nouvelles règles d'éthique concernant la publicité faite via ses publications

La capacité de gérer stratégiquement les communications et les relations publiques est fondamentale pour l'OPDQ afin de ne pas porter ombrage à son mandat de protection du public. Au cours des dernières années, des critiques dans les médias se sont exprimées à l'endroit des diététistes pour leurs rapports considérés trop étroits avec l'industrie agro-alimentaire. Cette mauvaise presse entame la confiance du public dans la profession. Fondé ou non, le doute qu'elle laisse ainsi planer dans le public s'est révélé suffisant pour que l'Ordre y voit le besoin de repenser sa relation avec ses partenaires, commanditaires et annonceurs, désireux de se faire connaître auprès des professionnelles de la nutrition humaine et de l'alimentation.

Sous l'impulsion du comité éditorial de la revue, l'Ordre a réalisé au cours des six derniers mois un exercice de réflexion au sujet de sa politique concernant le contenu publicitaire autorisé à paraître dans ses publications. Après avoir fait un survol des publications existantes dans l'univers des ordres professionnels, l'idée a surgi de se doter de règles distinctes selon le type de support publicitaire; c'est-à-dire public ou privé (réservé exclusivement aux membres de l'Ordre). Pour ce faire, des partenaires annonceurs ont été invités à participer à l'un des groupes de discussion créés dans le but de connaître leurs opinions et commentaires relatifs à ce projet de politique. Cet exercice s'est avéré très instructif et aura permis d'apporter certains ajustements au projet.

Les principes directeurs de la nouvelle politique relative aux publicités faites par le biais de la revue «**NUTRITION — science en évolution**», et du bulletin d'information **CONTACT** se résument comme suit :

- les annonceurs peuvent diffuser une publicité corporative permettant de faire connaître leur entreprise, sa mission et ses objectifs d'affaires ;
- les annonceurs peuvent diffuser un publi-reportage, c'est-à-dire une publicité présentée sous forme d'article ou de reportage, à la condition que l'annonce soit clairement identifiée « publi-reportage » et que le message soit signé par une diététiste ou un membre d'un ordre professionnel qui engage sa responsabilité professionnelle en fondant sa position sur des faits probants reconnus dans la littérature scientifique ;
- les annonceurs ne peuvent plus faire la promotion spécifique d'un ou des produit(s) commercial(aux) pharmaceutique(s) ou alimentaire(s) ou d'une marque de commerce dans la revue, le bulletin ou le siteWeb.

L'OPDQ se réserve le droit d'accepter ou de refuser une annonce qui serait susceptible d'être dérogatoire à la dignité de la profession, d'induire le public en erreur ou de créer une fausse impression. Il importe de souligner que le fait d'accepter la diffusion d'une publicité ne signifie aucunement que l'OPDQ endosse l'entreprise ou son message.

Les annonceurs désireux de présenter un ou des produits dans le but d'informer les diététistes, notamment les données techniques ou nutritionnelles les concernant, pourront le faire au moyen d'une insertion, d'un envoi postal sous pli séparé ou de l'Extranet réservé aux membres de l'OPDQ.

Notre nouvelle revue ayant désormais un mandat de formation continue, il importait de préserver son indépendance professionnelle à l'instar du virage que semblent vouloir prendre les organismes médicaux et l'industrie pharmaceutique qui se sont récemment entendus pour la première fois sur un code d'éthique conjoint.

Sur le plan éthique, l'OPDQ était soucieuse que ses règles soient cohérentes avec les règles déontologiques qu'il édicte pour ses membres. C'est maintenant chose faite dans le respect de nos partenaires et dans l'intérêt du public.



### La continuité des soins nutritionnels



Depuis déjà quelques années, on parle de virage ambulatoire, continuité des soins, réseaux de services intégrés afin de permettre aux patients une guérison près de leurs proches dans leur milieu de vie. Le but ultime n'en demeure pas moins de diminuer les coûts hospitaliers.

Nous sommes-nous posé la question si ces patients étaient prêts à assumer la responsabilité de leur guérison? Pendant longtemps, le malade était pris en charge par le personnel médical sans être impliqué dans son traitement et voilà que maintenant nous espérons qu'il s'investira de façon autonome dans son processus de guérison.

Je ne veux pas éteindre le feu de la continuité des soins. Au contraire, j'espère vraiment l'émergence de cette idéologie mais je désire simplement vous rappeler que nous soignons des personnes avec un bagage complexe et non seulement une maladie. Il faut donc pour cela une planification de congé centrée sur le malade et ses proches afin de

répondre le plus adéquatement possible aux besoins mais aussi aux insécurités de ces derniers, les acteurs principaux de ce combat contre la maladie.

Bien entendu, une bonne communication entre les différents intervenants des établissements est primordiale afin d'offrir un service optimal. Les nutritionnistes du réseau de la santé se sont demandées comment offrir cette continuité de soins alors qu'il n'y avait pas toujours de ressources sur place. De là, se sont formés des groupes de travail.

Ce dossier se veut une présentation des moyens afin d'arriver à une continuité harmonieuse des soins nutritionnels. Michèle Cossette vous présentera les objectifs, la mission et les projets de la table de concertation de Montréal. Puis, Nadine Bergeron vous dressera un portrait des réseaux de services intégrés avec un exemple à l'appui. Enfin, Josiane Cyr vous présentera comment intégrer le milieu privé par l'entremise des groupes de médecine familiale. Je vous souhaite donc une bonne lecture. Et permettez-moi de saluer cette grande dame qui nous a quittés. Nous continuerons votre œuvre; de faire rayonner la nutrition comme vous nous l'avez si généreusement montré avec humilité.

*Merci, madame Suzanne Simard-Mavrikakis, et au revoir!*

Josée Pelletier, Dt.P.

Responsable du dossier

Membre du comité éditorial

#### Erratum

##### Volume 1 no 1, page 17 Dossier: L'évaluation de l'état nutritionnel

La formule aurait dû se lire comme suit:

$$\text{Bilan azoté (g/24 h)} = \frac{\text{protéines ingérées (g/24 h)}}{6,25} - \left[ \left( \frac{\text{urée urinaire (mmol/24 h)}}{35,7} \right) + 4\text{g azote} \right]$$

## NUTRITION

science en évolution

Volume 1, numéro 2, automne 2003

### Ordre professionnel des diététistes du Québec

1425, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 703  
Montréal (Québec), H3G 1T7

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, MBA, Adm.A.

#### Comité éditorial

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

#### Coordination

Lise Tardif, adjointe aux communications  
et au service à la clientèle

#### Rédaction

Anne-Geneviève Allaire, Marie-Élaine Anctil, Nadine Bergeron, Michèle Cossette, Marthe Côté-Brouillette, Josiane Cyr, Paul-Guy Duhamel, Michèle Houde Nadeau, Jean-Philippe Legault, Michel Lucas, Josée Pelletier, Janick Perreault, Olivier Receveur, Caroline Trudeau, Maggie Vallières.

#### Réviseurs

Tous les articles sont révisés par des pairs.

#### Direction artistique

Cindy Goulet, Le Groupe Pro Santé Inc.

#### Production

Le Groupe Pro Santé Inc.

#### Photo couverture

© Denis Paquet, photographe

#### 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

Isabelle Ferland  
Téléphone : (450) 679-0540 poste 8796 ou le (450) 447-4992

#### Abonnement

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

#### Mise en garde

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

#### Invitation à toutes et à tous

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

#### Gestion de la revue

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

#### Dépôt légal

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

# La concertation pour la continuité des soins nutritionnels

Michèle Cossette, Dt.P., M.Sc. (microbiologie et immunologie), nutritionniste, CLSC des Faubourgs pour la Table de coordination des soins nutritionnels de la région de Montréal-Centre

## Les besoins

En 1999, le regroupement des diététistes en santé communautaire des régions 05-06-07-13-14-15-16 a identifié la continuité des soins nutritionnels comme dossier prioritaire. La région de Montréal-Centre étant la plus complexe, cette région a été ciblée pour l'établissement d'une table de concertation. Le 24 mars 1999, une première réunion a eu lieu et regroupait des diététistes cliniciennes de différents milieux du réseau de la santé. Une telle rencontre a permis aux cliniciennes œuvrant dans divers types d'établissements d'échanger sur leur pratique, de mieux comprendre les limites et les contraintes de chacune et de cerner la réalité d'établissements ayant des vocations et des organisations différentes. Le fait de se regrouper permet d'avoir une vue d'ensemble des difficultés reliées à l'accès et à la continuité des soins nutritionnels dans le réseau de la santé. En juin de la même année, un exécutif constitué de diététistes de CLSC, de CHSLD, de CHCD et de CR a été mis sur pied.

## La mission et les objectifs

En septembre 1999, la mission de la Table de concertation a été définie comme suit : « assurer la continuité des soins nutritionnels dispensés par les diététistes cliniciennes entre les différents établissements de la région de Montréal-Centre ». Les objectifs de la Table de concertation sont d'améliorer la communication entre les diététistes cliniciennes des différents établissements de chaque sous-réseau et de sensibiliser les instances décisionnelles à la problématique de la non-continuité des soins.

## Le fonctionnement

Depuis l'année 2000, la Table de concertation se réunit deux fois par année. Entre ces réunions, l'exécutif entreprend et poursuit les actions jugées prioritaires par les membres de la Table. Des comités *ad hoc* sont formés au besoin.

## Les réalisations — Les outils de communication

Afin de faciliter les communications, un bottin des diététistes en CLSC spécifiant les secteurs

d'intervention (périnatalité, consultations pour les adultes autonomes, soins à domicile) est mis à jour régulièrement et remis aux membres. Suite à des démarches entreprises auprès de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre, une section nutrition a été ajoutée à la version informatique du formulaire de référence inter-établissement. Un module nutrition permettant une note de transfert commune y sera également ajouté. De plus, le comité scientifique mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour réviser l'outil d'évaluation multiclientèle (qui remplace le CTMSP) a inclus la nutrition dans ses objectifs suite aux représentations de la Table de concertation.

## La sensibilisation des diététistes par une meilleure connaissance des mécanismes de référence

Afin d'assurer une meilleure continuité des soins et sensibiliser les diététistes à l'importance de référer, deux projets ont été mis sur pied. Une enquête sur les références inter-établissements a été effectuée à l'automne 2000 et 2002 auprès des diététistes des différents établissements du réseau afin de connaître les mécanismes de référence utilisés et la proportion de diététistes qui réfèrent lors des transferts des patients. Une nouvelle enquête sera faite à l'automne 2003 pour évaluer et comparer l'état de la situation.

D'autre part, un projet impliquant les stagiaires en nutrition de l'Université McGill a débuté en 2002. Ce projet avait pour but de sensibiliser les stagiaires de niveaux 3 et 4 à l'importance de la continuité des soins nutritionnels. Les résultats de cette première étude nous ont permis de constater que les futures diététistes ne savent pas déterminer si le patient a besoin d'un suivi nutritionnel, et que lorsque c'est le cas, elles ne savent pas comment assurer le transfert du patient. En 2003, nous pourrions compter sur la collaboration de l'Université de Montréal et les échanges se poursuivront avec les deux universités montréalaises afin de mieux préparer les stagiaires à assurer la continuité des soins nutritionnels.

## La sensibilisation des instances décisionnelles

La première démarche entreprise fut de préparer une lettre-type s'adressant aux directeurs d'établissements de santé qui n'offrent pas de services en nutrition afin d'assurer la continuité des soins nutritionnels aux patients qui sont transférés et pour qui ces soins sont essentiels. Cette lettre les avise qu'un patient transféré dans leur établissement a besoin d'un suivi nutritionnel et demande à l'établissement de solutionner ce problème. La nutrition n'étant pas incluse jusqu'à ce jour dans le panier de services de base des CLSC, ceux-ci ne sont pas tenus d'offrir le service. Au niveau provincial, plusieurs contacts ont été effectués auprès du ministère de la Santé et de l'Association des CLSC et CHSLD afin d'inclure la nutrition dans le panier de services de base. Au moment du changement de gouvernement en avril 2003, la nutrition était enfin incluse dans le panier de services de base des CLSC. Une fiche technique résumant l'offre de services en nutrition a été remise au ministère de la Santé. Des demandes spécifiques ont également été faites auprès de la Régie régionale de Montréal-Centre afin de répondre à la demande de services et de suivis nutritionnels pour des problématiques précises. Une coordination de l'organisation des soins nutritionnels pour l'alimentation entérale et la dysphagie a été demandée à la Régie régionale de Montréal-Centre. Des démarches ont également été entreprises pour une coordination de la formation et des services nutritionnels pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et l'insuffisance cardiaque au niveau régional.

## Conclusion

Les diététistes-cliniciennes peuvent mieux cerner les difficultés reliées à la continuité des soins nutritionnels dans l'ensemble du réseau de la santé suite à leur participation à une table de concertation. Une réflexion commune permet de se doter d'outils pour faciliter le travail dans chacun des milieux. De plus, un bon portrait global de la situation facilite l'intervention auprès des décideurs. ☺

# Les réseaux de services intégrés (RSI) — Une solution intéressante et prometteuse

Nadine Bergeron, Dt.P., Hôpital Charles LeMoine

## Introduction

La stratégie d'intégration des interventions pour garantir les soins et services nous convie à une transformation stimulante de nos modes de fonctionnement. Elle nous appelle tous à répondre de façon adéquate aux besoins de la population en faisant abstraction des structures qui dénaturent l'objet ultime de notre mission commune<sup>1</sup>.

Ces nouveaux modes de fonctionnement nous permettent d'avoir des approches concertées et intégrées. Nous voulons éviter la vision fragmentée et le fonctionnement en silo qui caractérisent actuellement notre réseau. Ils ont pour effet de susciter de la tension et même une compétition malsaine entre les acteurs au détriment d'une collaboration efficace et centrée sur une réponse appropriée aux besoins des personnes<sup>1</sup>. Dans ce texte, nous explorerons les différentes problématiques de santé de la population en Montérégie, qui ont amené les hautes instances à créer des réseaux de services intégrés (RSI). Nous verrons une des définitions ainsi que certains avantages des réseaux de services intégrés, puis nous vous présenterons un exemple de projet en insuffisance cardiaque à l'Hôpital Charles LeMoine.

## Historique

Le **portrait de la population** a beaucoup changé depuis les quinze dernières années. Comme nous le savons, la population totale du Québec est en constant accroissement. En Montérégie, elle s'élève à 1,3 million de personnes ce qui constitue la deuxième région la plus peuplée après Montréal-Centre.

La composante la plus significative de cet accroissement est l'augmentation du nombre de Montérégiens âgés. Nous vivons de plus en plus vieux. En Montérégie, les personnes âgées représentaient 9,2% en 1991 et leur proportion augmentera à 15,2% en 2011, et il en va de même pour le reste du Québec. Par contre, la prévalence des incapacités chez les personnes âgées augmente plus rapidement en Montérégie et à Laval que dans les autres régions du Québec. Mentionnons que la ruralité côtoie l'urbanité en Montérégie. Cette dimension rejoint également d'autres régions québécoises<sup>3</sup>.

En ce qui a trait à l'**état de santé** de la population, nous remarquons une augmentation des personnes atteintes de maladies complexes (**voir tableau de l'INSP**<sup>3</sup>), souvent de nature chronique, et ce, dans toutes les régions. On fait référence à certaines maladies comme le cancer, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), l'insuffisance cardiaque, la maladie d'Alzheimer, l'asthme, le diabète et certaines maladies mentales. Ce sont « des maladies progressives, souvent irréversibles, ayant un impact de plus en plus marqué sur les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des personnes atteintes et de leurs proches<sup>1</sup> ».

Les coûts de traitements et d'interventions pour ces maladies sont très élevés. Les taux de fréquentation à l'urgence des centres hospitaliers sont à la hausse et les durées moyennes de séjour de ces patients sont généralement importantes, engendrant des coûts substantiels pour le réseau de la santé.

Dans la **pratique professionnelle**, au début des années 1990, nous étions à l'aube du virage ambulatoire. Le réseau de la santé souhaitait que le patient reçoive ses soins et services le plus près possible de son milieu de vie. Il y a eu décentralisation des services et émergence de nouveaux besoins en soins et services. De nou-

Tableau de l'INSP — État de santé

Tableau de l'INSP — État de santé		
<b>Santé générale et bien-être</b>		
<b>Population se percevant en moyenne ou en mauvaise santé (%)</b>	<b>1987</b>	<b>1998</b>
Total (15 ans et plus)	11,4	11,0
Hommes (15 ans et plus)	10,4	10,4
Femmes (15 ans et plus)	12,2	11,7
<b>Prévalence des principaux problèmes de santé (%)</b>		
Maux de tête	8,4	11,8
Arthrite ou rhumatisme	10,0	11,8
Autres allergies	6,5	10,3
Maux de dos ou de la colonne vertébrale	7,7	10,2
Rhinite allergique	6,0	9,4
Allergies ou affections cutanées	7,9	9,1
Hypertension artérielle	6,3	8,5
Accidents avec blessures	ND	7,8
Autres affections respiratoires	4,1	5,4
Troubles digestifs fonctionnels	3,9	5,0
Asthme	2,3	5,0
Maladies cardiaques	4,1	4,6
<b>Taux ajusté d'incidence du cancer (p. 100 000)</b>	<b>1984 - 1988</b>	<b>1994 - 1998</b>
Ensemble des sièges	419	424
Estomac	16	11
Côlon et rectum	60	56
Pancréas	12	11
Poumon	73	76
Sein chez la femme	98	111
Prostate	89	99
Vessie	21	21

velles équipes de professionnels se sont créées, l'approche interdisciplinaire est devenue de plus en plus présente et active. L'objectif poursuivi était (et demeure) que « le patient participe activement à la prise en charge de sa maladie<sup>1</sup> ».

