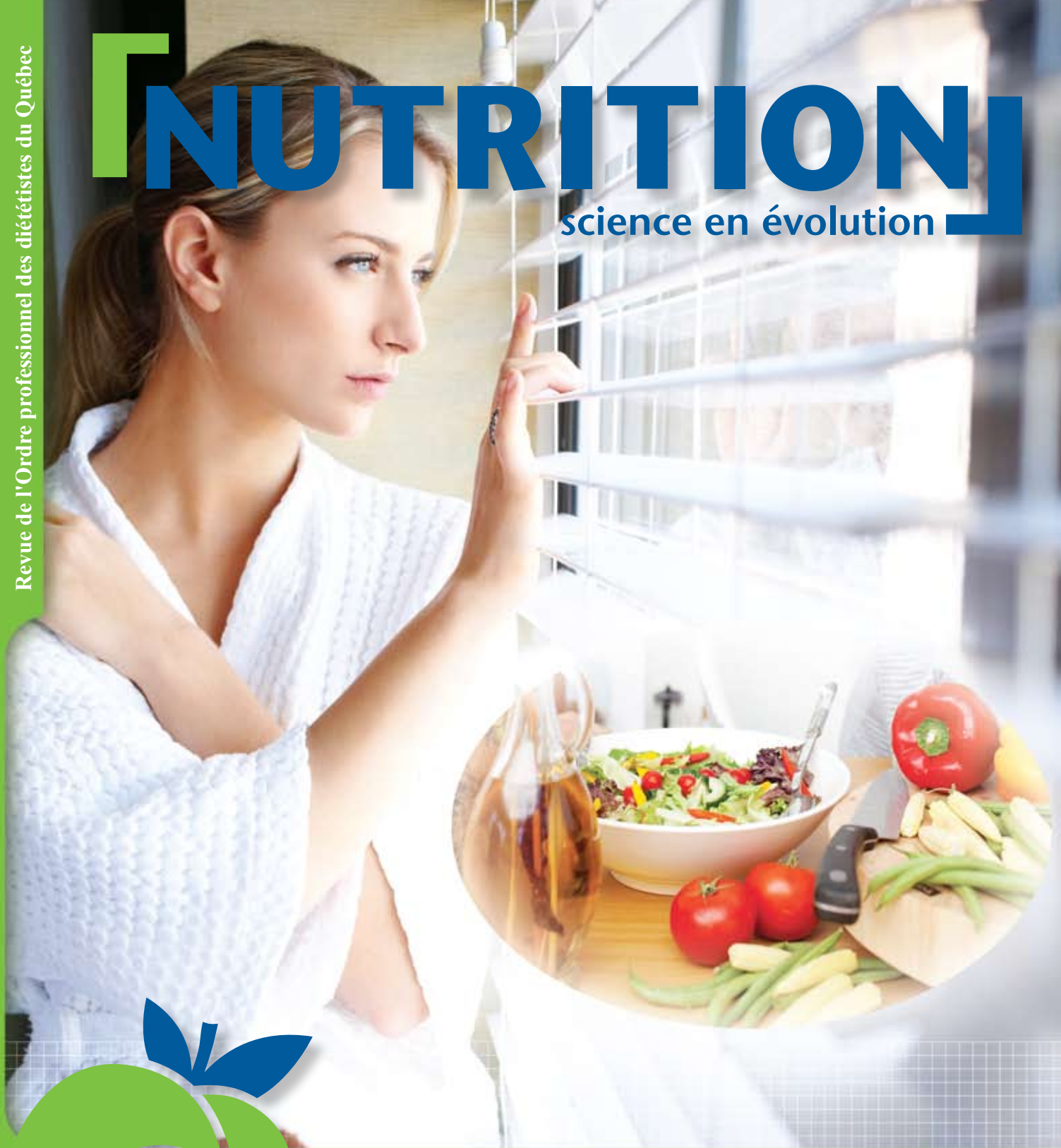


NUTRITION

science en évolution



DOSSIER

LA NUTRITION EN SANTÉ MENTALE : UNE AVENUE PROMETTEUSE

- > Les défis de la nutrition en santé mentale
- > Dépression et oméga-3 : où en sommes-nous ?
- > À quand le traitement nutritionnel pour soigner l'hyperactivité ?

**Vous avez des
questions
sur la nutrition ?**

**Nous avons
les réponses !**



Journée

des

diététistes/ nutritionnistes

17 mars 2010

Recevez gratuitement des conseils
par téléphone de 9 h à 16 h 30



1 866 233-3310

Merci à nos partenaires



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™



À la conquête de solutions.



NUTRITION

science en évolution



MISSION

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec assure la protection du public en matière de nutrition humaine et d'alimentation, notamment par le contrôle de l'exercice de la profession et de la qualité de l'acte professionnel de même que par le maintien et le développement des compétences professionnelles des diététistes/nutritionnistes.

Par des prises de position et des actions ciblées, l'Ordre contribue à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et des individus en favorisant des environnements propices à de saines habitudes alimentaires de même qu'en soutenant, dans chacun de ces environnements, l'accès aux compétences de ses membres. Ce faisant, l'Ordre favorise également des mesures d'éducation et d'accès à une information judicieuse, rigoureuse et d'intérêt public qui permet une prise de décision éclairée en matière d'alimentation.



ÉDITORIAL

La nutrition en santé mentale : une avenue prometteuse

Josiane Cyr, Dt.P., Nutritionniste au programme Enfance-jeunesse-famille et aux services généraux CLSC de Parc-Extension – CSSS de la Montagne, Montréal

4

MOT DU PRÉSIDENT

Une avancée importante de la profession en santé mentale

Michel Sanscartier, Dt.P., M.Sc.

5

DOSSIER — La nutrition en santé mentale : une avenue prometteuse

Les défis de la nutrition en santé mentale

Kathy Dufresne, Dt.P., et Annick Simard, Dt.P., candidate à la maîtrise en kinésiologie Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)

7

Dépression et oméga-3 : où en sommes-nous ?

Michel Lucas, Dt.P., Ph.D., Épidémiologiste/nutritionniste, stagiaire postdoctoral Department of Nutrition, Harvard School of Public Health, Harvard University

10

À quand le traitement nutritionnel pour soigner l'hyperactivité ?

Katherine Desjardins, finissante en nutrition, Université de Montréal

En collaboration avec Stéphanie Côté, Dt.P., M.Sc., Extensio, le Centre de référence en nutrition de l'Université de Montréal

15

PLUS

Le syndrome d'hyperphagie nocturne : plus qu'une fringale de nuit

Geneviève Faucher, Dt.P., Étudiante à la maîtrise en nutrition, Département des sciences des aliments et de nutrition, Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation, Université Laval

18

CHRONIQUE JURIDIQUE

Le refus d'un traitement nutritionnel

Me Janick Perreault, Dt.P., LL.B., LL.M., Ad.E.

22

SOMMAIRES DE RECHERCHE

• Consommation de boissons sucrées artificiellement : vers un gain de poids à long terme ?

Audrey-Anne Leduc, stagiaire en nutrition

23

• Les jeunes filles atteintes d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) courent-elles plus de risques de développer un trouble alimentaire ?

Audrey-Anne Leduc, stagiaire en nutrition

23

• Hypertension, hypercholestérolémie, diabète et risque de Parkinson

Stéphanie Hébert, stagiaire en nutrition

23

• Le cancer du côlon et les probiotiques

Céline Sosamrith Lor, stagiaire en nutrition

24

• La consommation élevée de produits laitiers est-elle associée à un poids corporel inférieur ou à une plus faible prévalence de perturbations métaboliques chez les Inuits du Nunavik ?

Annie Ferland, Benoît Lamarche, Émilie Counil, Marie-Ludivine Château-Degat, Éric Dewailly

24

ÉCHOS DES UNIVERSITÉS

Université Laval

Isabelle Galbois, Dt.P., Ph. D., professeure titulaire et directrice du programme de baccalauréat en nutrition, Département des sciences des aliments et de nutrition, Université Laval

25

REPORTAGE

Colloque « Alimentation et environnement : les grands défis des peuples autochtones

Lucie Brunelle, Dt.P., M.Sc., Division de kinésiologie, Université Laval

26

RECONNAISSANCE DE FORMATION CONTINUE

Questionnaire détachable pour l'obtention de crédits

28

HOMMAGE

Hommage à Marie-Paule Duquette

Véronique Serbey Binek, Dt.P., Dispensaire diététique de Montréal

29

La nutrition en santé mentale : une avenue prometteuse



Josiane Cyr

Les problèmes de santé mentale sont présents dans toutes les couches de la société, sans distinction d'âge, de sexe, de classe sociale ou de culture. Environ 20 % des individus seront touchés par la maladie mentale au cours de leur vie. Si l'on tient compte de la famille, des amis et collègues de ces personnes, à peu près tout le monde est concerné. Les liens de cet important problème de santé publique avec la nutrition sont de plus en plus démontrés. Cependant, malgré le chemin parcouru, il reste encore beaucoup à faire. Ce numéro vise donc à vous faire connaître les perspectives qu'offre le travail en nutrition auprès des personnes atteintes de troubles de santé mentale.