C'est dans cette optique que la perspective d'intégration des interventions fut retenue et mise en application pour quelques clientèles dans certaines régions. Le RSI se définit comme étant « l'ensemble de services et interventions de qualité, organisés et dispensés sur un territoire donné<sup>4</sup> ». « Les intervenants interagissent, communiquent, se coordonnent et acceptent de coopérer pour offrir en collaboration des services qui se rapprochent le plus des besoins de la clientèle<sup>4</sup> ». Les équipes maintiennent des articulations serrées avec tous les partenaires du réseau, qu'ils soient publics, privés ou communautaires, en plus des autres composantes. Les avantages d'un bon RSI sont « la qualité et l'efficacité ».

C'est un continuum de soins et services exportables pour différentes clientèles, diagnostics, milieux et territoires. Il faut se rappeler que l'organisation de telles structures de soins et services suppose une réelle concertation, un partage des responsabilités et des valeurs reliées à la qualité des soins et services afin d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies<sup>5</sup>.

En Montérégie, dans la sous-région de Longueuil, sont regroupés deux hôpitaux et cinq CLSC qui ont des RSI bien implantés. Les MPOC, les plaies chroniques, les prothèses totales de la hanche et du genou, l'insuffisance cardiaque, l'alimentation entérale à domicile sont tous des exemples de RSI actifs. Toutefois, les services nutritionnels y sont insuffisants pour de multiples raisons : manque de ressources et inégalité dans la distribution des ressources en CLSC, CH et CHSLD, budgets « tagués\* » dans certains programmes, orientations divergentes des hautes directions, etc. Pourtant, nous savons pertinemment que nos interventions nutritionnelles évitent ou diminuent de façon significative les séjours hospitaliers.

La détermination de la clientèle visée ainsi que l'ensemble des soins et services à offrir aux niveaux local et régional nous permettent d'établir dans un premier temps les rôles de la gouverne, ceux des organisations, les rôles des multiples acteurs de même que ceux des patients pour mieux cibler les futurs objectifs du RSI.

Voici quelques exemples d'avantages qu'un RSI peut procurer aux intervenants et aux organisations<sup>2,5,6,9</sup> :

- optimisation des services de tous les établissements qui sont partenaires ;
- association des partenaires aux différents programmes et protocoles d'entente ;
- développement et partage d'outils de travail en collaboration avec les intervenants pour les établissements des différents milieux ;
- diminution de la durée et ainsi des frais de séjour à l'hôpital ;
- approche multidisciplinaire et interdisciplinaire, partage des connaissances et des compétences entre les intervenants et les établissements ;
- efficacité dans les soins et services : offrir le bon service au bon moment par la bonne personne au meilleur coût.

Les usagers peuvent quant à eux profiter des avantages suivants<sup>5,6,9,11</sup> :

- prise en charge rapide par une équipe multidisciplinaire ;
- continuum de soins et services ;
- facilitation dans le retour à domicile ;
- accès à une meilleure expertise ;
- approche éco-systémique (faisant référence à une vision globale de la personne comprenant un ensemble de ses conditions de vie, de ses habitudes de vie et de son milieu de vie).

### Les nutritionnistes dans les RSI

En matière d'harmonisation des soins et services de nutrition, beaucoup de choses restent encore à définir :

- comment organiser les services nutritionnels sur une base territoriale ;
- comment définir le développement d'un RSI de soins nutritionnels dans le cadre des stratégies de planification de la région régionale, des établissements et de la communauté ;
- comment dispenser les services nutritionnels dans le contexte d'une reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux ;
- comment assurer l'accessibilité et la continuité des soins et services nutritionnels.

Ces interrogations nous poussent à innover. Un groupe de travail de nutritionnistes pour la

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

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

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

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

**DALE**  
**PARIZEAU**  
**LM**  
Cabinet de services financiers

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

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

[www.dplm.com](http://www.dplm.com)

continuité des soins nutritionnels s'est formé il y a plus de cinq ans en Montérégie, comme dans plusieurs autres régions d'ailleurs. En impliquant les nutritionnistes des différents milieux de soins (centres hospitaliers, CLSC et CHSLD), le groupe poursuit son travail pour l'instauration de mécanismes nouveaux en vue d'assurer la continuité des soins nutritionnels et d'établir un réseau de communication efficace et rapide entre les différents établissements<sup>7</sup>.

Bien que ces réalisations soient positives, on est encore loin du RSI tel que défini dans les orientations ministérielles, intégrant systématiquement les services de nutrition des différents milieux. Des initiatives intéressantes sont toutefois de plus en plus fréquentes, comme en fait preuve le projet de RSI nutritionnel au programme d'insuffisance cardiaque à l'Hôpital Charles LeMoine.

\* l'expression « tagué » fait référence à un budget très spécifique pour une clientèle prédéterminée.

## Projet de RSI à l'Hôpital Charles LeMoine

Un comité (incluant un intervenant du service de nutrition clinique) a été mis sur pied pour réviser le programme d'insuffisance cardiaque. Le but est de mettre en place des ententes régionales facilitant la gestion intégrée des épisodes de soins dans une approche de type continuum de soins entre les centres hospitaliers et les CLSC<sup>8</sup>. Ces ententes regrouperaient non seulement le personnel infirmier et médical, mais aussi les autres professionnels, dont les nutritionnistes. Le **tableau 3** (page 11) montre le cheminement clinico-nutritionnel proposé ainsi qu'un résumé des principales activités nutritionnelles associées à chaque phase. Une bonne définition des standards de pratiques, des rôles des nutritionnistes et des objectifs de traitement nutritionnels attendus pour chacune des étapes permet d'éviter la duplication.

Actuellement, les services de nutrition sont concentrés et dispensés 1,5 journée sur 5, soit lorsque le médecin spécialiste reçoit les patients. Le cheminement clinico-nutritionnel est très compliqué entre l'unité de soins, la clinique d'insuffisance cardiaque et le suivi à l'externe. Le patient est vu en moyenne 5,5 fois par année en nutrition à la clinique du programme. Une première rencontre est utilisée pour l'évaluation globale et les autres le sont pour des suivis (**voir tableau 1**). Le temps accordé pour réaliser les activités est trop court et les patients se retrouvent souvent inondés d'informations. Le pourcentage de rétention de l'information est très faible. Étant donné que la moyenne d'âge des usagers fréquentant la clinique est de 73 ans et que près de la moitié d'entre eux sont diabétiques, 34 % sont IR, 31 % MPOC et 27 % dénutris (**voir tableau 2**),

il nous est impossible d'atteindre les objectifs de traitements nutritionnels négociés entre le patient et la nutritionniste.

## Conclusion

Le cheminement suggéré par les RSI implique une étroite collaboration entre les nutritionnistes des différents milieux afin d'offrir à la clientèle visée un suivi adapté et uniforme. Il est également important que les nutritionnistes participent aux rencontres préparatoires à la mise en œuvre d'un RSI dans leur milieu et dans leur région. Vu leur expertise spécifique, les nutritionnistes peuvent apporter leur savoir et leur vision propre.

Il est tout à notre avantage de s'investir dans les RSI et d'établir des groupes de travail de nutritionnistes dans chacune des régions pour assurer et maintenir la continuité des soins nutritionnels. L'importance du réseau et de ses liens de communication est primordiale dans nos nouvelles façons de travailler.

Pour ce qui est du futur, il est permis de souhaiter un jour l'émergence de « nutritionnistes-pivots » responsables des RSI d'une région impliquant des services nutritionnels pour permettre d'assurer :

- la qualité des soins et services aux patients ;
- les compétences et expertises ;
- l'accessibilité des services ;
- l'allocation des ressources ;
- la gestion des résultats ; ...

Voilà un beau projet d'avenir, non ? ☺

## Références

1. Les solutions émergentes, rapport et recommandations. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec, décembre 2000.

2. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2001.
3. Le portrait de santé. Le Québec et ses régions, synthèse québécoise, Institut national de santé publique, édition 2001.
4. Plan stratégique 2003-2006. Pour une garantie des services, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, février 2003.
5. Soins et services intégrés du groupe de sept, Sous-région de Longueuil, janvier 2002.
6. Suivi intégré CH-CLSC pour la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque, CLSC Longueuil-Est, Pauline Plourde inf. porte-parole, 2002.
7. Groupe de travail des diététistes-nutritionnistes pour la continuité des soins nutritionnels en Montérégie.
8. Comité insuffisance cardiaque (CIC), Hôpital Charles LeMoine, juin 2003.
9. L'expérience SIPA. Une pratique avancée interdisciplinaire ancrée dans la communauté, septembre 2002.
10. Demonstrating the impact of nutrition intervention in a heart failure program, JADA, décembre 2002, volume 102, numéro 12.
11. Avis de la Commission multidisciplinaire régionale. Plan stratégique 2003-2006, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, février 2003.

**Tableau 2**  
Profil des usagers inscrits au programme d'insuffisance cardiaque depuis 1999

Clientèle active		
Dossiers ouverts	163	%
Décès	30	18 %
Patients non suivis	18	13 %
115 patients sont actuellement suivis au programme d'insuffisance cardiaque		

## Âge et sexe des patients

Hommes	103
Femmes	60
Âge moyen	72-74

## Diagnostics associés

Diabète	45 %
Insuffisance rénale	34 %
MPOC	31 %
Dénutrition ou à risque de dénutrition	27 %

## Fraction d'éjection (VES) des patients suivis

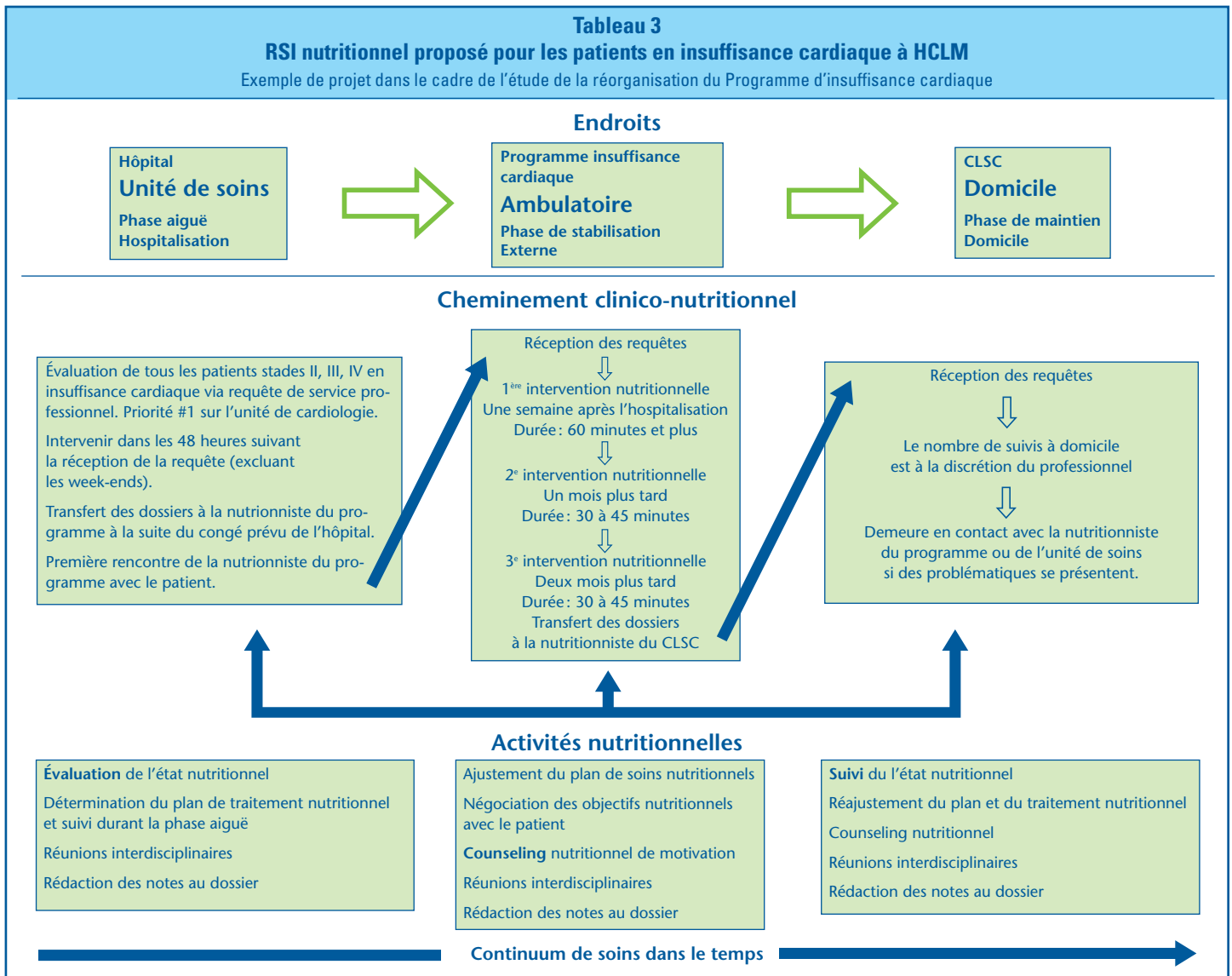
FE: 0-15 %	4 %
FE: 16-30 %	60 %
FE: 31-50 %	26 %
FE: 51 et +	10 %

Chaque patient prend en moyenne 8,7 médicaments, excluant les suppléments de vitamines et de minéraux

**Tableau 1 — Activités nutritionnelles dispensées**

Depuis l'ouverture de la clinique d'insuffisance cardiaque en 1999, tous les patients sont vus par la nutritionniste. Il a été recensé qu'un patient vient en moyenne 5,5 fois par année pour les interventions suivantes :

	1 <sup>ère</sup> intervention	Interventions suivantes
<b>Durée</b>	60-90 minutes	10-15 minutes
<b>Activités</b>	Évaluation Plan de soins nutritionnels Counseling Objectifs	Suivi Révision du plan Counseling
	Rendez-vous fixé par l'infirmière	À chaque rendez-vous médical



# Diabète

la nouvelle

# ÉPIDÉMIE





Diabète Québec

Renseignements et dons :

(514) 259.3422 ou 1.800.361.3504

[www.diabete.qc.ca](http://www.diabete.qc.ca)

## Continuité des soins et pratique privée en nutrition

Josiane Cyr, Dt.P., vice-présidente directrice générale, Groupe Effiscience

La pratique privée en nutrition est un phénomène relativement nouveau et encore quelque peu marginal. À l'heure actuelle, 20,5% des membres de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) œuvrent en bureau privé<sup>1</sup>. De ce nombre, seulement le quart affirment avoir ce type de pratique à temps complet. Par ailleurs, la grande majorité des diététistes/nutritionnistes en privé, que ce soit à temps complet ou à temps partiel, font de la consultation individuelle.

### 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

C'est cette réalité, dans une optique de continuité des soins, que je tenterai de décrire.

La continuité des soins ne va pas toujours de soi pour les diététistes qui œuvrent en privé. D'une part, l'accessibilité de la population à une couverture par les assurances collectives se fait encore attendre. Plusieurs plans, qui couvrent par ailleurs largement les naturopathes et naturothérapeutes, n'incluent toujours pas les diététistes/nutritionnistes, ce qui incite plusieurs clients potentiels à se tourner vers d'autres

ressources ou à ne pas consulter. Il m'est arrivé en certaines occasions au cours de ma pratique de rencontrer des individus, notamment des personnes diabétiques, diagnostiquées depuis plusieurs années, n'ayant jamais bénéficié des conseils d'une diététiste/nutritionniste. Ces personnes étaient tout simplement passées à travers les mailles du filet. Dans d'autres cas, les patients n'avaient eu qu'une seule rencontre, ce qui est nettement insuffisant pour les aider à effectuer le virage nutritionnel requis par leur état.

D'autre part, le client qui se présente en cabinet privé pour une rencontre initiale n'est pas toujours en mesure d'éclairer la diététiste/nutritionniste sur le diagnostic précis le concernant ou de lui fournir des détails sur ses examens de laboratoire. En effet, il n'est pas rare que le client consulte en dehors du centre médical où il consulte habituellement son médecin, ce qui prive la diététiste/nutritionniste du dossier médical. Bien sûr, la diététiste/nutritionniste peut par la suite demander des précisions au client à ce sujet et, au besoin, elle peut contacter directement le centre médical ou le médecin traitant afin d'obtenir ces informations. Ce problème lié à la fragmentation des services de soins de santé n'est pas le propre des diététistes/nutritionnistes, mais touche l'ensemble du système de santé. Comment en arriver à ce que toute personne dont l'état nécessite une intervention en nutrition puisse consulter une diététiste/nutritionniste dans les délais requis? Et surtout, comment assurer un meilleur suivi du patient, peu importe le milieu dans lequel il consulte?

Une des avenues qui suscite présentement

« Un des buts avoués des GMF est d'établir des liens avec d'autres professionnels »

beaucoup d'intérêt est celle des Groupes de médecine de famille (GMF). En réponse aux recommandations du rapport de la Commission Clair, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) annonçait en mai 2001 la mise sur pied de Groupes de médecine de famille<sup>2</sup>. Ces groupes, composés de médecins omnipraticiens travaillant en équipe et d'infirmières affiliées à un CLSC, ont pour mission première d'offrir une gamme de services définis à des citoyens qui les auront choisis. Les médecins proviennent soit d'une clinique médicale, soit d'un CLSC, soit d'une unité de médecine familiale.

La particularité de ce concept est un engagement mutuel entre une personne inscrite et le médecin de famille qu'elle a choisi. Cet engagement a pour but, d'une part, de fidéliser le patient à un seul médecin ou groupe de médecins et, d'autre part, de permettre au médecin d'assurer un meilleur suivi de ce patient. Les avantages pour le patient sont nombreux, notamment : meilleure accessibilité à un médecin de famille, lien privilégié avec le médecin et l'équipe professionnelle du GMF, meilleure coordination des services, accès à une information médicale personnalisée, meilleur suivi du dossier en cas d'admission dans un centre d'hébergement. Pour le médecin, ce type d'entente présente aussi des côtés attrayants : clientèle stable, renforcement du lien médecin-patient, partage des responsabilités au sein du GMF, meilleure connaissance des besoins des patients inscrits et responsabilisation accrue du patient. Par ailleurs, les services offerts incluront des services de médecine familiale avec et sans rendez-vous, des soins à domicile pour les personnes en perte sévère d'autonomie, des soins prénataux et postnataux, ainsi que des activités de prévention des maladies et de promotion de la santé, d'éducation et d'information. En effet, le GMF peut établir des stratégies d'intervention ciblées pour des problèmes spécifiques en fonction du profil de sa clientèle.

Ce qui lie entre eux les médecins membres d'un GMF, c'est notamment le fait d'avoir une approche semblable, propice à une continuité des soins à l'intérieur même du GMF. En effet,

en l'absence du médecin attiré d'un patient, un autre médecin du groupe pourra assurer le suivi du dossier. Ce partage du travail au sein d'un GMF favorisera bien sûr une meilleure connaissance des besoins du patient inscrit et un meilleur suivi de ce patient.

L'avènement des GMF dans le paysage du système de santé au Québec peut cependant soulever chez les diététistes/nutritionnistes de nombreuses questions. Les médecins impliqués dans les GMF référeront-ils davantage de patients en nutrition? Les diététistes/nutritionnistes en milieu privé seront-elles intégrées dans les équipes interdisciplinaires? Les affiliations avec les CLSC ne risquent-elles pas de dévier les patients vers les ressources déjà insuffisantes de ces établissements? Plusieurs aspects liés au fonctionnement des GMF me semblent prometteurs pour les diététistes, notamment pour celles qui œuvrent en pratique privée. Une des particularités des GMF repose sur le développement d'une approche interdisciplinaire. L'établissement d'une dynamique de groupe au sein du GMF devrait ainsi à la longue favoriser auprès des médecins des comportements qui optimisent les échanges entre professionnels. En effet, un des buts avoués des GMF est d'établir des liens avec d'autres professionnels, notamment les pharmaciens et les travailleurs sociaux. Certes, l'établissement de liens professionnels plus étroits avec les membres de l'équipe du GMF dépend en grande partie de la diététiste/nutritionniste. C'est à elle de définir son rôle et sa place au sein d'une telle équipe et de proposer des modes de fonctionnement qui feront appel

à ses compétences. À ce stade, l'innovation, le dynamisme et l'initiative prennent tout leur sens. Car, bien que dans l'ensemble les modalités de fonctionnement des GMF aient été établies dans les grandes lignes, il reste beaucoup à faire pour définir clairement et précisément les rôles dans une perspective à long terme.

Concrètement, comment les diététistes/nutritionnistes œuvrant en clinique privée et notamment au sein des GMF pourraient-elles participer à améliorer la continuité des soins? Plusieurs avenues sont à explorer. L'une d'entre elles serait d'assurer un maillage plus étroit avec les CLSC et les hôpitaux, afin d'éviter que des personnes ayant besoin de soins nutritionnels n'échappent à toute intervention. Par exemple, les patients n'ayant pu être vus dans ces milieux et bénéficiant d'assurances collectives pourraient se voir référer à des diététistes en clinique privée. Un formulaire de référence comportant les principales informations cliniques sur le patient pourrait être acheminé à la professionnelle choisie par ce dernier. Cela permettrait d'une part de désengorger les listes d'attente du réseau de la santé et de prioriser les personnes dont l'état nécessite une intervention rapide, ainsi que les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture par les assurances privées. D'autre part, ce type de collaboration favoriserait l'établissement d'une clientèle stable pour celles qui ont fait le choix de pratiquer en milieu privé. Une autre façon pour les diététistes/nutritionnistes en milieu privé de s'impliquer dans la continuité des soins consisterait à participer aux réunions

interdisciplinaires du GMF et à apporter des éléments concrets favorisant la prise en charge du patient par l'équipe médicale. Ces interventions seraient bien sûr à la charge du patient, qui aurait donné préalablement son consentement. On comprend que ce ne sont là que des pistes à explorer, tout étant relatif à chaque milieu et aussi à chaque diététiste/nutritionniste.

Présentement, près d'une quarantaine de GMF ont été accrédités pour l'ensemble du Québec. Ce nombre devait grimper à près de 300 d'ici 2005 sur tout le territoire québécois. Cela signifie, entre autres, que près de 75 % de la population sera inscrite auprès d'un médecin membre d'un GMF. Bien sûr, il s'agit d'un projet de longue haleine, dont la mise en place ne fait que débuter et dont les modalités de fonctionnement plus détaillées restent encore à définir. Le système de santé québécois traverse donc présentement une période de changements importants. Il ne tient qu'à nous, diététistes/nutritionnistes, d'en profiter pour aller de l'avant, mettre en valeur notre professionnalisme et démontrer notre savoir-faire.

*Merci au D<sup>r</sup> Jean-Guy Émond, coordonnateur Équipe de projet des Groupes de médecine de famille à la Direction générale des affaires médicales et universitaires du MSSS, pour sa collaboration.* 🍏

#### Références

- 1 Ordre professionnel des diététistes du Québec. Statistiques 2003. Tableau des membres.
- 2 Direction générale des affaires médicales et universitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux. Groupe de médecine de famille – Document synthèse. Août 2002.

# leporcduquebec.qc.ca

Une excellente source

## d'inspiration alimentaire !

Avec ses quelque 200 recettes faciles à préparer et son lot d'information nutritionnelle, **le site du Porc du Québec** vous propose toute une assiette. D'autant plus que chacune des recettes est servie sur une fiche imprimable, avec sa valeur nutritive, un menu santé et un truc pratique. De quoi vous informer, vous inspirer et vous régaler sainement ainsi que vos clients. Profitez-en !



Le Porc du Québec

La viande blanche au goût du jour !

| leporcduquebec.qc.ca

## Les acides gras essentiels pour les adultes et les apports nutritionnels de référence, un sérieux questionnement

Michel Lucas, M.Sc., candidat au Ph.D. en épidémiologie, professionnel de recherche — Unité de recherche en santé publique du Centre de recherche CHUL-CHUQ

En 2002, le comité sur les aliments et la nutrition de l'Institut de médecine de l'Académie nationale des États-Unis publiait les apports nutritionnels de référence (ANREF) sur les macronutriments, dont ceux sur les acides gras essentiels<sup>1</sup>. Santé Canada a également pris part à l'élaboration de ces recommandations. Désormais, ces ANREF remplacent les apports nutritionnels recommandés (ANR90) du Canada. L'élaboration des ANREF se fonde, lorsque possible, sur des données relatives au rôle des nutriments dans le maintien de la santé, la prévention et la diminution des maladies. Toutefois, les ANREF sur les acides gras essentiels suscitent un questionnement majeur.

### Concepts de base sur les acides gras essentiels (AGE)

Les acides gras essentiels (AGE) sont requis pour la croissance normale et l'intégrité physiologique des membranes cellulaires des mammifères<sup>2</sup>. Les AGE appartiennent à deux types distincts d'acides gras polyinsaturés (PUFA): les oméga-6 (n-6) et les oméga-3 (n-3). Les AGE ne peuvent être synthétisés en quantité adéquate par les mammifères. Seuls l'acide linoléique (AL, 18:2n-6) et l'acide alpha-linolénique (ALA, 18:3n-3) sont reconnus comme étant de véritables AGE<sup>2,3</sup>. Les familles oméga-6 et oméga-3 représentent deux chaînes parallèles et non communicantes d'acides gras métabolisés par notre organisme<sup>4</sup>. L'AL et l'ALA constituent ainsi la base des familles oméga-6 et oméga-3, respectivement (figure 1, page suivante). Ils permettent la synthèse d'acides gras hautement insaturés par l'organisme que l'on nomme HUFA, du terme anglais « Highly Unsaturated Fatty Acids ». Ce terme est utilisé pour décrire les acides gras de 20 et 22 carbones ayant 3, 4, 5, et 6 doubles liaisons<sup>6</sup>. Fait intéressant pour des nutritionnistes, les acides gras oméga-6 et oméga-3 ne peuvent provenir que de sources alimentaires. Par conséquent, leurs proportions respectives dans nos tissus seront étroitement liées à leur abondance relative dans notre alimentation<sup>7</sup>.

Les HUFA sont les grands précurseurs d'une série de messagers chimiques que l'on nomme les eicosanoïdes<sup>8</sup>. Ces substances agissent dans notre organisme à la manière d'hormones<sup>2,8</sup>. Les eicosanoïdes sont généralement synthétisés afin de répondre aux signaux intermittents des cellules. L'intensité de la réponse, une fois amorcée, sera limitée par la proportion des précurseurs (oméga-6 et oméga-3) et des inhibiteurs présents dans les tissus<sup>9</sup>. Les eicosanoïdes provenant des oméga-6 et des oméga-3 ont des

impacts variés et souvent opposés (figure 2, page suivante). En effet, ceux découlant des oméga-6 peuvent entraîner l'agrégation des plaquettes sanguines (pro-agrégantes) et l'inflammation (pro-inflammatoires)<sup>10</sup>. Par ailleurs, ceux résultant des oméga-3 ont souvent l'effet contraire<sup>11,12</sup>. La puissance des eicosanoïdes provenant des oméga-3 s'avère toutefois moindre que celle résultant des oméga-6<sup>8,13-15</sup>. Néanmoins, en réduisant la présence des précurseurs oméga-6 dans les tissus, les oméga-3 permettent de diminuer la synthèse des eicosanoïdes provenant des oméga-6<sup>15</sup>.

### Apports nutritionnels de référence, les acides gras essentiels pour les adultes

Étant donné une insuffisance d'information concernant les besoins en acides gras oméga-6 et oméga-3 chez les sujets en santé, le rapport

conclut qu'aucun besoin moyen estimé (BME) ne peut être établi à propos de ces acides gras (p. 351 ou chap. 8, p.17)<sup>1</sup>. En l'absence de ce type d'information, on a donc élaboré des apports suffisants (tableau 1) en se basant sur les apports médians en AL et ALA des Américains de la population vivant librement, chez qui la présence de déficience en AL et ALA est pratiquement inexistante (p. 367; 8-33 et p. 372; 8-38)<sup>1</sup>.

### Des évidences scientifiques non respectées

Selon W.E.M. Lands (2002), les recommandations sur les AGE du rapport de l'Institut de médecine des États-Unis ne respecteraient pas les évidences scientifiques dans ce domaine<sup>16</sup>. Dans ce rapport, on mentionne que l'acide arachidonique (AA; 20:4n-6) serait possiblement relié à plusieurs maladies chroniques (p. 348; 8-14)<sup>1</sup> et que les oméga-3 réduiraient l'AA des tissus et conséquemment les eicosanoïdes provenant des oméga-6 (p. 344; 8-10)<sup>1</sup>. On reconnaît également que les oméga-3 procureraient des effets bénéfiques au niveau des maladies cardiovasculaires, notamment l'arythmie et la thrombose (p. 339; 8-5)<sup>1</sup>, des causes majeures de décès pour les Américains<sup>1</sup>. En concurrence avec les oméga-6, l'EPA diminuerait l'action excessive des eicosanoïdes provenant des oméga-6 et permettrait d'améliorer les états thrombotiques et athérogéniques (p.359; 8-25)<sup>1</sup>. Étonnamment, on ne préconise pas de changement dans les apports médians en

**Tableau 1**  
Apports suffisants en acides gras essentiels pour les adultes de plus de 19 ans \*

Acides gras	% énergie	Hommes (grammes/jour)		Femmes (grammes/jour)	
		19-50 ans	> 51 ans	19-50 ans	> 51 ans
Oméga-6 AL	5	17	14	12	11
Oméga-3 ALA	1	1,6	1,6	1,1	1,1
EPA+DHA	0,1 <sup>a</sup>	0,16	0,16	0,11	0,11

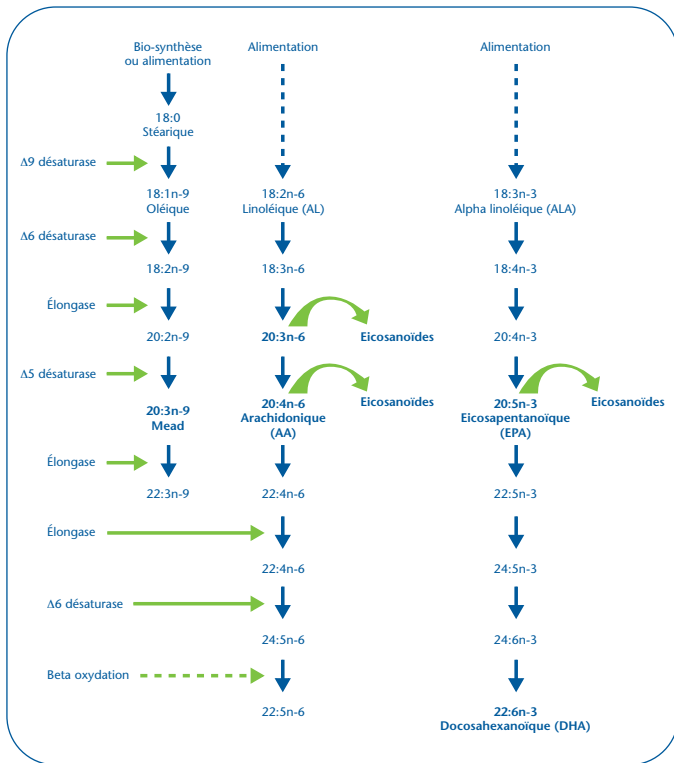
AL : acide linoléique (18:2n-6); ALA : acide alpha-linolénique (18:3n-3); EPA : acide eicosapentanoïque (20:5n-3); DHA : acide docosahexanoïque (22:6n-3).

<sup>a</sup> L'acide eicosapentanoïque (20:5n-3, EPA) et l'acide docosahexanoïque (22:6n-3, DHA) peuvent contribuer jusqu'à 10% de l'apport total en oméga-3, i.e. celui de l'acide alpha-linolénique (18:3n-3, ALA).

\* Sources : Food and Nutrition Board (FNB) of the Institute of Medicine of the National Academies. Chapter 8. Dietary Fats: Total Fat and Fatty Acids. In Dietary reference intakes for Energy, Carbohydrates, Fiber, Fats, Fatty Acids, Cholesterol, Protein and Amino Acids (Macronutrients), The National Academies Press, 2002.

<http://books.nap.edu/books/0309085373/html/14.html#pagetop>, Access date, June 2002.

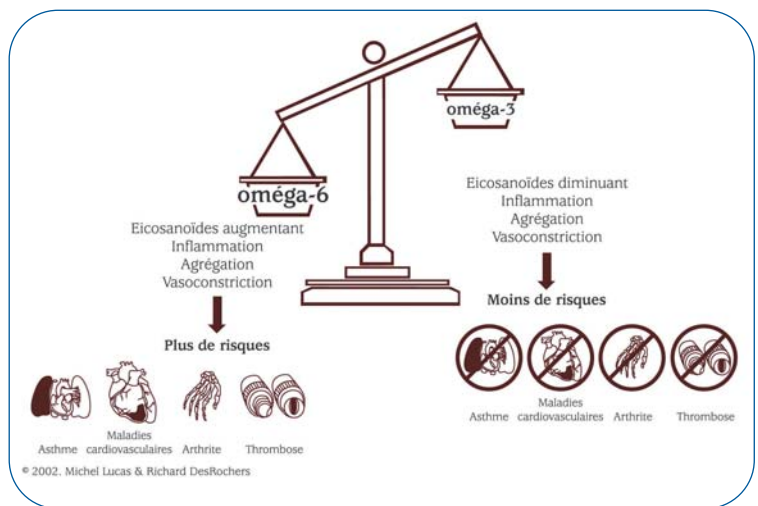
**Figure 1**  
**Métabolisme des acides gras**  
**oméga-9, oméga-6 et oméga-3**



oméga-6 et en oméga-3. Pourtant, dans ses récentes recommandations officielles, l’American Heart Association (AHA) reconnaît qu’il existe des évidences à l’effet qu’un apport quotidien de 0,5 à 1,8 gramme par jour de EPA et de DHA puisse réduire significativement toutes causes de mortalité, y compris les maladies cardiovasculaires<sup>17</sup>. En ce qui concerne l’ALA, un apport de 1,5 à 3 grammes par jour serait bénéfique selon l’AHA. De plus, l’AHA suggère que les patients ayant une maladie coronarienne documentée consomment au moins un gramme d’EPA et de DHA par jour afin de réduire leurs risques de mortalité.

Le bio-marqueur le plus couramment utilisé pour caractériser la déficience en AGE des tissus est le ratio 20:3n-9/20:4n-6. Il est principalement basé sur le transfert du métabolisme des acides gras oméga-6 vers les oméga-9. En fait, lors d’une déficience en AGE, l’organisme utilise les enzymes servant au métabolisme des acides gras oméga-6 et oméga-3 pour transformer l’acide oléique (18:1n-9) en 20:3n-9, qui normalement se trouve à l’état de trace dans les tissus en santé (figure 1). Des symptômes de déficiences cliniques en AGE apparaîtraient lorsque les valeurs de ce bio-marqueur

**Figure 2**  
**Impacts des oméga-6 et des oméga-3**  
**sur la synthèse d’eicosanoïdes et la santé**



Tiré de Lucas M. Les poissons et la santé : les oméga-3 d’origine marine. Dans Lucas M, Baribeau H, Lepage M. Santé la Gaspésie. Éd. Malisan Inc. 2<sup>e</sup> éd. 2003. ISBN : 2-9807733-1-X. Reproduit avec la permission des auteurs.

sont supérieures à 0,4<sup>18,19</sup>. Toutefois, les symptômes de déficiences cliniques en AGE seraient absents lorsque ce bio-marqueur est inférieur ou égal à 0,2<sup>2</sup>.