D'entrée de jeu, les nutritionnistes Kathy Dufresne et Annick Simard brossent un portrait des nombreux défis à relever quand on intervient auprès d'une clientèle atteinte de problèmes de santé mentale. Aux difficultés causées par la maladie elle-même s'ajoutent de nombreuses complications métaboliques concomitantes, et souvent accentuées par la médication. De plus, la maladie module l'état d'esprit et la réceptivité des personnes, ce qui nécessite une adaptation dans la façon d'intervenir. Les nutritionnistes cliniciens de tous les milieux y trouveront des solutions très concrètes pour travailler auprès de cette clientèle.

Les oméga-3 font la manchette depuis quelques années, notamment en rapport avec la dépression. Le nutritionniste Michel Lucas, chercheur et spécialiste des oméga-3, fait le point. Il ressort de son article que si les oméga-3 constituent une piste prometteuse, leurs effets restent à démontrer, surtout en cas de dépression majeure.



Katherine Desjardins, finissante en nutrition rattachée au Centre Extenso, s'est adjoint la collaboration de Stéphanie Côté, également d'Extenso, pour relever le défi de recenser la littérature relative au trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Elle nous livre un portrait de l'approche nutritionnelle appliquée au TDAH et propose diverses pistes d'intervention.

Dans la section hors dossier « Le Plus », Geneviève Faucher, nutritionniste et étudiante à la maîtrise, propose un article sur un sujet qui suscite de plus en plus d'intérêt : le syndrome d'hyperphagie nocturne, ou « night eating syndrome ». Cet article permet une meilleure compréhension d'un phénomène assez rare dans la population générale, mais qui touche assez fréquemment les personnes obèses.

Les maladies mentales sont un problème majeur de santé publique dans lequel sont investies d'importantes ressources humaines et financières, sans compter les répercussions sur les personnes qui en souffrent et leurs proches. Au nom de l'équipe éditoriale de la revue, je souhaite que ce dossier apporte un nouvel éclairage sur les outils que peut offrir la nutrition aux personnes atteintes d'un trouble mental.

*Josiane Cyr, Dt.P.
Nutritionniste au programme Enfance-jeunesse-famille
et aux services généraux
CLSC de Parc-Extension – CSSS de la Montagne, Montréal*

NUTRITION

science en évolution

Volume 7, numéro 3, hiver 2010

Ordre professionnel des diététistes du Québec

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

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

Édition

Ordre professionnel des diététistes du Québec

Comité éditorial

Berthe Lefebvre, Dt.P., M.Sc., présidente du comité,
Sophie Desroches, Dt.P., Ph.D., Josiane Cyr, Dt.P.,
Vicky Drapeau, Dt.P., Ph.D., Annie Ferland, Dt.P., Ph.D.,
Annie Langlois, Dt.P., Annie Morin, Dt.P., Josée Pelletier, Dt.P.,
Nancy Presse, Dt.P., Sylvie Saint-Pierre, Dt.P., Ph.D.

Coordination

Lise Tardif, adjointe aux communications
et aux services à la clientèle

Rédaction

Lucie Brunelle, Émilie Cueil, Marie-Ludivine Château-Degat,
Éric Dewailly, Josiane Cyr, Katherine Desjardins,
Kathy Dufresne, Geneviève Faucher, Annie Ferland,
Isabelle Galbois, Stéphanie Hébert, Benoît Lamarche,
Audrey-Anne Leduc, Céline Sosamrith Lor, Michel Lucas,
Janick Perreault, Véronique Serby Binek, Michel Sanscartier,
Annick Simard.

Réviseurs

Tous les articles sont révisés par des pairs.

Direction artistique et production

Le Groupe Pro Santé inc. / Mathieu Guérard

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

Geneviève Bergeron,
Conseillère en communication pour Le Groupe Pro Santé inc.

Abonnement / Tarifs pour 1 an (3 numéros)

Québec :	63,26\$ (TPS/TVQ incluses)
Canada – Ontario et provinces de l'Ouest :	58,85\$ (TPS incluse)
Canada – provinces de l'Est :	63,25\$ (TVH incluse)
États-Unis :	65,00\$
Autres pays :	75,00\$

Mise en garde

Le fait d'accepter la publication d'une publicité ne signifie aucunement que l'OPDQ appuie l'entreprise ou son message. Les opinions exprimées dans les articles n'engagent que les auteurs. L'Ordre ne se porte pas garant du contenu de ces textes, à moins d'avis contraire.

Reproduction

Peut être reproduit sans permission à condition de ne rien modifier et de mentionner la source.

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 aux services à la clientèle.

Gestion de la revue

La gestion rédactionnelle et la coordination de la production de NUTRITION — science en évolution ont été confiées à Le Groupe Pro Santé inc. 1 888 660-4585

Dépôt légal

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

Convention de la Poste-publication n° : 40052288
Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada à : OPDQ, 2155, rue Guy, bureau 1220, Montréal (Québec) H3H 2R9 — opdq@opdq.org



30% recyclé



Une avancée importante de la profession en santé mentale



Michel Sanscartier, Dt.P., M.Sc.

"L'Ordre a eu l'occasion de faire valoir le lien étroit entre la nutrition et la santé mentale. Car s'il est clair pour nous que notre intervention peut s'avérer extrêmement précieuse dans la prise en charge globale de ces problèmes de santé, cela n'est pas évident pour tous."

En juin 2009, l'Assemblée nationale adoptait le projet de loi 21 portant sur l'encadrement professionnel dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Ce projet de loi faisait suite aux travaux d'un comité d'experts mis sur pied en 2004 par l'Office des professions du Québec et présidé par le D^r Jean-Bernard Trudeau. Il vise essentiellement à encadrer la pratique de la psychothérapie et à autoriser certaines activités en santé mentale à des membres d'ordres professionnels. Selon l'Office des professions, il entrera en vigueur de façon progressive. Même si à l'origine l'OPDQ n'avait pas été identifié comme l'un des ordres directement concernés, dès le dépôt du projet, nous avons manifesté notre intérêt à intervenir, ce qui fut fait. L'Ordre a été entendu en commission parlementaire et a obtenu l'ajout, au projet de loi, d'une clause interprétative assurant que les diététistes/nutritionnistes pourraient poursuivre leurs interventions nutritionnelles auprès de la clientèle atteinte de trouble mental.


L'Ordre a eu l'occasion de faire valoir le lien étroit entre la nutrition et la santé mentale. Car s'il est clair pour nous que notre intervention peut s'avérer extrêmement précieuse dans la prise en charge globale de ces problèmes de santé, cela n'est pas évident pour tous.

Comme vous pourrez le constater à la lecture des articles de ce numéro, l'intervention nutritionnelle en santé mentale est une plus-value de la première à la troisième ligne de soins. Pensons seulement

aux effets d'une déficience en glucides ou en vitamine B₁₂ sur la performance du cerveau, ou aux effets secondaires métaboliques de la médication antipsychotique. Une simple recherche sur Medline avec les mots clés nutrition et santé mentale suffit à révéler le vif intérêt des chercheurs dans ce domaine. Si la littérature est encore plutôt rare en ce qui concerne les économies générées pour le système de santé, les bénéfices d'une intervention nutritionnelle pour le patient atteint d'un trouble mental sont par contre très bien démontrés.

Dans notre contexte actuel de vieillissement de la population, de forte prévalence des maladies chroniques et de manque de ressources, il est d'autant plus important que la population ait accès à l'expertise des diététistes/nutritionnistes, et ce, dès la première ligne de soins. Et ce l'est avec encore plus d'acuité pour la clientèle en santé mentale, compte tenu de la nature des troubles et des effets de la médication. Dans ce contexte et dans celui de l'approche populationnelle, qui implique de consacrer davantage d'efforts à la prévention, il est clair que les modalités de prestation de soins doivent être revues. Et si les façons de faire et processus doivent effectivement être remis en cause, si de nouveaux partenariats doivent être instaurés, il est par ailleurs souhaitable que le système mise davantage sur les services professionnels substitutifs aux soins curatifs et aux médicaments. À cet égard, la nutrition constitue probablement un des leviers les plus optimaux.

C'est donc à l'amorce d'un partenariat avec les équipes de première, deuxième et troisième ligne en santé mentale que l'OPDQ contribue présentement. Au Canada, on recommande d'ailleurs l'implantation d'un système axé sur les capacités de rétablissement des personnes et qui repose sur trois piliers : 1) l'accès à une gamme diversifiée de services afin de mieux répondre aux besoins; 2) la prestation des services dans la communauté; 3) l'intégration des services dans un but de continuité des soinsⁱ. Au Québec, les réformes du système sociosanitaire et de santé mentale priorisent les mêmes axes de transformationⁱⁱ.