De récentes analyses chez les Américains démontraient que le bio-marqueur 20:3n-9/20:4n-6 est pratiquement inexistant, indiquant ainsi que les apports en oméga-6 sont amplement adéquats<sup>16</sup>. Au sein des analyses effectuées par notre unité de recherche au cours des dernières années chez plus de 3000 Québécois, aucune valeur du 20:3n-9 n’a pu être détectée<sup>20-24</sup>. Dans le rapport on admet que la déficience en oméga-6 est pratiquement inexistante dans la population sans troubles majeurs de santé (p. 367,8-33) et que les apports sont généralement bien plus élevés que les besoins pour maintenir ce bio-marqueur inférieur à 0,2<sup>1</sup>. Il est toutefois reconnu, même dans le rapport (p. 364; 8-30)<sup>1</sup>, qu’un apport sept fois plus élevé en oméga-6 est complètement adéquat (0,5 % énergie ou 50 mg/100 kcal), afin de maintenir le bio-marqueur 20:3n-9/20:4n-6 sous les valeurs recommandées<sup>25</sup>. Contre toute attente, le rapport (p. 335; 8-1) établit que l’apport médian des Américains (apport environ dix fois plus élevé que le 0,5 % démontré comme étant adéquat) peut être utilisé pour établir l’apport suffisant en AL, en mentionnant qu’à ce niveau la déficience en oméga-6 est inexistante chez les humains en santé<sup>1</sup>.

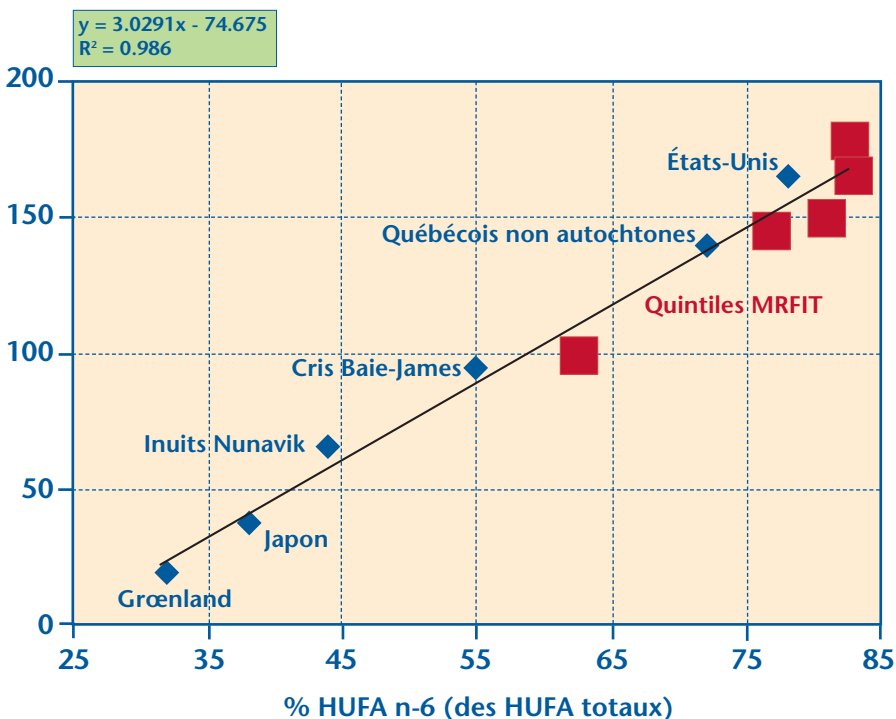
### Un questionnaire

On peut effectivement reconnaître que les apports suffisants (AS) sur les AGE permettent de prévenir les risques de déficience, mais on peut également s’interroger sur le fait que ces apports refléteraient un laxisme à l’égard de certaines évidences scientifiques dans ce domaine. En effet, la déficience en AGE est très rare dans notre société nord-américaine. De plus, des spécialistes de la Société internationale pour l’étude des acides gras et des lipides (ISSFAL) s’interrogent sur la pertinence de nommer l’AL comme étant un AGE pour les adultes puisque ceux-ci disposent d’environ 2 à 3 kilos d’AL dans leurs réserves de gras corporel<sup>26</sup>. On se questionne également sur les véritables besoins de l’organisme en AL car la plupart des études réalisées sur les besoins en AL ont été conduites avec une alimentation déficiente en AL et en ALA, donc les deux AGE; ainsi, les véritables besoins en AL auraient été surestimés<sup>27</sup>. Il existe un contraste important entre les apports suffisants des ANREF et ceux de l’ISSFAL<sup>1,28</sup>. Selon l’ISSFAL, les apports suffisants en AL, en ALA, ainsi qu’en EPA et DHA ont été établis, respectivement, à 2 % (max. 3 %), 1 % et 0,3 % de l’apport énergétique<sup>1,28</sup>. En dépit d’une excellente validité externe, on peut se questionner sur la pertinence d’utiliser une population championne de la faible consommation de poisson. En effet, on remarque dans le rapport que l’apport médian en EPA

et DHA se situe à 50 mg par jour<sup>1</sup>. Ce qui équivaut à dire que la moitié de la population américaine consomme moins de 80 grammes de saumon de l'Atlantique par mois. Quelles auraient été les recommandations si on avait utilisé les médianes des Japonais? Malgré un apport en AL similaire entre les Américains et les Japonais (apports moyens se situant entre 3 et 9% de l'apport calorique), l'apport alimentaire en HUFA oméga-3 du quintile le plus faible chez les Japonais (0,31; 0,46; 0,56; 0,71; 0,92 en % de l'apport calorique) est même supérieur au quintile le plus élevé chez les Américains (0,001; 0,003; 0,017; 0,057; 0,249 en % de l'apport calorique)<sup>29</sup>. En effet, les Japonais consomment en moyenne 80 grammes de poisson et fruits de mer par jour, ce qui leur procure un à deux grammes de EPA et DHA par jour<sup>30</sup>. Qu'en est-il des taux d'atteintes cardiovasculaires, de cancer et de troubles inflammatoires aux États-Unis? On sait que le niveau d'utilisation de médicaments anti-inflammatoires chez les Américains pour contrer les effets indésirables d'un surplus d'eicosanoïdes provenant des oméga-6 s'avère excessivement élevé. En effet, aux États-Unis en 2001, il y a eu plus de 48 millions de prescriptions des deux médicaments anti-inflammatoires non-stéroïdiens les plus couramment utilisés (Celebrex<sup>MD</sup> et Vioxx<sup>MD</sup>)<sup>29</sup>.

Pourquoi baser des recommandations officielles sur des apports médians quand on sait que les apports en nutriments des humains ont été modifiés au cours du temps, notamment par l'avènement de l'industrialisation? Notre alimentation aurait connu une diminution des apports en EPA et DHA alors que les apports en oméga-6 ont plutôt augmenté de façon considérable<sup>31</sup>. Le ratio oméga-6/oméga-3 dans l'alimentation de l'humain à l'époque où il était chasseur-cueilleur a été estimé entre 1 et 2. Par ailleurs, dans nos sociétés occidentales, ce ratio a plutôt été estimé entre 20 et 30. Cette augmentation du ratio oméga-6/oméga-3 dans l'alimentation humaine ne serait pas seulement attribuable à la diminution de la consommation de produits marins, mais aussi à l'augmentation de la disponibilité des produits commerciaux contenant des huiles dont la teneur en oméga-6 est nettement supérieure à celle en oméga-3 (plus particulièrement l'huile de soya, de maïs et de tournesol). De 1909 à 1999, la disponibilité de l'huile de soya pour la consommation humaine a augmenté de 1000 fois aux États-Unis, passant de 0,009 à 11,4 kg/personne/année<sup>32</sup>. Rappelons que l'huile de soya possède un ratio oméga-6/

**Figure 3**  
Association entre les taux de mortalité par maladies coronariennes (par 100 000) ajustés pour l'âge et les proportions d'acides gras hautement insaturés (HUFA) dans les tissus



Reproduite de Lands (2003)<sup>29</sup> avec la permission de l'auteur.

% HUFA n-6 (des HUFA totaux) = (HUFA n-6 / HUFA n-3 + HUFA n-6) \* 100

Les diamants sont les résultats des États-Unis, du Japon et du Groenland<sup>5</sup>, des Inuits du Nunavik<sup>21</sup>, des Cris de la Baie-James<sup>22</sup> et des Québécois non autochtones<sup>20</sup>. Les carrés indiquent les quintiles de l'étude MRFIT<sup>34</sup>.

oméga-3 élevé et qu'une simple cuillère à table (15 ml) introduit dans l'organisme 8 fois plus d'oméga-6 que d'oméga-3, soit 6,9 g d'AL et 0,9 g d'ALA<sup>33</sup>.

Récemment, on a noté que plus les HUFA oméga-6 occupent une proportion élevée dans les HUFA totaux, plus les niveaux de mortalité par maladies coronariennes, ajustés pour l'âge, sont élevés (figure 3)<sup>29</sup>. Si on applique les valeurs des ANREF<sup>1</sup> à l'équation développée par Lands (1992)<sup>5</sup> pour déterminer la proportion des HUFA dans les tissus, on pourrait s'attendre à avoir dans les tissus 71 % de HUFA oméga-6 (des HUFA totaux). Tout bien pensé, comment peut-on espérer améliorer la santé des individus et diminuer leurs risques de mortalité ou de morbidité en préconisant un statu quo pour ce qui est de leurs apports en AGE, et conséquemment des niveaux de HUFA dans leurs tissus? De toute évidence, la déficience en AL ou en ALA semble être pratiquement inexistante dans nos sociétés nord-américaines. Pendant plusieurs années, les

chercheurs se sont interrogés sur les répercussions d'une alimentation insuffisante en AGE; maintenant, nous sommes plutôt à nous questionner sur les impacts d'une consommation abusive d'AL et d'une insuffisance des apports en oméga-3, surtout en EPA et en DHA. D'autre part, a-t-on considéré les effets néfastes des acides gras trans? Ces acides gras, ou plutôt ces toxines industrielles, sont présents en abondance dans les aliments commerciaux et ils perturbent la conversion des AGE en HUFA<sup>35-38</sup>. Bref, on devrait envisager un sérieux questionnement à l'égard des ANREF sur les AGE car ceux-ci s'accumulent dans les tissus, régulent de nombreux états physiologiques et par conséquent peuvent avoir des répercussions considérables dans l'évolution de plusieurs pathologies. Comme le dit si bien Daniel Bélanger dans sa chanson l'Autruche: «Ceux qui font l'autruche toute leur vie finissent peut-être avec une cervelle d'oiseau».

Sincères remerciements au Dr W.E.M. Lands pour sa précieuse collaboration.

Pour plus de détails sur les apports nutritionnels de référence et les acides gras essentiels, vous pouvez consulter les liens suivants :

<http://efaeducation.nih.gov/sig/dietary.html>

<http://efaeducation.nih.gov/sig/dri.html>

<http://efaeducation.nih.gov/sig/personal.html> 

## Références :

- Food and Nutrition Board (FNB) of the Institute of Medicine of the National Academies. Dietary reference intakes for Energy, Carbohydrates, Fiber, Fats, Fatty Acids, Cholesterol, Protein and Amino Acids (Macronutrients), The National Academies Press, 2002.  
<http://books.nap.edu/books/0309085373/html/14.html#pagetop>. In; Access date, June 2002.
- British Nutrition Foundation. Unsaturated fatty acids. Nutritional and physiological significance. The Report of the British Nutrition Foundation's Task Force. In: London : British Nutrition Foundation. 1992.
- Burr G, Burr M. On the nature and role of the fatty acids essential in nutrition. *J Biol Chem.* 1930;86:487-621.
- Sprecher H. Metabolism of highly unsaturated n-3 and n-6 fatty acids. *Biochim Biophys Acta.* 2000;1486:219-31.
- Lands WE, Libelt B, Morris A, Kramer NC, Prewitt TE, Bowen P, Schmeisser D, Davidson MH, Burns JH. Maintenance of lower proportions of (n - 6) eicosanoid precursors in phospholipids of human plasma in response to added dietary (n - 3) fatty acids. *Biochim Biophys Acta.* 1992;1180:147-162.
- Lands WE. Stories about acyl chains. *Biochim Biophys Acta.* 2000;1483:1-14.
- Lands WE. Long-term fat intake and biomarkers. *Am J Clin Nutr.* 1995;61:721s-725s.
- Martin DWJ, Mayes PA, Rodwell VW. Précis de biochimie de Harper. 6<sup>e</sup> éd. française : Les Presses de l'Université Laval. Éd. ESKA. Québec / Paris. 1985.
- Holman RT. Foreword. In: Mostofsky, D.I., Yehuda, S. & Salem Jr., N. Fatty Acids : Physiological and Behavioral Functions. Humana Press Ed, Totowa, NJ. 2001.
- Eberhart C, Dubois R. Eicosanoids and the gastrointestinal tract. Review. *Gastroenterology.* 1995;109:285-301.
- James MJ, Gibson RA, Cleland LG. Dietary polyunsaturated fatty acids and inflammatory mediator production. *Am. J. Clin. Nutr.* 2000;71:343S-8S.
- Endres S. Messengers and mediators: interactions among lipids, eicosanoids, and cytokines. *Am J Clin Nutr.* 1993;57:798S-800S.
- Abayasekara D, Wathes D. Effects of alternating dietary fatty acid composition on prostaglandin synthesis and fertility. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids.* 1999;61:275-287.
- Needleman P, Raz A, Minkes MS, Ferrendelli JA, Sprecher H. Triene prostaglandins: prostacyclin and thromboxane biosynthesis and unique biological properties. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1979;76:944-948.
- Lands WE. Biochemistry and physiology of n-3 fatty acids. *Faseb J.* 1992;6:2530-2536.
- Lands WE. Please don't tell me to die faster. *Inform (International News on Fats, Oils and Related Materials).* 2002; Dec:896-897.
- Kris-Etherton PM, Harris WS, Appel LJ. Fish consumption, fish oil, omega-3 fatty acids, and cardiovascular disease. *Circulation.* 2002;106:2747-2757.
- Holman RT. The ratio of trienoic: tetraenoic acids in tissue lipids as a measure of essential fatty acid requirement. *J Nutr.* 1960;70:405-410.
- Mohrhauser H, Holman RT. The effect of dose level of essential fatty acids upon fatty acid composition of the rat liver. *J Lipid Res.* 1963;4:151-159.
- Dewailly É, Blanchet C, Gingras S, Lemieux S, Sauvé L, Bergeron J, Holub BJ. Relations between n-3 fatty acid status and cardiovascular disease risk factors among Quebecers. *Am. J. Clin. Nutr.* 2001;74:603-611.
- Dewailly É, Blanchet C, Lemieux S, Sauvé L, Gingras S, Ayyotte P, Holub B. N-3 fatty acids and cardiovascular disease risk factors among the Inuit of Nunavik. *Am J Clin Nutr.* 2001;74:464-473.
- Dewailly E, Blanchet C, Gingras S, Lemieux S, Holub BJ. Cardiovascular disease risk factors and n-3 fatty acid status in the adult population of James Bay Cree. *Am J Clin Nutr.* 2002;76:85-92.
- Lucas M, Depertes B, Rhainds M, Holub B, Dewailly É. Relationship between gestational length and omega-3 concentrations in umbilical cord blood among a fishing population from the North Shore of the St-Lawrence River (Quebec). In: Final Program and Abstracts of the 5th Congress of the International Society for the Study of Fatty Acids and Lipids (ISSFAL). Montréal. 2002:43.
- Lucas M, Dewailly É, Muckle G, Ayyotte P, Bruneau S, Gingras S, Rhainds M, Holub BJ. Gestational age and birthweight in relation to marine n-3 fatty acids in umbilical cord blood among the Inuit of Nunavik (Arctic Québec). Submitted to *Am J Clin Nutr.* August 2003.
- Cuthbertson WF. Essential fatty acid requirements in infancy. *Am J Clin Nutr.* 1976;29:559-68.
- Lands WE. Commentary on the workshop statement. Essentiality of and recommended dietary intakes for Omega-6 and Omega-3 fatty acids. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids.* 2000;63:125-6.
- Cunnane SC. Commentary on the workshop statement. Essentiality of and recommended dietary intakes for Omega-6 and Omega-3 fatty acids. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids.* 2000;63:139-44.
- Simopoulos AP, Leaf A, Salem N, Jr. Workshop statement on the essentiality of and recommended dietary intakes for Omega-6 and Omega-3 fatty acids. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids.* 2000;63:119-21.
- Lands WE. Diets could prevent many diseases. *Lipids.* 2003;38:317-21.
- Sugano M, Hirahara F. Polyunsaturated fatty acids in the food chain in Japan. *Am J Clin Nutr.* 2000;71:189s-196s.
- Simopoulos AP. The importance of the ratio of omega-6/omega-3 essential fatty acids. *Biomed Pharmacother.* 2002;56:365-79.
- Hibbeln JR, Lands WEM, Lamoreaux ET. Quantitative Changes in the Availability of Fats in the US Food Supply. In: Final Program and Abstracts of the 5th Congress of the International Society for Study of Fatty Acids and Lipids. Montréal, May 7-11; 2002:105.
- US Department of Agriculture. Agricultural Research Service. 2002. USDA National Nutrient Database for Standard Reference, Release 15. Nutrient Data Laboratory Home Page, <http://www.nal.usda.gov/fnic/foodcomp>. In; Access date, June 2002.
- Dolecek TA, Grandits G. Dietary polyunsaturated fatty acids and mortality in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *World Rev Nutr Diet.* 1991;66:205-216.
- Decsi T, Koletzko B. Do trans fatty acids impair linoleic acid metabolism in children? *Ann Nutr Metab.* 1995;39:36-41.
- Innis SM, King DJ. Trans fatty acids in human milk are inversely associated with concentrations of essential all-cis n-6 and n-3 fatty acids and determine trans, but not n-6 and n-3, fatty acids in plasma lipids of breast-fed infants. *Am J Clin Nutr.* 1999;70:383-90.
- Koletzko B. Trans fatty acids may impair biosynthesis of long-chain polyunsaturates and growth in man. *Acta Paediatr.* 1992;81:302-6.
- Siqel EN. Essential and trans fatty acid metabolism in health and disease. *Compr Ther.* 1994;20:500-10.