Voilà donc qui justifie notre engagement à toutes et tous dans l'organisation des soins en santé mentale, de façon à ce que nous puissions nous assurer que les soins nutritionnels sont compris comme un traitement complémentaire essentiel dans ce domaine de la médecine. 

i KIRBY COMMISSION, The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2006, *Out of the Shadows at Last, Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*, Final Report, Ottawa.

ii Fleury, M-J. Santé mentale en première ligne: <http://www.santementaleauquebec.ca/spip.php?article491>, consulté le 22 janvier 2010.



A large step forward for the mental health profession



Michel Sanscartier, P.Dt., M.Sc.

"The OPDQ was able to highlight the link between nutrition and mental health. Although our interventions clearly play a valuable role in the overall management of these types of health problems, this was not obvious to everyone."

In June 2009, the National Assembly of Quebec adopted Bill 21 to define the professional framework in the field of mental health and human relations. This bill was based on the work done by the Office des professions du Québec task force led by Dr. Jean-Bernard Trudeau. Essentially, the objectives of the Bill 21 are to provide a new framework for the practice of psychotherapy and to authorize members of professional orders to carry out certain mental health activities. According to the Office des professions, this bill will come into effect progressively. Although the OPDQ was not initially identified as one of the professional orders directly concerned by mental health and human relations, we were given the opportunity to be heard after the proposed bill was tabled. Not only did our Order appear before the parliamentary commission, but it succeeded in having an interpretive provision added to the bill ensuring that we can continue to perform nutritional assessments and interventions for clients suffering from mental illnesses.

The OPDQ was able to highlight the link between nutrition and mental health. Although our interventions clearly play a valuable role in the overall management of these types of health problems, this was not obvious to everyone.

As you read the articles in this issue, you will note that the added value of nutritional intervention in mental health from the first to the third line has become incontrovertible. For example, consider the impact of carbohydrate or vitamin B₁₂ deficiency on brain performance or the secondary metabolic effects of anti-psychotic medication. Researchers' interest in this area can be ascertained with a quick search on Medline database using the keywords "nutrition" and "mental health". Though little literature exists to illustrate the impact of nutritional intervention on care and medication costs, the benefits to patients' health, however, are very well documented.

If we consider the aging population, the prevalence of chronic illnesses and the shortage of resources we are experiencing, it seems evident that people should have access to the expertise of a dietitian/nutritionist from the first line. Mental health pathologies and the side effects of the medication used to treat them underscore the need of that clientele to benefit from nutritional services throughout the continuum of care. Clearly, in this context, care delivery models must be reviewed; this also holds true for the population approach, which increasingly fosters prevention. And if new methods and processes

must indeed be developed and new partnerships established, it is logical that the system be more flexible to accommodate professional services that can serve as substitutes to curative treatments and medication. For all of these reasons, nutrition is probably one of the best levers with regard to the benefits to a patient's health, as well as to the non-negligible societal health costs.

The OPDQ is presently in a partnership with first-, second- and third-line mental health teams. The system recommended for implementation in Canada should be one based on patient recovery capacity and have a three-pronged approach: 1) access to a wide range of services to better meet our clientele's needs; 2) service delivery to the community; and 3) the integration of these services with a view to maintaining continuity of care.ⁱ In Quebec, the reforms of the social and mental health system share the same priorities.ⁱⁱ

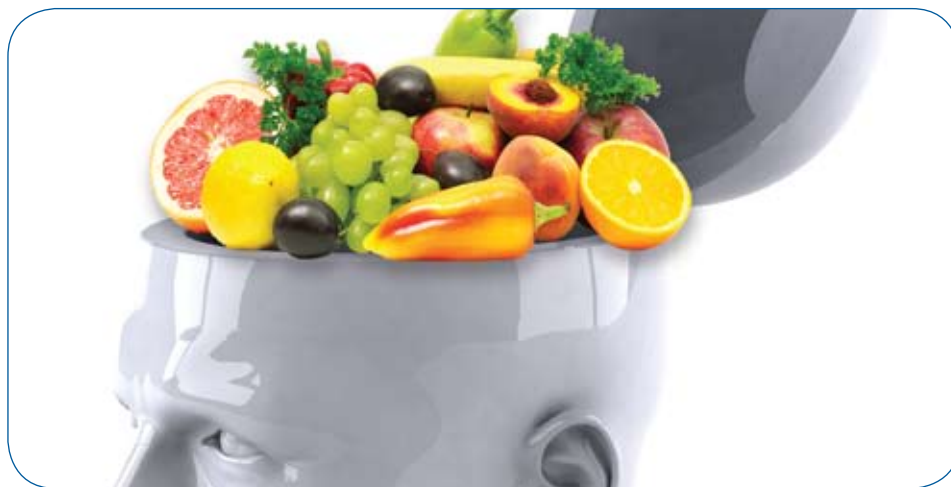
This justifies our involvement in the organization of mental health care to ensure that nutritional care is included as an essential complementary treatment. ☺

ⁱ KIRBY COMMISSION, The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2006, *Out of the Shadows at Last, Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*, Final Report, Ottawa.

ⁱⁱ Fleury, M-J. Santé mentale en première ligne: <http://www.santementaleauquebec.ca/spip.php?article491>, consulted on January 22, 2010

Les défis de la nutrition en santé mentale

Kathy Dufresne, Dt.P., et Annick Simard, Dt.P., candidate à la maîtrise en kinésiologie
Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)



Outre les troubles du comportement alimentaire, les troubles de santé mentale ne sont pas d'emblée reconnus pour leurs liens avec la nutrition. Pourtant, les répercussions des divers problèmes de santé mentale sur l'état nutritionnel sont bien réelles et constituent un défi pour les nutritionnistes.

Les troubles mentaux font partie des maladies chroniques les plus invalidantes¹. Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès des personnes présentant une condition psychiatrique grave³⁻⁶. Comparativement à la population générale, la prévalence d'obésité, de dyslipidémies, d'hypertension, de tabagisme et d'hyperglycémie est plus élevée chez les individus souffrant de schizophrénie, de maladie affective bipolaire et de dépression⁷⁻¹¹. **De plus, les schizophrènes présentent quatre fois plus de risques de développer un syndrome métabolique¹² et deux à quatre fois plus de risques de développer un diabète⁵.** D'ailleurs depuis 2003, la schizophrénie est reconnue comme un facteur de risque pour la maladie dans les lignes directrices canadiennes sur le diabète¹³.

La littérature révèle que la prévalence de dyslipidémies s'élève à 89 % chez une population de schizophrènes qui n'ont jamais été traités par des antipsychotiques, alors qu'elle se situe à 62 % pour l'hypertension artérielle et à 45 % pour le diabète¹⁴. **La maladie mentale à elle seule fait en sorte que les individus présentent des pathologies qui les rendent à risque de problèmes nutritionnels¹.** Plusieurs facteurs expliquent le taux élevé de morbidité et de mortalité observé chez la clientèle psychiatrique.

On mentionnera entre autres la sédentarité (accentuée par les effets sédatifs de la médication), les symptômes négatifs de la maladie (la perte d'énergie et de motivation, une perte d'intérêt envers les autres qui conduit au retrait social), l'alimentation plus riche en énergie et en matières grasses et plus pauvre en fibres alimentaires, en vitamines et en fruits et légumes^{6,14-16}. Les personnes atteintes de maladie mentale sont parfois incapables de reconnaître et de rapporter les signes et les symptômes d'un problème de santé, d'observer le traitement médical et de respecter les rendez-vous de suivi^{17,18}.

Effet de la pharmacothérapie

Un élément pour le moins non négligeable dans le traitement des personnes atteintes de maladie mentale est l'effet de la pharmacothérapie sur la santé des individus. Les antipsychotiques, particulièrement les atypiques, ainsi que certains stabilisateurs de l'humeur et antidépresseurs (voir le tableau 1) sont associés au gain de poids et au développement de troubles métaboliques^{19,20}. Il est reconnu par des organismes comme Santé Canada et la *Food and Drug Administration* (FDA) que les antipsychotiques peuvent modifier la régulation du glucose. La médication pourrait également agir sur d'autres variables, telles que les facteurs génétiques et la régulation du système

endocrinien et du métabolisme²¹. Jusqu'à 80 % des personnes traitées avec des antipsychotiques accusent un gain de poids attribuable à la médication; le Clozaril® et le Zyprexa® y contribuent de façon plus significative^{22,23}. En effet, plusieurs des personnes traitées rapportent une augmentation de l'appétit, particulièrement pour les aliments sucrés et salés. De plus, les antipsychotiques sont maintenant utilisés de façon plus large que pour le seul traitement des symptômes de la schizophrénie. Ils sont utilisés aussi pour le traitement de dépressions résistantes, de désordres obsessionnels compulsifs résistants et de troubles bipolaires. Cette pratique a pour effet d'augmenter le nombre de clients qui présentent un risque de gain de poids et de complications métaboliques. Sur la base des recommandations issues de divers groupes d'experts, l'OPDQ recommande de « surveiller étroitement et de traiter adéquatement le gain de poids » et précise que « de manière optimale, tous les patients recevant ces traitements [antipsychotiques] devraient bénéficier du counseling nutritionnel²⁴ ».

Particularités de la clientèle

La maladie mentale n'a pas de frontières et toutes les couches de la société sont touchées. Les clients rencontrés sont des travailleurs, des professionnels, des prestataires de la sécurité du revenu, des étudiants, des parents, des itinérants de différents niveaux de scolarité. Les problèmes rencontrés auprès de cette clientèle sont semblables à celles de la population générale : obésité, intolérance au glucose, diabète, dyslipidémies, hypertension artérielle et variations pondérales. Toutefois, il faut considérer les problèmes supplémentaires (voir l'encadré en page 8) qui ont des répercussions souvent majeures sur l'état nutritionnel (voir le tableau 2). Ce « double diagnostic » rend plus complexes l'intervention auprès du client, l'enseignement et l'élaboration du plan de traitement nutritionnel. Des comportements inusités très souvent associés à la désorganisation mentale sont à prévoir. Ils peuvent être temporaires ou chroniques. Par exemple, l'exclusion de certains aliments, une alimentation très restrictive ou encore un refus de s'alimenter dû à des hallucinations. De plus, certains clients sont en déni face à leur maladie, autant mentale que physique.

suite en page 8

Tableau 1 : Médicaments souvent associés au gain de poids

Antipsychotiques atypiques	Clozaril ^{MD} , Zyprexa ^{MD} , Risperdal ^{MD} , Séroquel ^{MD}
Stabilisateurs de l'humeur	Carbolith ^{MD} , Épival ^{MD} , Tegreto ^{MD}
Antidépresseurs	Tofranil ^{MD} , Elavil ^{MD} , Paxil ^{MD} , Nardil ^{MD} , Remeron ^{MD}

Problèmes nutritionnels fréquents en santé mentale

Troubles digestifs, constipation, diarrhée, végétarisme ± restrictif, refus de s'alimenter, jeûne, obsession/compulsion, cachexie/dénutrition, alimentation déficiente, comportements alimentaires à risque (gloutonnerie, consommation très élevée de café/caféine et de liquides comme les boissons gazeuses, le jus et l'eau), pseudo-allergies alimentaires, aversions alimentaires multiples, habitudes alimentaires chaotiques et irrégulières (un seul gros repas par jour ou quatre-cinq repas, consommation d'aliments la nuit).

Interventions de la diététiste

Les limites que présentent les clients se situent surtout sur les plans de la capacité de concentration, du jugement et de l'interprétation²⁵. Plusieurs ont de la difficulté à se lever tôt le matin (en raison de l'effet sédatif des médicaments). L'intervenante

doit donc adapter son horaire aux besoins du client, afin d'en obtenir une meilleure attention et une meilleure collaboration. Il n'est pas toujours possible de faire un relevé alimentaire détaillé. Plus d'une rencontre sera alors nécessaire pour regrouper toute l'information relative à l'évaluation nutritionnelle. Le fait d'informer le client de la souplesse, des attentes au regard des objectifs permet de diminuer l'anxiété. Il est important de vérifier auprès de la personne sa motivation réelle à venir aux rencontres. Grâce au suivi nutritionnel, certains brisent l'isolement, mais évoluent peu dans le processus de changement. Des clients ont même une perception très particulière, étonnante de leur santé et de leur alimentation. Prendre le temps de poser des questions au cours des premières entrevues permet de trouver l'élément de motivation qui mènera vers le changement. Il devient ainsi plus facile de fixer des objectifs qui seront par surcroît réalistes pour le client, ce qui favorise l'établissement du lien de confiance. À cet égard, l'entrevue motivationnelle constitue une méthode simple et directe pour cerner le client et son désir de changement. La diététiste se doit également de connaître les ressources disponibles dans la communauté, comme les organismes de distribution alimentaire (gratuits ou à coût minime), les cuisines collectives et les soupes populaires.

La ligne téléphonique 211 est un service qui permet de diriger rapidement la personne vers les ressources communautaires dans les régions de la Capitale-Nationale et de la Chaudière-Appalaches. Le site Internet www.211quebecregions.ca fournit d'ailleurs une foule d'informations à ce sujet.

Aptitudes et habiletés de la diététiste

La diététiste doit être en mesure de s'adapter rapidement à des clientèles dont l'attitude peut changer brusquement. Le client peut tout d'abord se laisser approcher, puis refuser l'intervention quelques minutes plus tard en criant. **Il est essentiel de respecter le rythme du client et d'accepter que sa capacité de changement est pour l'instant limitée.** Par exemple, diminuer la fréquence de consommation des mets de type *fast-food* ou des desserts plus riches à une ou deux fois par semaine, plutôt que de les bannir complètement. La patience est de mise; les rencontres sont habituellement plus courtes, mais s'étalent sur une plus longue période. Plusieurs notions sont souvent à revoir. Il importe d'encourager et de mettre en valeur les réussites et les changements, si minimes soient-ils. La base du plan de traitement nutritionnel repose sur la capacité de l'intervenante à fixer des objectifs précis et réalistes avec le client. De

suite en page 9

Tableau 2 : Les principaux symptômes et comportements associés à des troubles psychiatriques, et leurs effets nutritionnels possibles

Catégories diagnostiques les plus fréquentes ²	Symptômes et comportements souvent associés*	Effets nutritionnels possibles*	Interventions nutritionnelles courantes**
Déficience intellectuelle associée à des troubles mentaux ou comportementaux	Passivité ou agitation Humeur dépressive	↓ ou ↑ poids	Évaluer la dépense énergétique Enrichir l'alimentation
Démence et troubles cognitifs (ex. : maladie d'Alzheimer, traumatisme crânien, maladie de Huntington)	Altération de la mémoire Apraxie, confusion Désorientation dans les trois sphères (temps, espace, personnes)	Désorganisation au moment de l'alimentation ↓ poids et ↓ apport, dénutrition Dysphagie	Assister l'alimentation Enrichir l'alimentation Adapter les textures et consistances
Schizophrénie (paranoïde, désorganisée, résiduelle, etc.)	Délires, hallucinations (auditives, visuelles) Refus de s'alimenter ↓ intérêt et plaisir Immobilité ou hyperactivité	↓ ou ↑ poids Carences nutritionnelles	Respecter les goûts et aversions alimentaires, même si temporaires et impliquent peu de variété
Troubles de l'humeur/ trouble anxieux (dépression, trouble bipolaire, anxiété généralisée)	Troubles de l'appétit ↓ de l'énergie, insomnie Agitation psychomotrice Fonction gastro-intestinale perturbée	↓ ou ↑ poids Incapacité à avaler les solides	Offrir de plus petites portions Enrichir l'alimentation Alimentation liquide temporaire
Troubles de la personnalité (personnalité limite, antisociale, dépendante, etc.)	Aversions alimentaires multiples	Carences nutritionnelles Maigre/obésité	Élaborer un plan nutritionnel précis Limiter le nombre d'entrevues Prendre les décisions en équipe
Troubles neuropsychiatriques (maladie de Parkinson, sclérose en plaques, etc.)	Troubles moteurs, gustatifs et olfactifs	↓ apports Dysphagie	Offrir des aliments appétissants Assister l'alimentation Adapter les textures et consistances
Troubles liés à une substance (médicaments, drogues et alcool)	Troubles de l'appétit ↑ significative des apports quotidiens en période de sevrage	↓ ou ↑ poids	Ajuster les portions pour combler la faim Enrichir l'alimentation


* Non exclusifs à chacun des diagnostics. ** Il s'agit là des interventions auxquelles on devra accorder une attention particulière. L'évaluation nutritionnelle complète est bien sûr nécessaire.

plus, elle doit être consciente que ces objectifs peuvent parfois être très loin des recommandations du Guide alimentaire canadien ou des approches nutritionnelles usuelles. Les outils utilisés doivent être simples, concrets et visuellement accrocheurs. L'assiette santé, les modèles d'aliments et l'utilisation de la main comme indicateur de portions ramènent très souvent le client à la réalité. Remettre des conseils écrits facilite leur mémorisation. En début de rencontre, il est souvent utile de revenir sur les conseils remis antérieurement afin d'évaluer la compréhension, la mémorisation, et ajuster l'enseignement par la suite. L'approche interdisciplinaire au quotidien est primordiale afin de valider l'information reçue du client, de renforcer certaines habitudes et certains comportements, d'appuyer l'enseignement et de recentrer la personne sur les recommandations qu'on lui aura faites.

Dangereuse, la clientèle psychiatrique ?