## ASSURANCE MULTIRISQUE DES SOINS DE SANTÉ



## Vous exercez votre profession en pratique privée?

Pour vous, nous avons développé un produit spécifique et distinctif!

Partenaire du programme d'assurance responsabilité professionnelle de l'OPDQ, nous pouvons vous offrir une protection parfaite pour couvrir :

- Votre commerce et son contenu
- Votre revenu
- Les actes frauduleux
- Votre responsabilité civile et professionnelle... et plus encore!

Tout ça sur un seul et même contrat, au meilleur rapport qualité/prix.

Communiquez avec nous maintenant.

Sans frais : 1 800 644-0607

Montréal : (514) 906-2300

Québec : (418) 266-9600



**La Capitale**  
assurances générales

CABINET EN ASSURANCE DE DOMMAGES

Le contenu de ce bulletin a été révisé par le comité de rédaction de l'Office canadien de commercialisation des œufs.

# Prescription nutrition

PRÉSENTÉ PAR L'OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES ŒUFS (OCCO)

## Cancer du sein : l'effet de l'alimentation à l'adolescence

Nul ne s'étonne d'entendre dire que l'alimentation influence la santé et la longévité. Ce qui pourrait surprendre davantage, ce sont les résultats d'études menées auprès d'adultes au sujet de leur alimentation durant leur enfance, qui démontrent l'importance du moment de la consommation. En effet, il semblerait que l'acquisition de bonnes habitudes alimentaires dès l'enfance peut grandement contribuer à prévenir l'apparition ultérieure de certaines maladies. Par exemple, nous avons des raisons de croire que la consommation de lait durant l'enfance réduit le risque d'ostéoporose<sup>1</sup>. Fait moins connu, l'alimentation durant l'adolescence pourrait avoir une incidence sur le cancer du sein à l'âge adulte.

Plusieurs études se sont intéressées à l'effet de l'alimentation sur le cancer du sein, la plupart se concentrant sur le rôle étiologique des matières grasses. Leurs résultats diffèrent. Selon Hilakivi-Clarke et ses collègues, les différences observées sont peut-être attribuables au fait qu'une même composante alimentaire peut avoir des effets différents, voire opposés, selon

l'âge auquel le sujet en consomme<sup>2</sup>. Cependant, la plupart des chercheurs semblent être d'accord sur un fait : le risque de cancer du sein peut être modifié au cours de l'adolescence<sup>3 à 7</sup>. Par exemple, au moins deux études distinctes menées auprès d'Asiatiques et d'Américains d'origine asiatique ont démontré une relation inverse significative entre la consommation de soja pendant l'adolescence et le cancer du sein<sup>4 et 5</sup>. De plus, une étude à grande échelle menée en Norvège a démontré que les femmes préménopausées ayant consommé beaucoup de lait tout au long de leur vie (c.-à-d. à l'enfance et à l'âge adulte) présentaient un taux d'incidence du cancer du sein de 50 % inférieur à celui des femmes qui n'en consommaient pas<sup>6</sup>.

Les résultats d'une récente étude cas-témoins basée sur la cohorte prospective de la *Nurses' Health Study* (121 700 participantes) révèlent que les femmes qui consommaient davantage d'œufs au cours de l'adolescence présentaient un risque plus faible de souffrir d'un cancer du sein<sup>7</sup>. Ces femmes, âgées de 40 à 65 ans, ont

répondu à un questionnaire de fréquence de consommation (de 24 aliments) portant sur leurs habitudes à l'adolescence. Aucune association significative n'a été trouvée entre le cancer du sein et les groupes d'aliments étudiés (fruits, légumes, produits laitiers, viande rouge, poulet et poisson). Cependant, une fois les autres facteurs de risque contrôlés, une consommation accrue d'œufs a été associée à un risque réduit de cancer du sein (risque relatif [RR] = 0,82 à chaque augmentation d'une portion par jour ; intervalle de confiance [IC] de 95 % : 0,67 à 0,99)<sup>7</sup>. En guise d'explication, les auteurs ont souligné que « les œufs sont riches en acides aminés essentiels, en minéraux et en vitamines. Par exemple, un œuf contient 11,5 % de l'apport quotidien recommandé (AQR) en acide folique et 6,5 % de celui en vitamine D » (traduction libre)<sup>7\*</sup>. Une fois les autres facteurs de risque reconnus contrôlés, une analyse des nutriments a démontré qu'une consommation accrue de gras végétal et de fibres alimentaires était aussi associée à un risque plus faible de cancer du sein ( $p$  tendanciel = 0,05 et 0,09, respectivement). Étant donné les limites inhérentes à cette étude (les données font appel à la mémoire ; un questionnaire portant sur 24 aliments ne suffit pas à évaluer l'apport total en énergie ou en nutriments particuliers, etc.), ces conclusions devront être confirmées par une étude prospective.

### Comité de rédaction de l'Office canadien de commercialisation des œufs

D<sup>re</sup> Michèle Aubin, M. Sc., CCMF, FCFP,  
professeure agrégée, Université Laval (Québec)

Bonnie Cohen, M. Sc., R.D.,  
gérante du programme de nutrition, OCCO

Rhona M. Hanning, Ph. D., Dt. P., FDC,  
professeure agrégée, Université de Waterloo  
(Ontario)

Jim House, Ph. D., P. Ag.,  
professeur agrégé, Université du Manitoba  
(Manitoba)

Loretta Tetarenko, Dt. P.,  
Hypertension and Cholesterol Centre

Pam Lynch, MHE, B. Sc., PDT,  
Nutrition Counselling Services

### Collaboratrices :

Natalie Lacombe, M. Sc., Dt. P.  
Ilene Sheiner Stattner, M. A.

\* Les AQR mentionnés ici correspondent aux normes américaines. Au Canada, les ANR sont les suivants : acide folique – 15 % ; vitamine D – 2 % ; vitamine B<sub>12</sub> – 30 % ; niacine – 6 % et vitamine E – 6 %.

## Cancer du sein : l'effet de l'alimentation à l'âge adulte

La compréhension de l'effet de la consommation d'œufs à l'âge adulte pourrait être améliorée par des recherches plus poussées. Une étude prospective récente utilisant elle aussi la cohorte de la *Nurses' Health Study* a démontré une tendance linéaire marginale, bien que modeste, à l'augmentation légère du risque de cancer du sein lorsque la consommation d'œufs est élevée, mais seulement chez les femmes préménopausées (quintile supérieur par rapport au quintile inférieur: RR = 1,15; IC de 95 % : 0,90 à 1,47;  $p = 0,08$ )<sup>8</sup>. Une récente méta-analyse de 20 études examinant la relation entre le cancer du sein et la consommation de viande et de produits laitiers à l'âge adulte fait état d'une association hyperbolique avec la consommation d'œufs. Le risque de cancer du sein était légèrement plus faible chez les femmes qui consommaient jusqu'à deux œufs par semaine (RR = 0,93; IC de 95 % : 0,82 à 1,05) que chez celles qui n'en mangeaient pas. Il était par contre légèrement plus élevé chez celles qui en consommaient un ou plus par jour (RR = 1,07; IC de 95 % : 0,90 à 1,28)<sup>9</sup>. Aucune association significative n'a pu être établie entre le risque de cancer du sein et la plupart des évaluations portant sur la consommation de viande et de produits laitiers<sup>9</sup>. Rien n'indiquait une différence reliée au statut ménopausique. Les auteurs ont conclu que leur étude n'avait pas fourni de preuves d'un risque plus élevé de cancer du sein relié à une alimentation riche en viande et en produits laitiers à l'âge adulte. Ils suggèrent cependant que la relation hyperbolique avec la consommation d'œufs justifie la poursuite des recherches<sup>9</sup>.

Bien que les études sur le rôle de l'alimentation dans le risque de cancer soient abondantes, seulement quelques-unes à ce jour ont tenu compte de l'effet de l'alimentation à l'adolescence. N'est-il pas intéressant de constater que les études citées ici démontrent les bienfaits d'aliments d'origine animale, pourtant traditionnellement accusés, autant par les professionnels de la santé que par le grand public, d'augmenter le risque de cancer? D'autres recherches s'imposent, manifestement.

## Étiquetage des aliments : nouveau règlement

Les étiquettes des aliments jouent un rôle important dans les décisions d'achat des consommateurs<sup>10</sup>. Santé Canada déploie tous les efforts nécessaires afin de les rendre plus visibles et plus faciles à consulter. Ainsi, un nouveau règlement sur l'étiquetage des aliments a été publié le 1<sup>er</sup> janvier 2003 dans le but d'aider les Canadiens à surveiller leur alimentation. Il pourrait permettre d'économiser approximativement 5,3 milliards de dollars en coûts directs et indirects au cours des 20 prochaines années<sup>11</sup>. Cette estimation inclut le traitement des maladies potentiellement reliées à l'alimentation – telles les maladies cardiovasculaires, le diabète et certaines formes de cancer –, de même que les énormes coûts liés à la baisse de productivité. Les fabricants de denrées alimentaires disposent de trois à cinq ans pour se conformer à ces nouvelles règles qui coûteront, selon les estimations, approximativement 300 millions de dollars à l'industrie. C'est peu cher payé pour réaliser les économies prévues par Santé Canada. Par exemple, les coûts associés aux maladies cardiovasculaires au Canada sont estimés à 24 milliards de dollars par année, dont 7 milliards de dollars en coûts directs et la différence en coûts indirects<sup>11</sup>. Si une amélioration de l'étiquetage réduit, ne serait-ce qu'une petite portion de ces coûts, l'économie canadienne en tirera un bénéfice substantiel. Et la santé des Canadiens y gagnera aussi!

Ces nouvelles règles d'étiquetage sont le fruit de contributions de plusieurs sources, parmi lesquelles se trouvent des recherches menées auprès des consommateurs et des avis d'experts. Partout au Canada, les professionnels de la santé et les intervenants de l'industrie alimentaire font leur part afin que les Canadiens connaissent les nouvelles étiquettes et sachent en tirer parti. Par exemple, l'Association canadienne du diabète et Les diététistes du Canada se sont associés pour créer le projet « Faites provision de saine alimentation<sup>MC</sup> », qui vise à aider les consommateurs à faire des choix santé grâce au nouvel étiquetage. Pour obtenir de l'information, consultez le site <http://www.faitesprovisiondesainealimentation.ca>. Une trousse éducative a également été élaborée afin d'aider les professionnels de la santé à renseigner les consommateurs sur les nouvelles étiquettes. Le tout est offert dans la section Éducation du site de Santé Canada, au [www.santecanada.ca/etiquetagenutritionnel](http://www.santecanada.ca/etiquetagenutritionnel).

**Références:** 1. Matkovic V. Osteoporosis as a pediatric disease: Role of calcium and heredity. *J Rheumatol* 1992;(Suppl 33):19:54-59. 2. Hilakivi-Clarke L et coll. Maternal and prepubertal diet, mammary development and breast cancer risk. *J Nutr* 2001;131:154S-157S. 3. Okasha M et coll. Exposures in childhood, adolescence and early adulthood and breast cancer risk: a systematic review of the literature. *Breast Cancer Res and Treatment* 2003;78:223-276. 4. Ou Shu X et coll. Soyfood intake during adolescence and subsequent risk of breast cancer among Chinese women. *Cancer Epidemiol, Biomarkers & Prevention* 2001;10:483-488. 5. Wu AH et coll. Adolescent and adult soy intake and risk of breast cancer in Asian-Americans. *Carcinogenesis* 2002;23(9):1491-1496. 6. Hjartåker A et coll. Childhood and adult milk consumption and risk of premenopausal breast cancer in a cohort of 48,844 women – the Norwegian Women and Cancer Study. *Int J Cancer* 2001;93:888-893. 7. Frazier LA et coll. Adolescent diet and risk of breast cancer. *Breast Cancer Res* 2003;5:R59-R64. 8. Holmes MD et coll. Meat, fish and egg intake and risk of breast cancer. *Int J Cancer* 2003;104:221-227. 9. Missmer SA et coll. Meat and dairy food consumption and breast cancer: a pooled analysis of cohort studies. *Int J Epidemiol* 2002;31:78-85. 10. Institut national de la nutrition: L'étiquetage nutritionnel: Perceptions et préférences des Canadiens INN, Ottawa, juin 1999. 11. Santé Canada (2003), Nouvel étiquetage nutritionnel. Information. [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2003/2003\\_01bk3.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2003/2003_01bk3.htm).

Cette publication est  
rendue possible grâce  
à une subvention de  
formation accordée par  
l'Office canadien de  
commercialisation des œufs.



OFFICE CANADIEN DE  
COMMERCIALISATION  
DES OEUFS

Pour obtenir plus de renseignements,  
visitez le [www.oeufcanada.ca](http://www.oeufcanada.ca).  
Vous avez des commentaires ou des questions?  
Écrivez-nous au [pn@oeufcanada.ca](mailto:pn@oeufcanada.ca).



**Pour assurer la continuité des soins ou des services, l'existence et l'accès au dossier médical sont nécessaires. Les diététistes doivent donc, pour chacun de leurs clients, conserver un dossier dont la tenue, la conservation, l'accès et la rectification sont soumis à des règles.**

### La tenue des dossiers

En vertu du *Règlement sur la tenue des dossiers des diététistes*<sup>1</sup>, un nutritionniste doit tenir, à l'endroit où il exerce sa profession, un dossier pour chacun de ses clients<sup>2</sup>. L'utilisation de l'informatique ou de toute autre technique pour la constitution et la tenue des dossiers n'est pas interdite<sup>3</sup>; cependant, lorsque le diététiste utilise ces méthodes, il doit s'assurer que leur confidentialité est respectée<sup>4</sup> comme pour tout dossier<sup>5</sup>. Chaque dossier doit être tenu à jour, et ce, jusqu'au moment où le diététiste cesse de rendre des services professionnels à la personne concernée par ce dossier<sup>6</sup>. De plus, les nutritionnistes doivent conserver chaque dossier pendant au moins 5 ans à compter de la date du dernier service rendu<sup>7</sup>. Dans chaque dossier, certaines informations et certains renseignements doivent être consignés<sup>8</sup>.

#### Informations et renseignements devant se trouver dans les dossiers

1. La date d'ouverture du dossier ;
2. lorsque le client est un individu, les noms et prénoms de ce client à sa naissance, son sexe, son adresse, son numéro de téléphone, sa date de naissance, son numéro d'assurance-maladie dans les cas où cette information est pertinente ;
3. lorsque le client est une société, organisme ou établissement, le nom de celui-ci, sa raison sociale, le nom du mandataire, l'adresse d'affaires et le numéro de téléphone ;
4. une description sommaire des motifs de la consultation ;
5. une description des services professionnels rendus et leur date ;
6. les notes d'évaluation et d'évolution ;
7. les recommandations faites au client ;
8. les rapports fournis ;
9. les annotations, la correspondance et les autres documents relatifs aux services professionnels rendus, notamment les ordonnances requérant ses services.

Lorsqu'un diététiste est membre d'une société, ou lorsqu'il est à l'emploi d'une personne physique ou morale, il ne lui est pas nécessaire de tenir un dossier distinct s'il peut inscrire les informations et renseignements requis dans les dossiers tenus par cette société ou cet employeur relativement aux personnes concernées par les services que rend ce diététiste<sup>9</sup>. Advenant le cas où il ne peut le faire, le diététiste doit alors tenir un dossier pour chacun de ses clients<sup>10</sup>. Soulignons que le diététiste doit signer ou parapher toute inscription ou tout rapport qu'il introduit dans un dossier de sa société ou de son employeur<sup>11</sup>. De même, lorsqu'un nutritionniste exerce dans un établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*<sup>12</sup>, tel que par exemple, un hôpital ou un centre d'hébergement, le dossier du patient est considéré, aux fins du *Règlement sur la tenue des dossiers des diététistes*, comme le dossier du nutritionniste<sup>13</sup>.

### L'accès aux dossiers

Les règles relatives au secret professionnel s'appliquent aux informations consignées dans le dossier du client<sup>14</sup> et par conséquent, un diététiste doit conserver ses dossiers dans un local ou un meuble auquel le public n'a pas librement accès<sup>15</sup>. Bien que le nutritionniste voie à la conservation du dossier, il doit, avec diligence, remettre au client qui lui en fait la demande tout document que ce dernier lui a confié<sup>16</sup>. Dans le cas où le nutritionniste remet un document contenu dans un dossier au client, il doit alors insérer dans ce dossier une note indiquant la nature du document et la date du retrait<sup>17</sup>.

Outre la remise de documents, le nutritionniste doit permettre à son client de prendre connaissance des documents qui le concernent dans tout dossier constitué à son sujet et même d'obtenir copie de ces documents<sup>18</sup>. Le nutritionniste ne peut en interdire l'accès que si la divulgation des renseignements entraînera vraisemblablement un préjudice grave pour le client ou pour un tiers<sup>19</sup>. L'accès du client aux documents contenus dans tout dossier constitué à son sujet par le diététiste est gratuit. Toutefois,

des frais peuvent être exigés du client mais ils ne doivent pas excéder le coût de leur transcription, de leur reproduction ou de leur transmission. Cependant, le diététiste qui entend exiger des frais doit informer le client du montant approximatif exigible avant de procéder à la transcription, à la reproduction ou à la transmission des documents<sup>20</sup>.

Outre l'accès, le diététiste doit aussi permettre au client de faire corriger des renseignements inexacts, incomplets ou équivoques au regard des fins pour lesquelles ils sont recueillis, dans tout document qui concerne le client et qui est inclus à tout dossier constitué à son sujet<sup>21</sup>. Dans le même ordre d'idées, il doit aussi respecter le droit de son client de faire supprimer tout renseignement périmé ou non justifié par l'objet du dossier<sup>22</sup>. Également, le nutritionniste doit permettre au client de formuler par écrit des commentaires et de les verser au dossier<sup>23</sup>. Le diététiste qui acquiesce à une demande de rectification doit délivrer sans frais au client une copie du document permettant à ce dernier de constater la modification ou la suppression des renseignements ou, selon le cas, une attestation du versement au dossier des commentaires qu'il a formulés. Le client peut aussi exiger que le diététiste transmette, sans frais, une copie de tout renseignement modifié, ou une attestation de la suppression de tout renseignement périmé ou non justifié, à la personne de qui il a obtenu le renseignement ou à toute autre personne à qui le renseignement a été communiqué<sup>24</sup>.

Lors d'une demande<sup>25</sup> d'accès ou de rectification par le client, le nutritionniste doit donner suite à cette demande avec diligence et au plus tard dans les 20 jours de la date de la demande<sup>26</sup>. Le diététiste qui refuse d'acquiescer à une demande d'accès ou de rectification d'un client doit lui notifier par écrit son refus en le motivant et l'informer de ses recours<sup>27</sup>. De plus, le diététiste qui détient un renseignement faisant l'objet d'une demande d'accès ou de rectification doit, s'il n'acquiesce pas à cette demande, le conserver le temps requis pour permettre au client d'épuiser les recours légaux<sup>28</sup>.

### Conclusion

Il faut se rappeler que le dossier du client, dont le diététiste assure la conservation, appartient au client. Ce client a le droit d'en prendre connaissance, d'en obtenir copie s'il le désire et d'y



faire rectifier les renseignements erronés. D'ailleurs, sur une demande écrite du client, le nutritionniste doit faire diligence pour donner accès ou remettre une copie, et ce, sans frais autres que les coûts réels inhérents à la reproduction et à la transmission. Le nutritionniste doit garder à l'esprit qu'il a des obligations à l'égard des dossiers de ses clients. D'ailleurs, s'il contrevient aux obligations d'accès et de rectifications des dossiers prévues au *Code des professions*, il commet une infraction et est passible d'une amende d'au moins 600 \$ et d'au plus 6 000 \$<sup>29</sup>.

En conclusion, les diverses obligations légales des nutritionnistes à l'égard des dossiers de leurs clients témoignent du sérieux accordé à la confidentialité des renseignements personnels ainsi qu'à la qualité des services rendus. ☺

Références

- 1 Règlement sur la tenue des dossiers des diététistes, R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 75.
- 2 Id., art. 2.01.
- 3 Id., art. 1.01.
- 4 Id., art. 2.05.
- 5 PERREAULT, Janick, « Le secret professionnel », *Nutrition – science en évolution*, vol. 1, no 1, printemps 2003, page 26.
- 6 Règlement sur la tenue des dossiers des diététistes, art. 2.03.
- 7 Id., art. 2.04.
- 8 Id., art. 2.02.
- 9 Id., art. 2.07.
- 10 Id., art. 2.07.
- 11 Id., art. 2.07, alinéa 2.
- 12 L.R.Q., c. S-4.2.
- 13 Id., art. 2.08.
- 14 PERREAULT, Janick, « Le secret professionnel », précité note 5.
- 15 Règlement sur la tenue des dossiers des diététistes, art. 2.05.
- 16 Code de déontologie des diététistes, R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 65.01, art. 30.5.
- 17 Règlement sur la tenue des dossiers des diététistes, art. 2.06.
- 18 Code des professions, L.R.Q., c. C-26, art. 60.5.
- 19 Id., art. 60.5.
- 20 Code de déontologie des diététistes, art. 30.1.
- 21 Code des professions, art. 60.6.
- 22 Id., art. 60.6.
- 23 Id., art. 60.6.
- 24 Code de déontologie des diététistes, art. 30.3.
- 25 Code des professions, art. 60.5 ou 60.6.
- 26 Code de déontologie des diététistes, art. 30.
- 27 Id., art. 30.2.
- 28 Id., art. 30.4.
- 29 Code des professions, art. 188.

Cette année, trente-huit nouvelles diététistes/nutritionnistes devraient joindre nos rangs en décembre tandis que notre limite de soixante-dix nouvelles admissions est si dépassée cet automne que sans aucun doute, avec l'augmentation de la cote R à l'admission et la compétition qui devrait s'ensuire, nous nous attendons à une nouvelle promotion de tout premier rang. Dès le début de leurs études, nos étudiantes et étudiants bénéficieront de l'intensification des activités au pavillon Liliane de Stewart. Parmi celles-ci, notons cette année notre récente désignation comme centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour les études des changements nutritionnels liés à la mondialisation et à l'urbanisation. Conformément à son mandat avec l'OMS (et l'OPS, le bureau régional de l'OMS pour les Amériques), ce centre collaborateur dirigé par la Dre Hélène Delisle doit :

- poursuivre des travaux de recherche sur la transition nutritionnelle, ses déterminants et ses conséquences dans diverses populations ;
- développer des outils de surveillance diététique de cette transition ;
- contribuer à la propagation des résultats de recherche ;
- promouvoir la recherche, la formation et la surveillance sur ce thème ;
- répondre le cas échéant aux besoins de support technique de l'OMS et de ses partenaires institutionnels.

Un réseau francophone sur la transition nutritionnelle est en cours de développement. En outre, se tiendra à Montréal en juin prochain un colloque de recherche sur l'influence de la nutrition infantile sur les maladies chroniques de l'adulte, dans un contexte de transition nutritionnelle. Signalons aussi notre nouvelle équipe des Instituts de recherche en Santé du Canada (IRSC) pour la recherche sur l'obésité en collaboration avec l'Université Laval, et celle d'Ottawa dirigée par le Dr Éric Poelhman ; le centre de référence sur la nutrition humaine Extenso que nous abritons, un organisme à but non lucratif qui a récemment lancé le premier site

Web francophone grand public entièrement dédié à la nutrition - ce site diffuse de l'information nutritionnelle compréhensible, fiable, scientifiquement fondée et mise à jour régulièrement ([www.extenso.org](http://www.extenso.org)) - et notre nouvelle Clinique universitaire de nutrition dont les objectifs visent la formation, les soins et la recherche et dont la coordinatrice est aussi notre nouvelle coordonnatrice universitaire des stages, Mme Louise St-Denis. Notre département est également fier de nos nouvelles professeures, toutes deux nutritionnistes de formation : la Dre Bryna Shatenstein, spécialiste de l'épidémiologie nutritionnelle, et la Dre Guilaine Bouchard, spécialiste des interactions entre la génétique et la nutrition. Tout en améliorant sans cesse notre formation au premier cycle, nous mettons l'accent sur la recherche afin que nos diététistes puissent devenir aussi nos chercheur(e)s et professeur(e)s. Pour renforcer nos innovations, de nouvelles bourses, comme celle du passage accéléré de la maîtrise au doctorat et celle du passage direct au doctorat depuis le baccalauréat, bourses offertes évidemment sur la base de l'excellence académique, viennent témoigner du besoin de relève et aider à le combler. Nous tenons aussi à féliciter Mmes Caroline Beaudoin-Pouliot et Sarah Clair, récipiendaires de nos bourses récompensant les travaux de recherche les plus méritants au premier cycle. Pour plus d'information, visitez-nous à [www.mdnut.umontreal.ca](http://www.mdnut.umontreal.ca) ☺



**Allergique?  
Pas de panique!**

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE  
DES ALLERGIES ALIMENTAIRES

---

Tél./Télé. : (514) 990-2575  
[www.aqaa.qc.ca](http://www.aqaa.qc.ca)



Vicky Drapeau, Dt.P., M.Sc., chercheuse, membre du comité éditorial  
Anne-Geneviève Allaire, Marie-Élaine Ancil, Caroline Trudeau et Maggie Vallières,  
stagiaires en nutrition, Laboratoire des sciences de l'activité physique, Université Laval

## L'influence de la fumée secondaire sur le statut en vitamine C des enfants

Il est connu que le statut en vitamine C est compromis chez les fumeurs. Cette étude a pour but d'évaluer ce même statut chez les enfants qui sont exposés ou non à la fumée secondaire. Cinq cent douze enfants âgés entre deux et douze ans ont pris part à l'étude. L'évaluation de l'apport alimentaire en vitamine C se faisait à l'aide d'un rappel de vingt-quatre heures, alors que l'exposition à la fumée secondaire était déterminée par un questionnaire et la mesure de la cotinine urinaire, un biomarqueur de l'exposition à la fumée de cigarette. Il n'y avait pas de différences significatives au niveau de l'apport alimentaire en vitamine C, mais la concentration plasmatique de cette vitamine était significativement plus faible chez les enfants exposés.

L'utilisation du rappel de vingt-quatre heures constitue le point faible de l'étude car il y a fréquemment sous-estimation des apports et un manque de représentativité. Finalement, les enfants exposés à la fumée secondaire devraient consommer un régime plus riche en vitamine C pour conserver un niveau plasmatique convenable.

Tiré de : Preston A.M., Rodriguez C., Rivera C.E., Sahai H. Influence of environmental tobacco smoke on vitamin C status in children. *Am. J. Clin. Nutr.* 77(1) : 167-172, 2003.

## L'effet du *Lactobacillus plantarum* 299v sur les facteurs de risques de maladies cardiovasculaires chez les fumeurs

Il a été précédemment suggéré que les bactéries acidophiles avaient un rôle à jouer dans la diminution du cholestérol sanguin. Cette étude a pour but de déterminer l'influence d'un aliment fonctionnel contenant du *Lactobacillus plantarum* 299v, une bactérie probiotique, sur le profil lipidique et les marqueurs inflammatoires des fumeurs, une population plus à risque de souffrir de maladies cardiovasculaires. Trente-six fumeurs, âgés entre 35 et 45 ans ont été divisés en deux groupes. Durant six semaines, le premier groupe devait consommer 400 ml/jour d'un breuvage contenant du *Lactobacillus plantarum* 299v, alors que le deuxième groupe consommait un placebo. Suite au traitement, on peut observer une baisse significative de la pression systolique, de

la concentration des LDL, de leptine, de fibronogène et d'interleukine 6. Il y a également eu une augmentation non-significative des HDL.

Le manque de renseignements concernant les valeurs sanguines suite à l'arrêt de la supplémentation est le point faible de l'étude. Finalement, l'ajout de cette bactérie probiotique à la diète pourrait être une alternative non pharmacologique pour la prévention de l'athérosclérose.

Tiré de : Naruszewicz M., Johansson M.L., Zapolska-Downar D., Bukowska H. Effect of *Lactobacillus plantarum* 299v on cardiovascular disease risk factors in smokers. *Am. J. Clin. Nutr.* 76(6) : 1249-1255, 2002.

Anne-Geneviève Allaire, stagiaire en nutrition  
Laboratoire des sciences de l'activité physique,  
Université Laval

## Les grands et petits consommateurs de gras sont-ils différents ?

La relation entre une alimentation riche en matières grasses et l'obésité fait encore l'objet de nombreuses études. En effet, on explique difficilement pourquoi certains grands consommateurs de gras peuvent conserver un poids normal. Dans cette étude, on a analysé les différences dans les réponses métaboliques aux gras et aux glucides chez deux types de personnes de poids normal : 12 hommes ayant une alimentation habituellement riche en gras (>43% lipides) et 12 hommes ayant une alimentation faible en gras (<33% lipides). Les deux groupes devaient participer aux deux protocoles en consommant soit un lait frappé riche en lipides, soit un lait frappé riche en glucides. On a mesuré l'oxydation des lipides (quotient respiratoire) et la dépense énergétique par calorimétrie indirecte avant et après la consommation de chaque lait frappé. Les résultats démontrent une meilleure oxydation des lipides et un métabolisme de repos plus élevé avant et après la surcharge en lipides chez les hommes avec une alimentation élevée en gras. Les résultats de cette étude suggèrent l'importance de conserver une diète faible en gras chez les petits consommateurs de gras puisque des repas riches en gras pris de façon occa-

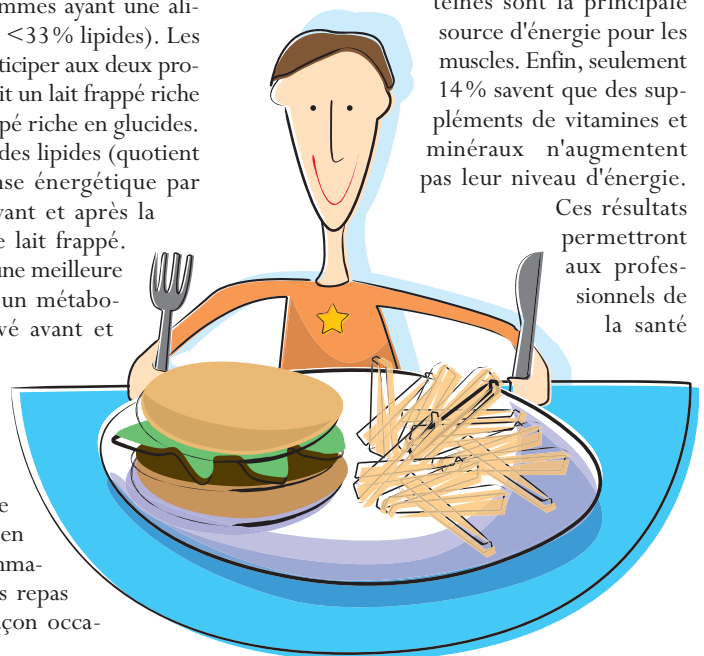
sionnelle chez ces gens seraient plus susceptibles d'occasionner une prise de poids.

Tiré de : Blundell J.E., Cooling J., King N.A. Differences in postprandial responses to fat and carbohydrate loads in habitual high and low fat consumers (phenotypes). *British Journal of Nutrition.* 88 : 125-132, 2002.

## Connaissances nutritionnelles d'athlètes du collégial

C'est connu, le régime alimentaire d'un athlète ajusté à son plan d'entraînement permet d'obtenir un niveau d'énergie optimal et d'améliorer ses performances. Toutefois, les connaissances nutritionnelles des athlètes ne correspondent pas toujours aux notions exactes de nutrition sportive. On a évalué ce que 237 garçons et 91 filles de la National Collegiate Athletic Association savaient et ne savaient pas sur la nutrition sportive par 11 affirmations préalablement validées auxquelles ils devaient répondre par vrai ou faux. Six affirmations portaient sur les macronutriments, quatre sur l'hydratation et une sur les suppléments de vitamines et minéraux. Les résultats démontrent que ces jeunes athlètes reconnaissent l'importance de l'hydratation pour de meilleures performances : 96% savent qu'ils doivent s'hydrater avant, pendant et après l'effort. À l'opposé, le rôle des protéines semble confus puisque 35% croient qu'il est nécessaire de prendre des suppléments et que 46% pensent, à tort, que les protéines sont la principale source d'énergie pour les muscles. Enfin, seulement 14% savent que des suppléments de vitamines et minéraux n'augmentent pas leur niveau d'énergie.

Ces résultats permettront aux professionnels de la santé



d'adapter l'enseignement nutritionnel destiné aux jeunes athlètes selon leurs connaissances et de démystifier, entre autres, le rôle des protéines dans l'entraînement.

Tiré de: Rosenbloom C., Jonnalagadda S., Skinner R. Nutrition knowledge of collegiate athletes in a Division I National Collegiate Athletic Association Institution. *J. Am. Diet. Assoc.* 102 (3): 418-420, 2002.

*Marie-Élaine Anctil, stagiaire en nutrition  
Laboratoire des sciences de l'activité physique,  
Université Laval*

## Obésité et environnement familial

Il existe une tendance selon laquelle les enfants de parents obèses présenteraient eux aussi un surplus de poids. Une étude a démontré que les habitudes de vie de certaines familles seraient reliées avec le développement d'un surplus de poids chez leurs filles. Les apports et habitudes alimentaires, ainsi que la pratique d'activités physiques de plusieurs familles furent mesurés et, conformément à ces caractéristiques, deux groupes distincts furent formés, selon leurs prédispositions familiales à l'obésité. Les parents faisant partie du groupe prédisposé présentaient des apports élevés en lipides et avaient moins de plaisir à être actifs. Deux ans plus tard, l'IMC et les plis cutanés des filles de ce même groupe se sont avérés être plus élevés comparativement aux filles du groupe moins prédisposé. Les résultats pourraient être biaisés par la population (jeunes filles de race blanche) ainsi que par les mesures d'activités physiques et d'apports alimentaires qui ont été rapportées par les familles elles-mêmes. L'étude démontre tout de même l'importance des habitudes alimentaires des familles dans la prévention de l'obésité chez l'enfant.

Tiré de: Davison K.K. et coll. Obesogenic families: parents' physical activity and dietary intake patterns predict girls' risk of overweight. *International Journal of Obesity.* 26: 1186-1193, 2002.

## Vitamine A et absorption du fer

Il a été rapporté récemment que l'effet inhibiteur des phytates des céréales et des polyphénols du café sur l'absorption du fer pouvait être contrecarré par la vitamine A. Dans le cadre de cinq études, l'administration de pain de maïs enrichi en vitamine A n'a pas démontré cet effet. Plus encore, en présence de l'enrichissement en vitamine A, une légère

diminution de l'absorption du fer a été constatée. Ces résultats sont expliqués par le fait que les études précédentes furent menées chez des populations ayant déjà des réserves marginales en vitamine A. Cela semble davantage dû au rôle essentiel de la vitamine A dans l'érythropoïèse ainsi que dans la synthèse de la transferrine. D'autre part, l'absorption du fer était significativement plus basse lorsque le pain était servi avec du café qu'avec de l'eau. Une supplémentation en vitamine A n'aurait donc pas d'effet sur le processus d'absorption du fer chez des sujets présentant des taux de vitamine A optimaux mais aurait possiblement un effet positif chez des sujets ayant des réserves diminuées.