Les personnes atteintes d'une maladie mentale grave commettent près de quatre fois plus d'agressions physiques que la population générale. **Toutefois, le nombre absolu de gestes hétéro-agressifs commis par des personnes atteintes de troubles mentaux graves demeure faible si l'on considère l'ensemble des gestes violents commis dans notre société²⁶.** L'évaluation clinique du risque de dangerosité ainsi qu'un traitement approprié permettent de prévenir les risques²⁶. Certaines précautions sont à prendre, surtout au cours des hospitalisations. Suivre des formations sur la sécurité au travail, vérifier auprès du personnel que la personne peut être rencontrée en entrevue, se faire accompagner d'un intervenant, maintenir une certaine distance avec le client et porter une alarme sont de bons moyens de s'assurer que les interventions seront sécuritaires.

Conclusion

Les répercussions de la maladie mentale au regard de l'état nutritionnel, du poids corporel et de l'apparition d'autres troubles de santé sont maintenant bien documentés. Des protocoles de surveillance de divers paramètres reliés à la prise de certaines classes de médicaments devraient être instaurés de façon systématique dans les milieux de soins. Il est possible d'agir sur les habitudes de vie des personnes atteintes de maladie mentale, de les amener à pratiquer de l'activité physique et à changer leur alimentation. Il existe des outils susceptibles d'accroître l'autonomie de la personne au regard de l'alimentation (meilleurs choix à l'épicerie, planification et préparation des repas). Que ce soit au moyen d'ateliers d'information ou encore de rencontres individuelles ou de groupe, les formules d'enseignement sont nombreuses. La réappropriation du pouvoir est un élément clé du rétablissement de l'individu et les interventions doivent en tenir compte. 

« ...le nombre absolu de gestes hétéro-agressifs commis par des personnes atteintes de troubles mentaux graves demeure faible si l'on considère l'ensemble des gestes violents commis dans notre société²⁶ ».

« Les répercussions de la maladie mentale au regard de l'état nutritionnel, du poids corporel et de l'apparition d'autres troubles de santé sont maintenant bien documentés. Des protocoles de surveillance de divers paramètres reliés à la prise de certaines classes de médicaments devraient être instaurés de façon systématique dans les milieux de soins ».

Références bibliographiques

- LES DIÉTÉTISTES DU CANADA. Le rôle des diététistes dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires axés sur la collaboration, 97 p.
- L. OUELLET, M. BLACKBURN et P. LAFLÈCHE. Petit guide pratique d'intervention. Notions de base sur les maladies mentales, Direction des soins et services cliniques, Centre hospitalier Robert-Giffard, Québec, 2005, édition mise à jour en 2008, 71 p.
- R.M. CAPASSO, et al. « Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: An Olmsted County, Minnesota cohort: 1950-2005 », *Schizophrenia Research*, vol. 98, janvier 2008, p. 287-294.
- M.T. COMPTON, et J.W. NEWCOMER. « Metabolic disturbances associated with the use of second-generation antipsychotics », *Medscape*, septembre 2007, p. 1-16.
- J.W. NEWCOMER. « Antipsychotic medications: Metabolic and cardiovascular risk », *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 68, no 4, p. 8-13.
- S. SMITH, et al. « A well-being program in severe mental illness. Reducing risk for physical ill-health: A post-program service evaluation at 2 years », *European Psychiatry*, vol. 22, no 7, octobre 2007, p. 413-418.
- D. COHEN. « Atypical antipsychotics and new onset diabetes mellitus », *Pharmacopsychiatry*, vol. 37, 2004, p. 1-11.
- J.P. LINDENMAYER, et al. « Hyperglycemia associated with the use of atypical antipsychotics », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 62, no 23, 2001, p. 30-38.
- R.S. MCINTYRE, et J.Z. RONARSKI. « Tolerability profiles of atypical antipsychotics in the treatment of bipolar disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 66, no 3, 2005, p. 28-35.
- W.T. REGENOLD, et al. « Increased prevalence of type 2 diabetes mellitus among psychiatric inpatients with bipolar I affective and schizoaffective disorders independent of psychotropic drug use », *Journal of Affective Disorders*, vol. 70, no 1, 2002, p. 19-26.
- A. SERRETI, et al. « New antipsychotics and schizophrenia: A review on efficacy and side effects », *Current Medicinal Chemistry*, vol. 11, no 3, 2004, p. 343-358.
- J.M. SUVISAARI, et al. « Metabolic syndrome among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 68, 2007, p. 1045-1055.
- CANADIAN DIABETES ASSOCIATION. « Clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada », *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 27, no 2, 2003, p. S1-S152.
- F. GIGNOUX-FROMENT. Les antipsychotiques en médecine générale : Diagnostic, surveillance et prise en charge du syndrome métabolique, Paris, Université Paris Descartes, 2009.
- J.S. BRAR, et al. « Effects of behavioural therapy on weight loss in overweight and obese patients with schizophrenia and schizoaffective disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 66, no 2, 2005, p. 205-212.
- M.T. COMPTON, et al. « Cigarette smoking and overweight/obesity among individuals with serious mental illness: A preventive perspective », *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 14, no 4, 2006, p. 212-222.
- D.C. GOFF, et al. « A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls », *Schizophrenia Research*, vol. 80, no 1, décembre 2005, p. 45-53.
- M.J. POULIN. « Action-santé : pour mieux relever le défi complexe des problèmes médicaux en psychiatrie », Conférence octobre 2005.
- J.P. LINDENMAYER, et al. « Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics », *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, no 2, 2003, p. 290-296.
- J.A. LIEBERMAN, et al. « Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia », *The New England Journal of Medicine*, vol. 353, no 12, 2005, p. 1209-1223.
- T. BAPTISTA, et al. « Pharmacological management of atypical antipsychotic-induced weight gain », *CNS Drugs*, vol. 22, no 6, 2008, p. 477-495.
- M. ALVAREZ-JIMENEZ, et al. « Attenuation of antipsychotic-induced weight gain with early behavioural intervention in drug-naïve first-episode psychosis patients: A randomized controlled trial », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 67, 2006, p. 1253-1260.
- J.L. BRAZIER. Conférence Nutrition et santé mentale : Mieux comprendre pour mieux intervenir. Impacts de la pharmacothérapie, Nutrium, Formation continue, mars 2009.
- ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC. Mémoire sur le projet de loi 50 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, Montréal, OPDQ, 2008.
- J. PARENT. « La nutrition clinique au Pavillon Albert-Prévost, problématiques nutritionnelles et interventions », Conférence, mars 2009.
- F. CHARKAND. Mission: prévenir les risques. Hétéro-agressivité et psychose, Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques, octobre 2007.

Dépression et oméga-3 : où en sommes-nous ?

Michel Lucas, Dt.P, Ph. D.

Epidémiologiste/nutritionniste, stagiaire postdoctoral

Department of Nutrition, Harvard School of Public Health, Harvard University

Récipiendaire d'une bourse postdoctorale du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)



La dépression

Le trouble dépressif majeur (TDM) est une maladie chronique et récidivante qui touche deux fois plus de femmes que d'hommes¹. En 2002, la prévalence du TDM était estimée à 4,8 % au Canada et à 6,6% aux États-Unis en 2001-2002^{2,3}. Compte tenu des coûts de santé et de la perte de productivité qui y sont associés, le TDM et les symptômes dépressifs graves constituent un fardeau économique considérable pour nos pays⁴.

Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*⁵ (DSM-IV), le TDM est caractérisé par la présence, depuis au moins deux semaines, d'une humeur dépressive ou d'une perte d'intérêt pour les activités habituelles, accompagnées d'au moins quatre des symptômes suivants : perte ou gain de poids significatif ou diminution ou augmentation de l'appétit, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes. Bien qu'il ne soit pas un diagnostic du DSM-IV, le trouble dépressif mineur (TDmin) est classé comme un type spécifique de condition subsyndromique dans la catégorie des troubles dépressifs non spécifiés, et certains de ses critères diagnostiques sont identiques à ceux du TDM. En fait, les critères du TDmin correspondent à une perturbation de l'humeur caractérisée par la présence depuis au moins deux semaines de deux

à quatre (mais moins de cinq) des symptômes du TDM, et l'un d'eux est nécessairement l'humeur dépressive ou la diminution de l'intérêt.

Le diagnostic de TDM est établi par le médecin à l'aide de la recherche clinique des neuf symptômes dépressifs du DSM-IV. Le TDM peut également être qualifié selon son intensité (faible, modérée, élevée) à l'aide de questionnaires validés, tels que le *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D). Le HAM-D est considéré comme la référence pour l'évaluation des symptômes de la dépression, autant en pratique clinique qu'en recherche⁶. Plusieurs autres échelles permettent de mesurer les symptômes de dépression. Généralement utilisées aux fins d'études, elles visent à déterminer le niveau de gravité des symptômes dépressifs, mais aucune d'elles ne permet de poser le diagnostic de TDM. Or, dans les écrits sur le sujet, il est important de distinguer ce que les auteurs entendent par « dépression ». Certains établissent clairement le diagnostic du TDM alors que d'autres utilisent un seuil à une échelle. Ce qui est très différent car on ne peut alors parler de TDM, mais plutôt de symptômes dépressifs graves.

Limites des antidépresseurs

Bien que le TDM soit traitable, il constitue une condition récurrente^{7,8}. Environ 50 % des cas de TDM présenteraient une rémission après un an⁷. Par ailleurs, près de 85 % des individus qui se sont rétablis connaîtront une récurrence

l'intérieur de quinze ans⁹. Parmi les cas qui ont été en rémission pendant au moins cinq ans, le taux de récurrence serait de l'ordre de 58 %. Environ 20 % des cas de TDM suivent une évolution chronique sans rémission¹⁰. Or ce ne sont pas toutes les personnes atteintes qui reçoivent un traitement professionnel, comme en témoignent les données sur la prévalence des troubles mentaux non traités¹¹.

Les antidépresseurs sont reconnus comme des traitements de première intention¹². Or, seulement 60 % des patients traités avec un antidépresseur verront leur niveau initial de dépression diminuer de moitié, tandis que 30 % seront en rémission après huit semaines de traitement¹³⁻¹⁵. Après un an de traitement, le taux de rémission serait encore inférieur, soit 11 %¹⁵. Par ailleurs, des patients ne toléreraient pas les effets secondaires des antidépresseurs¹⁶, et les taux d'abandon ou d'arrêt de cette thérapie seraient élevés¹⁷⁻¹⁹.

Selon certains auteurs, les antidépresseurs ne seraient pas aussi efficaces qu'on le laisse croire²⁰⁻²³. D'abord, un biais de publication important a été noté, à savoir que les études positives sont généralement publiées, alors que les études négatives le sont rarement²². Par ailleurs selon une méta-analyse des essais cliniques soumis à la *Food and Drug Administration*, les antidépresseurs n'ont pas plus d'effets qu'un placebo dans les cas de TDM léger à modéré²³. Ses auteurs ont montré qu'il n'y avait pratiquement pas de différences dans l'amélioration des scores entre les antidépresseurs et le placebo chez les patients atteints de dépression modérée, et seulement une petite différence statistiquement significative chez les patients atteints d'une très grave dépression, différence qui a cependant été jugée non significative sur le plan clinique²³. Selon ces auteurs, il y aurait peu de raisons de prescrire des antidépresseurs, à moins que les thérapies alternatives aient été jugées inefficaces. Les antidépresseurs devraient donc être prescrits seulement aux patients les plus gravement atteints.

L'efficacité des antidépresseurs dans le traitement des formes subsyndromiques de dépression (symptômes dépressifs graves qui ne correspondent pas aux critères du DSM-IV) et du TDmin est moins que certaine^{24,25}. Cela est d'autant plus problématique que la prévalence des formes subsyndromiques de dépression et du TDmin dépasse celle du TDM^{26,27}; du coup les cliniciens de première ligne sont laissés sans recommandations de traitement de base pour la majorité de leurs patients.

suite en page 11

Les oméga-3 et les Québécois

En dépit des nombreux messages sur les acides gras oméga-3 d'origine marine transmis au cours des dernières années, le poisson n'occupe toujours qu'une part minime dans l'alimentation de la population québécoise²⁸. Alors qu'il est recommandé de consommer au moins deux repas composés d'un poisson riche en oméga-3 (sardine, maquereau, saumon, hareng) par semaine, ce qui équivaut à un apport quotidien en EPA (acide eicosapentaïque) et en DHA (acide docosahexanoïque) de 430 à 570 mg, la moitié des Québécois n'en consommeraient même pas un aux deux semaines²⁸. Par conséquent, 85 % des Québécois ont des apports en oméga-3 d'origine marine inférieurs à ceux recommandés par la norme internationale pour la protection cardiovasculaire, soit 500 mg par jour. Par ailleurs, les suppléments d'oméga-3 connaissent une popularité croissante, notamment pour leurs effets cardiovasculaires protecteurs, et aussi pour leurs effets bénéfiques supposés sur les symptômes dépressifs. En 2006, 13 % des Québécois disaient avoir pris tous les jours au moins une gélule d'oméga-3 d'origine marine dans les six derniers mois²⁸.

Les oméga-3 et la dépression

Le psychiatre américain Joseph Hibbeln a été le premier, en 1995, à soulever l'hypothèse que les changements des habitudes alimentaires dans les sociétés nord-américaines, principalement une hausse de l'apport en oméga-6 et une réduction des oméga-3 de poisson, auraient contribué à l'augmentation de l'incidence de la dépression²⁹. Quelques années plus tard, il établissait une relation inverse entre l'incidence annuelle de TDM et la consommation annuelle apparente de poisson. Plusieurs études transversales (représentatives d'une population) montrent une relation inverse entre la consommation de poisson ou d'EPA/DHA et les symptômes dépressifs^{30,31}. À ce jour, trois études de cohorte prospectives ont rapporté des résultats ambigus entre la consommation de poisson ou d'EPA/DHA et les indicateurs utilisés pour définir le TDM³²⁻³⁴. Hormis l'étude Sanchez-Villegas, qui est le pendant espagnol de la *Nurses' Health Study*, ces études de cohorte comportent des lacunes méthodologiques importantes, dont l'absence de mesures répétées (i.e. dans le temps) des apports alimentaires et des symptômes dépressifs. Certaines études montrent aussi que les patients déprimés ont des taux plasmatiques d'acides gras oméga-3 d'érythrocytes significativement inférieurs³⁵.

Résultats issus d'études cliniques

Une méta-analyse d'essais cliniques montre que les oméga-3 utilisés comme adjuvant aux antidépresseurs réduiraient significativement les symptômes dépressifs chez les patients atteints de TDM³⁶. Toutefois, une hétérogénéité significative entre ces essais cliniques de petite taille et un biais de publication ont été notés. À ce jour, dix essais cliniques contrôlés à répartition aléatoire portent sur le rôle des oméga-3 dans la dépression (**voir le tableau 1**). Cependant, ce tableau exclut les essais chez les patients bipolaires et ceux atteints de troubles de la personnalité. Quatre essais montrent une diminution plus significative des symptômes dépressifs avec des oméga-3, comparativement au placebo; un supplément contenant plus d'EPA que de DHA a été utilisé dans ces essais. Le plus récent essai clinique publié montre qu'il n'y a pas d'avantages à ajouter une supplémentation en EPA et DHA à un antidépresseur chez des patients coronariens souffrant de TDM³⁷.

suite en page 12

Tableau 1 : Résultats des essais cliniques contrôlés à répartition aléatoire sur la supplémentation en oméga-3 dans le traitement du trouble dépressif majeur (TDM) et des symptômes dépressifs

Essai clinique	N sujets	Traitement	TDM DSM-IV défini/ critère d'inclusion	Indication et durée	Outil de mesure des symptômes dépressifs	Résultats (diminution dépression)
Peet et Horrobin Royaume-Uni, 2002 ⁴⁹	70 (F* : 84 %)	EPA 1, 2 et 4 g vs. paraffine	Non HAM-D ₁₇ ≥ 15	Adjuvant 12 sem.	HAM-D ₁₇ MADRS, BDI	Diff. sign. EPA 1 g vs placebo
Nemets <i>et al.</i> Israël, 2002 ⁵⁰	20 (F : 85 %)	EPA 2 g vs placebo	Oui	Adjuvant 4 sem.	HAM-D ₂₄	Diff. sign. vs placebo
Marangell <i>et al.</i> États-Unis, 2003 ⁵¹	36 (F : 78 %)	DHA 2 g vs placebo	Oui + MADRS ≥ 12 HAM-D ₂₈ ≥ 17	Monothérapie 6 sem.	HAM-D ₂₈ MADRS	NS**
Su <i>et al.</i> Taiwan, 2003 ⁵²	28 (F : 82 %)	EPA 4,4 g + DHA 2,2 g vs huile d'olive	Oui + HAM-D ₂₁ > 18	Adjuvant 8 sem.	HAM-D ₂₁	Diff. sign. vs placebo
Silvers <i>et al.</i> Nouvelle-Zélande, 2005 ⁵³	77 (F : 53 %)	DHA 2,4 g + EPA 0,6 g vs huile d'olive	Oui	Adjuvant 12 sem.	HAM-D-SF BDI-II	NS
Grenyer <i>et al.</i> Australie, 2007 ⁵⁴	83 (F : 61 %)	DHA 2,2 g + EPA 0,6 g vs huile d'olive	Oui + HAM-D ≥ 16	Adjuvant 16 sem.	HAM-D BDI	NS
Rogers <i>et al.</i> Royaume-Uni, 2008 ⁵⁵	218 (F : 76 %)	DHA 0,85 g + EPA 0,63 g vs huile d'olive	Non d-DASS : 10-24	Monothérapie 12 sem.	d-DASS	NS
Lucas <i>et al.</i> Canada, 2009 ⁵⁶	120 (F : 100 %)	EPA 1,05 g + DHA 0,15 g vs huile de tournesol	Oui : 29 TDM, 91 Non-TDM PGWB < 73	Monothérapie 8 sem.	PGWB HAM-D ₂₁ HSCL-D-20	Diff. sign. vs placebo chez sujets sans TDM
Carney <i>et al.</i> États-Unis, 2009 ³⁷	122 (F : 33,6 %)	EPA 0,93 g + DHA 0,75 g vs huile de maïs	Oui + BDI-II ≥ 16	Adjuvant 10 sem.	BDI-II HAM-D ₁₇	NS