Tiré de: Walczyk T. et coll. No enhancing effect of vitamin A on iron absorption in humans. *Am. J. Clin. Nutr.* 77: 144-149, 2003.

*Caroline Trudeau, stagiaire en nutrition  
Laboratoire des sciences de l'activité physique,  
Université Laval*

## L'activité physique et le potassium contenu dans la masse maigre des femmes post-ménopausées

Il est connu que le potassium retrouvé dans le muscle s'abaisse avec l'âge, ce qui peut amener la sarcopénie, soit une perte de la force musculaire. Cet article avait comme but de mesurer la relation entre l'activité physique et le potassium total chez 51 femmes de 54 à 76 ans. Les femmes étaient classées dans deux groupes: celles ayant une faible et celles ayant une grande dépense énergétique reliée aux activités physiques (ex.: une marche de 45 minutes 6 fois par semaine). Il est à noter que la moitié de ces femmes prenaient l'hormonothérapie de remplacement. Les résultats démontrent que les femmes actives, pratiquant des exercices d'endurance comme la marche, la natation et la danse, possèdent 6,5% plus de potassium musculaire que les femmes sédentaires, même si les deux groupes connaissent une baisse relative de leur potassium total. L'activité physique d'intensité modérée et pratiquée régulièrement peut donc aider à prévenir la sarcopénie chez les femmes ménopausées.

Un des points faibles de l'article concerne l'évaluation des habitudes alimentaires puisque le questionnaire de fréquence ne comportait que 12 items. De plus, il est difficile d'évaluer

objectivement le niveau d'activités puisque celui-ci était rapporté par les sujets. Finalement, des études longitudinales seront nécessaires avant d'établir une relation de cause à effet entre la pratique d'activités physiques et le niveau de potassium musculaire. Néanmoins, cet article peut aider à convaincre les femmes sédentaires des bienfaits de l'activité physique.

Tiré de: Ross D.H., Barry J.A. Habitual physical activity, anabolic hormones, and potassium content of fat-free mass in postmenopausal women. *Am. J. Clin. Nutr.*, 75:314-20, 2002.

## La thermogénèse postprandiale et les diètes riches en protéines

L'obésité est maintenant une préoccupation importante et les diètes riches en protéines pourraient constituer une stratégie pour la combattre. Cet article avait comme but de comparer la thermogénèse induite par une diète riche en protéines et par une diète riche en glucides, toutes deux faibles en gras. Dix femmes de 19-22 ans de poids normal ont donc consommé chaque diète pendant une journée. Une diète contrôle de deux jours (riche en glucides) devait être prise avant les tests. La troisième journée, la dépense énergétique était mesurée à jeun, puis 2,5 heures après chaque repas. Leurs activités se restreignaient à lire ou à écouter la télévision et les repas étaient constitués d'aliments communs (la viande, les céréales, les fruits et les légumes). Les résultats démontrent que la thermogénèse 2,5 heures après les repas est deux fois plus élevée avec la diète riche en protéines. Cette diète pourrait donc être efficace en raison d'une plus grande dépense énergétique au repos induite par la thermogénèse.

Cependant, nous ne connaissons pas les effets de cette diète chez les obèses puisque les femmes avaient un poids normal et étaient en santé. De plus, puisque l'intervention dans cette étude n'était que d'une journée, il est difficile de bien voir les effets à long terme d'un tel régime.

Tiré de: Johnston C.S., Day C.S., Swan P.D. Postprandial thermogenesis is increased 100% on a high-protein, low fat diet versus a high-carbonate, low fat diet in healthy, young women. *J. Am. Col. Nutr.* 21: 55-61, 2002.

*Maggie Vallières, stagiaire en nutrition  
Laboratoire des sciences de l'activité physique,  
Université Laval*



## REPORTAGE

# Résumé de la formation continue *Étiquetage nutritionnel, Où allons-nous ?*

Marthe Côté-Brouillette, Dt.P., nutritionniste-conseil

Formation organisée par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec et la Fondation des Gouverneurs (CRDA) à St-Hyacinthe, le 2 mai 2003.

## Éducation en matière d'étiquetage nutritionnel

**Joanne Desmarais Dobson RD, nutritionniste au Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition de Santé Canada à Ottawa, est venue nous présenter « la nouvelle trousse sur l'étiquetage nutritionnel à l'intention des éducateurs ».**

Selon madame Dobson, le nouvel étiquetage nutritionnel va permettre d'améliorer la santé des Canadiens, mais à la condition qu'il soit accompagné d'information simple et pertinente afin que le consommateur puisse en bénéficier. Cette trousse s'adresse aux professionnels de la santé, surtout les diététistes-nutritionnistes, afin de leur fournir les outils nécessaires pour bien informer le public. Un très beau défi pour nous ! On prévoit aussi une version pour les Inuits qui sortira bientôt.

Si certaines d'entre vous n'avez pas reçu la trousse, vous pouvez communiquer avec madame Dobson, par courriel, à l'adresse suivante : [Joanne\\_dobson@hc-sc.gc.ca](mailto:Joanne_dobson@hc-sc.gc.ca)

## Étiquetage nutritionnel et allégations : le nouveau règlement

**Lydia Dumais, diététiste, experte-conseil en nutrition à la Division d'évaluation en nutrition, Direction des aliments, Santé Canada.**

Le nouveau règlement de Santé Canada, qui découle de la **Loi sur les aliments et drogues** et de la **Loi sur l'emballage et l'étiquetage des produits de consommation**, comporte 3 volets :

« L'étiquetage nutritionnel », « Les allégations relatives à la teneur nutritive » et « Les allégations santé ».

Selon madame Dumais, le but de ce nouveau règlement est de fournir aux Canadiens de l'information nutritionnelle spécifique à chaque produit alimentaire. « Car les connaissances en nutrition des consommateurs ont beaucoup évolué depuis quelques années et ils ont besoin d'outils plus précis pour choisir adéquatement leurs aliments. »

Il est important de noter qu'on s'est inspiré du système américain, mais que le nouveau règlement n'est pas encore compatible avec les États-Unis.

## L'étiquetage nutritionnel

La grande nouveauté, c'est l'obligation d'annoncer la quantité d'acides gras trans du produit. « On ne bannit pas les acides gras trans de

l'alimentation, on veut simplement les identifier, pour que le consommateur puisse faire de meilleurs choix. »

De plus, éventuellement, comme dans plusieurs autres pays, Santé Canada prévoit suggérer un pourcentage maximum d'acides gras trans, un « apport maximal tolérable » (AMT).

Pourquoi n'y a-t-il seulement que 14 éléments nutritifs obligatoires ? Il y a au moins 30 autres éléments nutritifs pour lesquels on pourrait déclarer la teneur. Santé Canada a jugé qu'ils n'étaient pas essentiels pour l'instant.

À noter que les valeurs nutritives sur l'étiquette nutritionnelle sont fondées sur une alimentation de 2000 calories/jour.

En uniformisant l'étiquetage nutritionnel sur tous les produits, cela permettra aux consommateurs de faire un choix plus rapide à l'épicerie. On évalue à environ 37 secondes le temps que le consommateur consacre à son choix.

## Allégations relatives à la teneur nutritive

Le règlement précise de nouvelles allégations relatives à la teneur nutritive :

- source d'acides gras oméga-3 ;
- source d'acides gras oméga-6 ;
- sans acides gras trans ;
- teneur réduite ou faible en acides gras trans ;
- 100 % sans gras ;
- (pourcentage) sans gras.

Le règlement apporte des modifications importantes à certaines allégations actuelles :

- les allégations relatives aux graisses saturées et au cholestérol sont désormais sujettes à une restriction des graisses trans ;
- l'allégation « léger » s'applique désormais uniquement aux aliments qui ont une valeur réduite en énergie ou en lipides.

## Allégations santé

Autre grande nouveauté ; l'industrie alimentaire pourra désormais faire des allégations santé sur l'étiquette de ses produits à la condition que l'allégation repose sur des données scientifiques rigoureuses. L'énoncé de chacune des allégations est très précis et se divise en deux parties.

## Partie 1

Décrit les caractéristiques d'une alimentation (adéquate en calcium et pauvre en sodium) qui réduit le risque de développer une maladie liée à l'alimentation (ex. : ostéoporose, hypertension).

## Partie 2

Décrit les propriétés de l'aliment qui en font un choix alimentaire approprié (teneur élevée en calcium, faible en sodium).

Dans le nouveau règlement, cinq allégations sont permises.

1. Sodium et hypertension
2. Calcium et ostéoporose
3. Graisses saturées et trans et maladie du cœur
4. Fruits et légumes et cancer
5. Glucides fermentescibles et carie dentaire (ex. : gomme sans sucre)

Le règlement est entré en vigueur le 12 décembre 2002 et l'industrie alimentaire a jusqu'au 12 décembre 2005 pour s'y conformer.

*N.B. : Santé Canada sera un peu plus tolérant pour la petite entreprise et cette dernière a jusqu'au 12 décembre 2007 pour s'y conformer (une petite entreprise fait moins d'un million de dollars de ventes annuelles).*

## Pour plus d'information

Santé Canada

[www.santecanada.ca/etiquetagenutritionnel](http://www.santecanada.ca/etiquetagenutritionnel)

Courriel : [etiquetage\\_nutritionnel@hc-sc.gc.ca](mailto:etiquetage_nutritionnel@hc-sc.gc.ca)

Tél. : (613) 941-9252

Agence canadienne d'inspection des aliments :

[www.inspection.gc.ca](http://www.inspection.gc.ca)

Courriel : [nutrition@inspection.gc.ca](mailto:nutrition@inspection.gc.ca)

Tél. : 1 800 273-3213

## Application de la nouvelle réglementation

**Chairmaine Kuran, agente de programme au Bureau de la salubrité des aliments et de la protection des consommateurs à l'Agence canadienne d'inspection des aliments, Ottawa.**

L'ACIA a comme principal mandat la mise en application des normes de salubrité des aliments et de nutrition établies par Santé Canada, afin de protéger les consommateurs contre des

informations fausses ou trompeuses.

Ainsi, suite à cette nouvelle réglementation, l'ACIA devra se doter de nouveaux outils de travail, tels que nouvelle mise à jour du Guide d'étiquetage et de publicité sur les aliments, outils d'évaluation et matériel de formation pour les inspecteurs, des tests de vérification de la conformité quant aux valeurs nutritives, etc.

Madame Kuran suggère donc à l'industrie, d'attendre que les inspecteurs de l'ACIA soient bien formés avant de procéder aux changements de leurs étiquettes.

### Pour plus d'information

Sur le règlement d'étiquetage :

Santé Canada

[www.santecanada.ca/etiquetagenutritionnel](http://www.santecanada.ca/etiquetagenutritionnel)

Courriel : [nutrition\\_labelling@hc-sc.gc.ca](mailto:nutrition_labelling@hc-sc.gc.ca)

Tél. : (613) 941-9252

Sur la mise en application du règlement :

ACIA

[www.inspection.gc.ca/francais/bureau/labeti/nutrition-part1f.shtml](http://www.inspection.gc.ca/francais/bureau/labeti/nutrition-part1f.shtml)

Référence : «Le laboratoire : un partenaire pour l'industrie»

Courriel : [nutrition@inspection.gc.ca](mailto:nutrition@inspection.gc.ca)

Tél. : 1 800 273-3213

### Le laboratoire : un partenaire pour l'industrie

**Nancy Allard, chargée de projet en alimentaire et Marie-Josée Lessard, chimiste, superviseur du laboratoire de chimie alimentaire, Laboratoire d'environnement S.M.**

Le nouvel étiquetage sur les produits alimentaires, incluant les nouveaux éléments nutritifs à faire analyser, va obliger l'industrie à recourir encore davantage à des laboratoires fiables pour faire évaluer leurs produits afin de se conformer au nouveau règlement.

Madame Allard insiste beaucoup sur l'importance, lorsqu'on fait la demande d'analyses en laboratoire, de bien spécifier si les résultats seront utilisés pour l'étiquetage canadien ou américain, car le système d'étiquetage est différent dans les deux pays.

Voici quelques exemples.

- Les acides gras trans ne sont pas nécessaires sur l'étiquette américaine.
- Au Canada, la vitamine A s'exprime en

rétinol et en  $\beta$ -carotène, alors qu'aux États-Unis, on ne mentionne que le rétinol.

- Les AQR sont différents.
- Aux États-Unis, on doit mettre sur l'étiquette la quantité de calories provenant des matières grasses. Cela n'est pas nécessaire au Canada.

Malgré tous les efforts déployés pour s'assurer de la fiabilité des analyses, il peut y avoir des variations dans les résultats d'analyses dues aux différentes méthodes utilisées, ou au degré d'acceptabilité de l'écart type (5-10% écart : min.-max.), ou encore à l'homogénéité de l'échantillon.

À l'ACIA, on nous affirme qu'on sera tolérant quant aux résultats d'analyses, pourvu que ces données viennent d'un laboratoire compétent.

### L'étiquetage : une réalité quotidienne

**Bernard D'Amour, directeur du marketing, Aliments Carrière inc.**

La compagnie Aliments Carrière inc. fournit plus de 50% de tous les légumes surgelés faits au Québec. Puisqu'une grande partie de sa production se compose de marques maison, destinées aux grandes chaînes d'alimentation, voici ce que nous dit monsieur D'Amour : «Le changement des étiquettes dépendra de chacun de mes clients». Cependant, monsieur D'Amour suggère à ses clients de prendre leur temps et de ne pas précipiter les changements, afin d'éviter des erreurs d'étiquetage qui peuvent coûter très cher.

Selon lui, les nouvelles allégations santé seront bénéfiques pour le consommateur et amélioreront la compétitivité face aux produits importés.

Il espère que Santé Canada mettra de l'avant un vaste programme d'information auprès des consommateurs afin de bien les informer et surtout rendre plus crédibles les allégations santé. «Manger beaucoup de fruits et légumes afin de diminuer les risques de cancer»... Cette allégation sera beaucoup mieux perçue si elle émane de Santé Canada au lieu d'une industrie alimentaire!

### L'étiquette : outil de communication avec le consommateur

**Diane Morand, directrice de production, et Martine Pinard, directrice de la qualité au Groupe Bergeron Thibault.**

Mesdames Morand et Pinard sont convaincues de l'importance du nouvel étiquetage pour

une meilleure information au consommateur. Cependant, toute cette nouvelle réglementation est complexe pour l'industrie. C'est pourquoi le Groupe Bergeron Thibault a décidé, en plus de continuer à faire appel à des laboratoires externes pour les analyses, de faire aussi appel à une firme de consultants externes spécialisée pour monter le nouveau tableau nutritionnel de ses produits. Ce sera plus coûteux, mais plus rassurant pour le consommateur!

Pour le Groupe Bergeron Thibault, ce nouvel étiquetage va lui permettre d'aller chercher le maximum de la valeur nutritive de ses produits, un meilleur positionnement, une meilleure crédibilité pour les allégations et une meilleure orientation pour le développement de nouveaux produits.

### Dire la vérité, c'est très rentable

**Pierre Gince, président, Direction Communications stratégiques, firme de relations publiques.**

Selon monsieur Gince, pour bien faire comprendre le nouvel étiquetage nutritionnel aux consommateurs, il faudra d'abord gérer leurs perceptions. «Et c'est bien ça le grand défi des spécialistes des communications et du marketing : parvenir à influencer de très nombreuses perceptions différentes en même temps et souvent en quelques secondes».

Face à l'information, le consommateur reste souvent sur son appétit. En effet, il reçoit beaucoup trop souvent des informations incomplètes ou trop complexes, souvent erronées ou encore trop abondantes. Ainsi, afin de trouver des réponses à ses questions, il va faire lui-même ses propres recherches, sur Internet ou ailleurs, au risque de mettre la main sur des informations erronées, d'où l'origine de ses fausses croyances ou perceptions.

Ce nouvel étiquetage nutritionnel demandera aux consommateurs une période d'adaptation. Ils devront être guidés par des gens compétents et surtout de très bons vulgarisateurs.

Alors, quoi faire pour réussir l'opération communication/marketing de l'étiquetage nutritionnel? Monsieur Gince nous dit ceci : «Restreindre l'irrésistible désir de communiquer des tonnes d'informations en même temps, gagner la confiance des consommateurs en respectant les auditoires à qui l'on s'adresse et finalement, respecter les gens de relations publiques et de publicité/marketing», lesquels sont très familiers avec l'approche-consommateur. ☺



## ENTRE NOUS

Helen Bishop MacDonald, Dt.P., M.Sc., F.D.C.  
Directrice, Nutrition, Les Producteurs laitiers du Canada

## LE GRAS DU LAIT RÉDUIT LES SYMPTÔMES DE L'ASTHME CHEZ LES JEUNES ENFANTS.

Diverses études transversales menées en Allemagne, en Grèce, en Finlande et en Australie ont démontré que la consommation de lait<sup>2,3</sup> ou l'utilisation de beurre<sup>4,5</sup> tôt dans l'enfance étaient associées à une diminution de la prévalence de maladies atopiques. Récemment, une étude prospective effectuée auprès d'une cohorte ayant débuté à la naissance – ce qui est encore plus fiable – a démontré des résultats similaires<sup>1</sup>.

Wijga et ses collègues ont recueilli des données sur la consommation alimentaire de 2 978 enfants de deux ans et les ont comparées à la prévalence des symptômes de l'asthme rapportés à l'âge de trois ans. Les apports alimentaires étaient évalués à l'aide d'un questionnaire de fréquence court et simple comportant 13 aliments (lait entier, lait partiellement écrémé, autres produits à base de lait, pain blanc, pain brun, beurre, margarine, fromage, fruits, jus de fruits, légumes, viande et poisson). Ce questionnaire était envoyé à des parents au cours du dernier trimestre de la grossesse de la mère, puis trois mois après la naissance de l'enfant et, finalement, lorsque l'enfant était âgé de un an, deux ans et trois ans.