* Femmes / ** Différence non significative / BDI : Beck Depression Inventory / DASS : Depression Anxiety and Stress Scale / d-DASS : DASS Depression Subscale
HAM-D-SF : Short Form Hamilton Depression Rating Scale / HSCL-D-20 : 20-item Hopkins Symptom Checklist Depression Scale / MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
PGWB : Psychological General Well-Being Schedule / TDM : trouble dépressif majeur

Mécanismes proposés pour les acides gras oméga-3

Les acides gras polyinsaturés (AGPI) composent près du tiers de tous les acides gras du cerveau et sont principalement représentés par deux acides gras, le DHA et l'acide arachidonique (AA), qui constituent 80 % du total des AGPI^{38,39}. Un faible niveau d'oméga-3 au détriment d'un niveau élevé d'oméga-6 agirait sur la fluidité des membranes du système nerveux, les processus de transduction des signaux, la modulation des canaux ioniques et l'expression des gènes, et induirait des changements dans la synthèse des neurotransmetteurs impliqués dans la dépression (sérotonine, dopamine)⁴⁰⁻⁴³. De plus, les données disponibles soutiendraient l'hypothèse d'une étiologie immunologique dans les troubles de l'humeur, notamment une hyperactivité de la réponse inflammatoire, et les acides gras oméga-3 d'origine marine pourraient atténuer cette hyperactivité⁴⁴⁻⁴⁶.

Recommandations

Selon un groupe d'experts qui a analysé les données probantes pour le traitement et la recherche future en psychiatrie en relation avec les oméga-3, tous les adultes devraient consommer du poisson au moins deux fois par semaine⁴⁷. Selon ces experts, les individus atteints de troubles de l'humeur, de contrôle de l'impulsivité ou psychotiques devraient consommer 1 g d'EPA et de DHA par jour. Ces recommandations ont été approuvées par différents comités de l'*American Psychiatry Association* (APA). Plus récemment, le *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) a publié ses lignes directrices pour la prise en charge du TDM chez les adultes avec les médecines alternatives et complémentaires⁴⁸. Ce groupe de travail reconnaît comme traitement de seconde intention la supplémentation en oméga-3 (EPA + DHA), en monothérapie ou comme thérapie adjuvante, dans les cas de TDM d'intensité légère à modérée. Il reconnaît également que les preuves de cette thérapie sont limitées par la petite taille des échantillons étudiés, des problèmes avec le processus à l'insu et la courte durée des études. Par conséquent, la preuve reste encore à faire.

Conclusion

Malgré la popularité des suppléments d'oméga-3, on manque encore de données en ce qui concerne leur efficacité dans le traitement du TDM et des symptômes dépressifs. Étant donné les coûts de santé importants reliés aux TDM et aux symptômes dépressifs, la recherche sur les acides gras oméga-3 est cruciale tant pour des raisons scientifiques qu'humaines. Ils sont sécuritaires et non toxiques et procureraient de nombreux autres avantages sur le plan de la santé. Toutefois, les suppléments d'oméga-3 ne sont pas des produits protégés par brevet, contrairement aux médicaments, ce qui rend plus difficile le financement de la recherche pour les compagnies du domaine. Aussi, les organismes de fonds publics comme les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) devraient-ils encourager plus activement la recherche clinique auprès d'humains avec ce nutriment.

Il reste que la consommation de suppléments d'oméga-3 n'empêche pas d'avoir des habitudes alimentaires non saines. Or, en plus des oméga-3, les poissons contiennent beaucoup de nutriments importants. Au regard des TDM, la supériorité de l'alimentation versus la supplémentation n'a jamais été testée dans le cadre d'un essai clinique. On mentionnera enfin les résultats prometteurs de l'alimentation méditerranéenne dans la prévention de la dépression (cohorte SUN)⁵⁷. Une réduction du risque de dépression a été constatée chez les individus dont l'alimentation se rapprochait le plus de cette diète. Prises individuellement, certaines composantes de ce type d'alimentation (plus de fruits et noix, plus de légumineuses, un ratio gras mono-insaturés/gras saturés élevé) ont montré un effet protecteur, alors que d'autres (produits laitiers riches en matières grasses, viandes) sont associées à un risque accru. Comme quoi, l'alimentation doit s'inscrire dans un contexte global de vie saine et active. ☺

Références bibliographiques

- R.C. KESSLER, « Epidemiology of women and depression », *J Affect Disord* 2003, vol. 74, no 1, p. 5-13.
- R. TEMPIER, et al. « Mental disorders and mental health care in Canada and Australia: comparative epidemiological findings », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 44, no 1, 2009, p. 63-72.
- R.C. KESSLER, et al. « The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) », *JAMA*, vol. 289, no 23, 2003, p. 3095-3105.
- T. STEPHENS, et N. JOUBERT. « The economic burden of mental health problems in Canada », *Chronic Dis Can*, vol. 22, no 1, 2001, p. 18-23.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e éd., Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1994.
- M. HAMILTON. « Development of a rating scale for primary depressive illness », *Br J Soc Clin Psychol* 1967; 6(4): 278-96.
- S.V. PARIKH, et R.W. LAM. « Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. I. Definitions, prevalence, and health burden ». *Can J Psychiatry* 2001; 46 (Suppl 1):s13-s20.
- E.J. COSTELLO, et al. « Development and natural history of mood disorders », *Biol Psychiatry* 2002; 52(6): 529-42.
- T.I. MUELLER, et al. « Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up ». *Am J Psychiatry* 1999; 156(7): 1000-6.
- G. THORNICROFT, et N. SARTORIUS. « The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders ». *Psychol Med* 1993; 23(4): 1023-32.
- R.V. BIJL, et al. « The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries ». *Health Affairs (Project Hope)* 2003; 22(3): 122-33.
- S.H. KENNEDY, et al. « Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. IV. Medications and other biological treatments », *Can J Psychiatry*, vol. 46, suppl. 1, 2001, p. S38-S58.
- A.R. ENTSUAH, et al. « Response and remission rates in different subpopulations with major depressive disorder administered venlafaxine, selective serotonin reuptake inhibitors, or placebo ». *J Clin Psychiatry* 2001; 62(11): 869-77.
- M. BAUER, et al. « World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Acute and continuation treatment of major depressive disorder ». *World J Biol Psychiatry* 2002; 3(1): 5-43.
- A.J. RUSH, et al. « One-year clinical outcomes of depressed public sector outpatients: a benchmark for subsequent studies ». *Biol Psychiatry* 2004; 56(1): 46-53.
- G.I. PAPAPOSTOLAS. « Limitations of contemporary antidepressants: tolerability ». *J Clin Psychiatry* 2007; 68(Suppl 10): S11-S7.
- M.B. KELLER, et al. « Optimizing outcomes in depression: focus on antidepressant compliance ». *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17(6): 265-71.
- K. DEMYTTENAEERE. « Risk factors and predictors of compliance in depression ». *Eur Neuropsychopharmacol* 2003; 13(Suppl 3):S69-S75.
- S. MACGILLIVRAY, et al. « Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated in primary care: systematic review and meta-analysis ». *BMJ* 2003; 326(7397): 1014.
- J. MONCRIEFF, et D. COHEN. « Do antidepressants cure or create abnormal brain states? ». *PLoS Med* 2006; 3(7): e240.
- J. MONCRIEFF. « Are antidepressants as effective as claimed? No, they are not effective at all ». *Can J Psychiatry* 2007; 52(2): 96-7; discussion 102.
- E.H. TURNER, et al. « Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy ». *N Engl J Med* 2008; 358(3): 252-60.