Les données ont démontré qu'une consommation quotidienne de lait entier, de produits à base de lait (par ex. yogourt, lait au chocolat, etc.), de beurre et de pain brun était associée de manière significative à des taux plus faibles d'asthme et/ou de difficultés respiratoires<sup>1</sup>. Les enfants qui ne consommaient pas de lait étaient 63 % plus susceptibles d'avoir reçu, antérieurement, un diagnostic médical d'asthme comparativement à ceux qui consommaient quotidiennement du lait entier. La prévalence d'« asthme récent » (définie comme le fait d'avoir reçu antérieurement un diagnostic d'asthme, en plus d'avoir eu des symptômes et/ou d'avoir pris des médicaments pour l'asthme au cours des 12 derniers mois) était nettement réduite chez les enfants qui avaient consommé du beurre tous les jours (1,5 %) comparativement aux autres (5,1 %). Les épisodes récents de difficultés respiratoires (en référence au fait d'avoir eu un ou plusieurs épisodes de difficultés respiratoires au cours de la dernière année) étaient également plus faibles chez les

enfants qui consommaient des produits laitiers (13,7 %) ou du beurre quotidiennement (7,7 %) comparativement aux autres enfants (respectivement 18,4 % et 15,4 %). Aucune association statistiquement significative n'a été observée entre des symptômes d'asthme et la consommation de fruits, de légumes, de margarine ou de poisson<sup>1</sup>.

Espérons que de telles études aideront à mettre un terme à la pratique qui vise à conseiller aux personnes souffrant d'asthme – ou présentant un risque élevé de le développer – d'éviter le lait.



*La consommation de produits laitiers à base de lait entier tôt dans l'enfance est associée à une réduction de la prévalence de l'asthme<sup>1</sup>.*

Les produits contenant des matières grasses du lait avaient pour effet de **réduire le risque**, chez les enfants d'âge préscolaire<sup>1</sup>, de développer de l'asthme et des difficultés respiratoires.

**Références :** 1. Wijga AH et coll. 2003. Association of consumption of products containing milk fat with reduced asthma risk in pre-school children: the PIAMA birth cohort study. *Thorax* 58:567-572. 2. Von Ehrenstein OS et coll. 2000. Reduced hay fever and asthma among children of farmers. *Clin Exp Allergy* 30:187-193. 3. Barnes M et coll. 2001. Crete: does farming explain rural and urban differences in atopy? *Clin Exp Allergy* 31:1822-1828. 4. Dunder T et coll. 2001. Diet, serum fatty acids and atopic disease in childhood. *Allergy* 56:425-428. 5. Haby MM et coll. 2001. Asthma in preschool children: prevalence and risk factors. *Thorax* 56:589-595.



Présenté par  
Les Producteurs laitiers  
du Canada



# 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 Michèle Cossette, « La concertation pour la continuité des soins nutritionnels »

#### 1. Quels sont les objectifs de la Table de concertation pour la continuité des soins nutritionnels ?

- a) Améliorer la communication entre les diététistes cliniciennes des différents établissements
- b) Sensibiliser les instances décisionnelles à la problématique de la non-continuité des soins
- c) Réponses a & b
- d) Aucune de ces réponses

#### 2. Quels outils permettent de faciliter la continuité des soins nutritionnels ?

- a) Bottin des diététistes en CLSC
- b) Formulaire de référence inter-établissement
- c) Module Nutrition
- d) Outil d'évaluation multiclientèle
- e) Toutes ces réponses
- f) Aucune de ces réponses

### Questions relatives au texte de Nadine Bergeron, « Les réseaux de services intégrés (RSI) — Une solution intéressante et prometteuse »

#### 3. Quelles sont les maladies chroniques à cibler pour installer un RSI impliquant la nutrition ?

- a) Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- b) Infarctus
- c) Insuffisance cardiaque
- d) Diabète
- e) Aucune de ces réponses

#### 4. Lequel des énoncés suivants ne fait pas partie des avantages qu'un RSI peut apporter aux usagers ?

- a) Diminution des coûts associés à la durée moyenne de séjour
- b) Continuum de soins et services
- c) Prise en charge rapide par les différents intervenants
- d) Approche tenant compte de l'ensemble des conditions de vie de la personne
- e) Toutes ces réponses sont bonnes

### Questions relatives au texte de Josiane Cyr, « Continuité des soins et pratique privée en nutrition »

#### 5. Nommez deux avantages pour les patients inscrits auprès d'un groupe de médecine de famille (GMF) :

- a) meilleure accessibilité à un médecin de famille
- b) lien privilégié avec le médecin et l'équipe professionnelle du GMF
- c) meilleure coordination des services
- d) accès à une information médicale personnalisée
- e) meilleur suivi du dossier en cas d'admission dans un centre d'hébergement
- f) toutes ces réponses sont bonnes

#### 6. Quel pourcentage de la population sera inscrit auprès d'un groupe de médecine de famille d'ici 2005 ?

- a) 50%
- b) 70%
- c) 75%
- d) 63%
- e) Aucune de ces réponses



Détachez 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  
1425, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 703  
Montréal (Québec) H3G 1T7

### La continuité des soins nutritionnels Réponses

1. a  b  c  d
2. a  b  c  d  e  f
3. a  b  c  d  e
4. a  b  c  d  e
5. a  b  c  d  e  f
6. a  b  c  d  e



## CÔTÉ QUALITÉ, LES ŒUFS FONT **BONNE MESURE**

### Riche en éléments nutritifs, faible en calories

Saviez-vous qu'un gros œuf ne contient que 70 calories et seulement 5 grammes de matières grasses? De plus, il renferme 6 grammes de protéines de grande qualité ainsi que plusieurs vitamines, minéraux et antioxydants.

Quant au cholestérol, de récentes études\* ont démontré une faible corrélation entre la consommation d'œufs et les maladies cardiovasculaires. Alors, pourquoi vous en passer?



Un œuf par jour,  
*pour toujours!*

[www.visezsante.org](http://www.visezsante.org)

[www.oeuf.ca](http://www.oeuf.ca)

† Savourer une variété d'aliments fait partie d'une alimentation saine. Les œufs sont nutritifs et devraient être consommés avec modération. Les producteurs d'œufs du Canada appuient financièrement le programme éducatif Visez santé™. Ceci n'est pas une approbation de produits. Voir [www.visezsante.org](http://www.visezsante.org). Information nutritionnelle (50 g) : énergie 70 calories, protéines 6 g, matières grasses 5 g, glucides 0 g.

\*Hu et coll. JAMA 1999; 281:1387-1394, N Engl J Med 1997; 337:1491-1499, BMJ 1996; 313:84-90, J Clin Epidemiol 1996; 49:211-216.



## HOMMAGE

### Hommage posthume à Suzanne Simard-Mavrikakis

Michèle Houde Nadeau, Dt.P., Ph.D.

**C'est avec un immense regret que les diététistes du Québec ont appris le décès de M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis. Ses collègues et amis ne peuvent que rendre hommage à cette grande dame du monde de la nutrition. L'excellence de son travail, son immense talent à propager sa passion pour la nutrition mais surtout son humanité et sa grande générosité ont jalonné les étapes de sa longue carrière.**

M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis a obtenu un baccalauréat en diététique de l'Université de Montréal alors qu'elle n'avait que 19 ans. Étudiante non seulement précoce mais brillante et disciplinée, elle faisait la joie et la fierté de ses professeurs qui comptaient bien, avec raison, la voir revenir un jour à l'institution de diététique et de nutrition.

Elle a ensuite complété un internat en diététique à l'Hôpital St-Mary's, à Rochester, au Minnesota, un lieu de stage fort recherché, où l'on n'accédait que munit d'un fort dossier académique.

#### **Sa première carrière, celle de nutritionniste clinicienne**

Au terme de son internat, M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis commence sa première carrière, celle de diététiste thérapeute. Elle occupe un poste à plein temps à l'Hôtel-Dieu de Montréal de 1959 à 1966, année où elle accepte la responsabilité de la nutrition clinique, jusqu'en 1968. Au total, une riche expérience de 10 ans à exercer sa profession de clinicienne, dans un milieu reconnu pour la très haute qualité de ses professionnels de la santé, qu'on triait sur le volet. Plusieurs pourraient le dire, M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis mettait déjà en œuvre les qualités si essentielles aux nutritionnistes cliniciennes, que tous lui reconnaissent aujourd'hui : compétence, générosité, dévouement et grande compassion pour tous ceux qui souffrent. L'importance d'être à l'écoute des autres faisait déjà partie de son code d'éthique. Elle épouse à ce moment Michel Mavrikakis et devient mère de deux fillettes. Elle a alors dû restreindre ses activités professionnelles. Comme son énergie était toujours aussi débordante, elle s'est tournée vers l'enseignement de la nutrition, ce qui lui permettait d'occuper un emploi à horaire plus souple.

#### **Sa deuxième carrière celle d'enseignante**

À partir de 1964 et jusqu'en 1974, M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis agit comme chargée de cours à l'École des sciences infirmières de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, puis au cégep Lionel-Groulx de Saint-Jérôme, au cégep de Saint-Jean-sur-le-Richelieu, à l'Institut d'hôtellerie et de tourisme, et à l'Institut de diététique et de nutrition de l'Université de Montréal. Elle fait aussi quelques remplacements comme clinicienne à l'Hôtel-Dieu, au C.H. Grace Dart, à Fleury.

À ce moment, elle opte pour des études de maîtrise à l'Institut de diététique et de nutrition, qui comptait alors un professeur spécialiste de l'éducation, M<sup>me</sup> Marielle Préfontaine. M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis trouve alors sa voie ; l'éducation en nutrition. Elle travaille dans ce cadre à un programme d'éducation en

nutrition pour enfants de la maternelle. Ce travail la conduira à produire et à implanter avec une collègue, Lucie Papineau, un programme d'éducation en nutrition pour les tout-petits, appelé : « Bonhomme en forme », qui mettait en vedette des marionnettes, dont Agathe la vache, qui connut un franc succès. Cette brève période d'études montre bien l'imagination, la créativité et le dynamisme de M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis qui donne toujours plus que ce qui est demandé.

La graine était semée ; sa carrière, qui pouvait prendre toutes les avenues possibles, s'ancrait irréversiblement dans le domaine de l'éducation.

L'ayant comptée parmi ses chargés de cours jusqu'en 1974, l'Institut de diététique et de nutrition ne pouvait laisser passer l'occasion de recruter une enseignante qui enthousiasmait littéralement les étudiants. Sans ajouter un hommage gratuit à ceux qui jalonnent déjà abondamment sa route, les étudiants appréciaient suprêmement les cours de M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis, qui leur semblaient un récit captivant ou une palpitante histoire véridique. M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis savait tirer profit de ses expériences de clinicienne, savamment rehaussées grâce à son sens aigu de l'observation.



Suzanne Simard-Mavrikakis, lauréate du prix d'excellence pour l'ensemble de la carrière, prix Ross 2000, en compagnie de son conjoint.

Appelée à donner des cours variés, elle s'est vite intéressée à la qualité du programme de baccalauréat en nutrition et à sa capacité de répondre aux besoins de la profession. Dynamique, efficace et entière, elle s'est alors impliquée à fond dans la formation des diététistes. Elle l'a fait avec tant d'intensité, qu'elle a été retenue comme coordonnatrice universitaire de stages, lorsque le programme d'internat a été intégré au programme de baccalauréat.

M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis s'est attaquée à l'implantation d'une nouvelle formule d'enseignement. Elle a planifié, élaboré et organisé les programmes de stages, les guides pédagogiques qui les accompagnent et leur système d'évaluation. Cela lui a permis de démontrer magistralement ses talents de gestionnaire : organisatrice vigilante, omniprésente et persuasive, qui sait susciter la collaboration de tous : qu'ils soient coordonnateurs, cadres hospitaliers ou étudiants. Elle excelle, et le mot semble trop faible, à gagner la confiance et à maintenir la fidélité de ses collaborateurs. Elle devient vite l'interface indispensable entre l'université et le milieu professionnel. A-t-on besoin d'une jeune graduée dans un milieu classique, ou d'un stagiaire qui développerait un projet exploratoire dans un nouveau cadre ? On téléphone à M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis. On recherche des stagiaires pour démontrer l'impact de la nutrition dans des milieux difficiles, complexes, en émergence, à l'étranger ? On recourt encore à elle, qui, toujours, répond à la demande : elle tisse les liens nécessaires, noue des fils quand il le faut, entame des démarches à différents niveaux, ouvre des portes, innove... Elle garde à jour son carnet où figurent les coordonnées de ses partenaires, ajoutant au fil des jours les événements importants de la vie de chacun : naissances, noms des enfants, maladies, changements d'emploi, voyages, et bien d'autres secrets : elle met toutes les chances

du côté des stagiaires, des diététistes et de la nutrition.

### Sa troisième carrière, celle de gestionnaire

Sa performance très remarquable comme coordonnatrice universitaire de stages l'a désignée comme adjointe au directeur du Département de nutrition pour le programme de baccalauréat, lorsque M<sup>me</sup> Claire Dalmé a pris sa retraite en 1987. La conjoncture financière qui touchait alors gravement les universités conduisait à la déconfiture des programmes professionnels, parmi lesquels le baccalauréat en nutrition. En effet, on commençait alors à substituer aux professeurs recrutés jusque-là pour leurs compétences et leurs intérêts pour la pratique de la nutrition des chercheurs hautement subventionnés par des organismes scientifiques, qui privilégient souvent les sciences de base aux dépens des sciences de la santé.

M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis baisserait-elle les bras ? Au contraire. Elle s'est battue bec et ongles pour que le corps professoral conserve un profil qui permette un enseignement pertinent et de haute qualité au baccalauréat en nutrition. Son sens politique et ses qualités de fin stratège qui constituent deux de ses grandes forces, en ont alors étonné plusieurs. Elle entreprend et mène à terme une refonte majeure du programme d'études, organise magistralement deux visites d'accréditation, toutes deux réussies en dépit des conditions difficiles, en un mot, se pose en maître d'œuvre de l'évolution du programme de formation des diététistes.

Elle profite aussi de sa position pour défendre la valeur de la recherche professionnelle, qu'elle pratique elle-même et avec ses étudiants de maîtrise. Ainsi, elle a décrit la perception qu'ont les administrateurs de la fonction des diététistes en milieu hospitalier, afin d'y apporter des correctifs ; elle a identifié certains déterminants de l'observance des pres-

criptions nutritionnelles pour les renforcer ; elle a examiné l'efficacité de l'éducation nutritionnelle offerte aux diabétiques, pour l'améliorer. Ces travaux constituent un apport du premier intérêt à la pratique professionnelle.

En jetant un regard global sur cette étape de sa

carrière, on doit constater que la polyvalence de M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis, ses compétences de gestionnaires et son immense capacité de travail et de générosité ont fait d'elle une codirectrice exceptionnelle pour le Département de nutrition depuis 1987 jusqu'à sa récente retraite.

### Associations professionnelles

Au cours des diverses étapes de sa carrière, M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis a aussi généreusement consacré temps et talent aux associations professionnelles : qu'on pense d'abord à sa présence assidue à plusieurs comités de notre Ordre.

- Comme secrétaire du comité d'inspection professionnelle pendant plusieurs années — nous aimerions souligner ici ce talent et ce goût extrêmement rare de l'écriture que M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis entretenait depuis des années au bénéfice de tous !
- Comme membre du comité éditorial de la revue.
- Comme membre du comité de formation.
- Comme présidente du comité des prix.

Son action s'étend depuis 1978 à l'échelle canadienne, où elle siège à la conférence des doyens et directeurs des programmes de nutrition de l'Association canadienne des diététistes, aujourd'hui Diététistes du Canada. Son engagement et sa souplesse, alliés à sa vision progressiste de la profession, lui ont permis d'intervenir avec succès pour faire évoluer le modèle de la pratique professionnelle à l'échelle nationale.

Il nous faut également souligner la participation hautement appréciée de M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis à l'Association du diabète du Québec. Elle a présidé la section professionnelle de cette association de 1989 à 1996 ; elle a d'ailleurs été la première professionnelle non-médecin à occuper ce poste. Elle a mis son expertise de clinicienne, d'éducatrice et d'organisatrice au service de ce regroupement qui a pour objectif le mieux-être des diabétiques, ce groupe si étroitement lié aux nutritionnistes.

La liste des activités professionnelles de M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis pourrait s'allonger encore, mais nous ne croyons pas devoir beaucoup ajouter pour transmettre l'admiration que nous éprouvons à son endroit, à titre de nutritionnistes, de collègues et d'amies. Les diététistes du Québec remercient M<sup>me</sup> Suzanne Simard-Mavrikakis pour l'héritage professionnel et humain qu'elle nous a légué. ☺



# confiant

L'assurance de groupe  
auto et habitation :  
**la direction à suivre**

Grâce à La Personnelle, l'assureur choisi par votre groupe, vous profitez d'économies importantes et d'avantages exclusifs : rabais individuels en plus des rabais de groupe, protections qui offrent plus que l'essentiel, et bien plus encore...

## Auto\*

- Rabais deux véhicules
- Rabais si équipement antivol
- Option Sans tracas : forfait de protections complémentaires à un prix avantageux

## Habitation

- Assurance de type « tous risques »
- Assistance juridique sans frais
- Service de télésurveillance hors pair

Demandez une soumission au :

**1 888 597-3673**

Pour plus d'information : [www.lapersonnelle.com](http://www.lapersonnelle.com)



\* L'assurance auto n'est pas offerte au Manitoba, en Saskatchewan ni en Colombie-Britannique, où il existe des régimes d'assurance provinciaux.



**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.