- I. KIRSCH, et al. « Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration ». *PLoS Med* 2008; 5(2): e45.
- R.T. ACKERMANN, J.W. WILLIAMS, JR. « Rational treatment choices for non-major depressions in primary care: An evidence-based review ». *J Gen Intern Med* 2002; 17(4): 293-301.
- M. BAUER, et al. « World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 2: Maintenance treatment of major depressive disorder and treatment of chronic depressive disorders and subthreshold depressions ». *World J Biol Psychiatry* 2002; 3(2): 69-86.
- R.C. KESSLER, et al. « Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey ». *J Affect Disord* 1997; 45(1-2): 19-30.
- P. CUIJPERS, et al. « Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression ». *J Affect Disord* 2004; 79(1-3): 71-9.
- M. LUCAS, et al. « n-3 Fatty acid intake from marine food products among Quebecers: comparison to worldwide recommendations ». *Public Health Nutr* 2009; 1-8.
- J.R. HIBBELN, et N.J. SALEM. « Dietary polyunsaturated fatty acids and depression: when cholesterol does not satisfy ». *Am J Clin Nutr* 1995; 62(1): 1-9.
- J.R. HIBBELN. « Fish consumption and major depression ». *The Lancet* 1998; 351(9110): 1213.
- K.M. APPLETON, et al. « Is there a role for n-3 long-chain polyunsaturated fatty acids in the regulation of mood and behaviour? A review of the evidence to date from epidemiological studies, clinical studies and intervention trials ». *Nutr Res Rev* 2008; 21(1): 13-41.
- R. HAKKARAINEN, et al. « Is low dietary intake of omega-3 fatty acids associated with depression? ». *Am J Psychiatry* 2004; 161(3): 567-9.
- A. SANCHEZ-VILLEGAS, et al. « Long chain omega-3 fatty acids intake, fish consumption and mental disorders in the SUN cohort study ». *Eur J Nutr* 2007; 46(6): 337-46.
- L.A. COLANGELO, et al. « Higher dietary intake of long-chain omega-3 polyunsaturated fatty acids is inversely associated with depressive symptoms in women ». *Nutrition* 2009; 25(10): 1011-9.
- M. LUCAS. Effets d'une supplémentation en acides gras oméga-3 enrichie en éthyl-acide eicosapentaénoïque (E-EPA) sur la détresse psychologique, les symptômes dépressifs et vasomoteurs chez des femmes d'âge moyen : un essai comparatif randomisé, à double insu, contrôlé par placebo, Thèse (Ph. D.), Université Laval, 2008, [En ligne]. [http://www.theses.ulaval.ca/] (consulté le 11 novembre 2009).
- P.Y. LIN, et K.P. SU. « A meta-analytic review of double-blind, placebo-controlled trials of antidepressant efficacy of omega-3 fatty acids », *J Clin Psychiatry* 2007; 68(7): 1056-61.
- R.M. CARNEY, et al. « Omega-3 augmentation of sertraline in treatment of depression in patients with coronary heart disease: A randomized controlled trial ». *JAMA* 2009; 302(15): 1651-7.
- M. MARTINEZ. « Tissue levels of polyunsaturated fatty acids during early human development ». *J Pediatr* 1992; 120:S129-S38.
- R.K. MCNAMARA, S.E. CARLSON. « Role of omega-3 fatty acids in brain development and function: potential implications for the pathogenesis and prevention of psychopathology ». *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 2006; 75(4-5): 329-49.
- D.F. HORROBIN. « A new category of psychotropic drugs: neuroactive lipids as exemplified by ethyl eicosapentaenoate (E-E) ». *Prog Drug Res* 2002; 59:171-99.
- C.A. LOCKE, et A.L. STOLL. « Omega-3 fatty acids in major depression ». *World Rev Nutr Diet* 2001; 89:173-85.
- K.A. BRUNSMAN, et D.L. TAREN. « Dieting, essential fatty acid intake, and depression ». *Nutr Rev* 2000; 58(4): 98-108.
- M. HAAG. « Essential fatty acids and the brain ». *Can J Psychiatry* 2003; 48(3): 195-203.
- M. MAES, et al. « Increased serum IL-6 and IL-1 receptor antagonist concentrations in major depression and treatment resistant depression ». *Cytokine* 1997; 9(11): 853-8.
- S.N. MEYDANI. « Effect of (n-3) polyunsaturated fatty acids on cytokine production and their biologic function ». *Nutrition* 1996; 12(1 Suppl): S8-S14.
- P.C. CALDER. « n-3 polyunsaturated fatty acids and cytokine production in health and disease ». *Ann Nutr Metab* 1997; 41(4): 203-34.
- M.P. FREEMAN, et al. « Omega-3 fatty acids: evidence basis for treatment and future research in psychiatry ». *J Clin Psychiatry* 2006; 67(12): 1954-67.
- A.V. RAVINDRAN, et al. « Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. V. Complementary and alternative medicine treatments ». *J Affect Disord* 2009; 117 (Suppl 1):S54-S64.
- M. PEET, et D.F. HORROBIN. « A dose-ranging study of the effects of ethyl-eicosapentaenoate in patients with ongoing depression despite apparently adequate treatment with standard drugs ». *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(10): 913-9.
- B. NEMETS, et al. « Addition of omega-3 fatty acid to maintenance medication treatment for recurrent unipolar depressive disorder ». *Am J Psychiatry* 2002; 159(3): 477-9.
- L.B. MARANGELL, et al. « A double-blind, placebo-controlled study of the omega-3 fatty acid docosahexaenoic acid in the treatment of major depression ». *Am J Psychiatry* 2003; 160(5): 996-8.
- K.P. SU, et al. « Omega-3 fatty acids in major depressive disorder: A preliminary double-blind, placebo-controlled trial ». *Eur Neuropsychopharmacol* 2003; 13(4): 267-71.
- K.M. SILVERS, et al. « Randomised double-blind placebo-controlled trial of fish oil in the treatment of depression ». *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 2005; 72(3): 211-8.
- B.F. GRENYER, et al. « Fish oil supplementation in the treatment of major depression: a randomised double-blind placebo-controlled trial ». *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007; 31(7): 1393-6.
- P.J. ROGERS, et al. « No effect of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acid (EPA and DHA) supplementation on depressed mood and cognitive function: A randomised controlled trial ». *Br J Nutr*, vol. 99, no 2, 2008, p. 421-431.
- M. LUCAS, et al. « Ethyl-eicosapentaenoic acid for the treatment of psychological distress and depressive symptoms in middle-aged women: A double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial ». *Am J Clin Nutr* 2009; 89(2): 641-51.
- A. SANCHEZ-VILLEGAS, et al. « Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: The Seguimiento Alimentario de Navarra/ University of Navarra follow-up (SUN) cohort ». *Arch Gen Psychiatry*, vol. 66, no 10, 2009, p. 1090-1098.

UNE CONSOMMATION SUFFISANTE DE PRODUITS LAITIERS POURRAIT AIDER À PRÉVENIR LE DIABÈTE DE TYPE 2



Sharon Zeiler, RD, M.B.A.
Directrice principale,
Stratégies et initiatives en nutrition
Association canadienne du diabète

Une alimentation et des habitudes de vie saines jouent un rôle important dans la

prévention des maladies chroniques, y compris le diabète de type 2. De nouvelles données suggèrent qu'une consommation suffisante de produits laitiers pourrait réduire significativement le risque de développer un diabète de type 2. Bien que les mécanismes précis restent à déterminer, l'effet bénéfique des produits laitiers sur le syndrome métabolique (facteur de risque important associé au diabète de type 2), leur faible indice glycémique, ainsi que les nutriments clés qu'ils renferment tels que le calcium, la vitamine D et le magnésium, pourraient avoir une incidence sur la réduction du risque de développer un diabète de type 2.

LES DONNÉES

Une étude systématique avec méta-analyse a démontré que les produits laitiers – ensemble de leurs propriétés ainsi que certaines de leurs composantes essentielles telles que le calcium et la vitamine D – réduisent significativement le risque de développer un diabète de type 2¹. De façon similaire, une autre étude systématique avec méta-analyse a révélé que les personnes qui consommaient de plus grandes quantités de produits laitiers présentaient un risque relatif significativement plus faible de développer un diabète de type 2 que celles dont la consommation de produits laitiers était moins élevée². La Health Professional Follow-up Study (n = 41 254 hommes; âge moyen de 53 ans au début de l'étude) indique quant à elle que les hommes du quintile

Risque relatif de développer un diabète de type 2 chez les hommes en fonction de la consommation totale de produits laitiers ³							
Consommation totale de produits laitiers (portions quotidiennes)*							
Variable	Quintile 1 (< 0,9)	Quintile 2 (0,9 à 1,3)	Quintile 3 (1,4 à 1,9)	Quintile 4 (1,9 à 2,9)	Quintile 5 (≥ 2,9)	p pour tendance	RR / 1 portion supplémentaire par jour
Nombre de cas	262	272	246	220	243	—	—
Personnes-années	89 160	92 646	90 145	89 820	90 943	—	—
RR multivarié ajusté ⁴	1,0	0,96	0,88	0,76	0,75	0,003	0,91

* Comprend tous les produits laitiers sauf le beurre. † Utilisant les covariables de consommation de produits laitiers de départ (1986). Ajusté pour les céréales – les apports en fibres et en gras *trans*, le ratio gras polyinsaturés/saturés, et la charge glycémique (dans tous les quintiles). De plus, ces valeurs ont été aussi ajustées pour l'âge, l'apport total en énergie, des suivis bisannuels (6 périodes), les antécédents familiaux de diabète, le tabagisme, l'IMC, l'hypercholestérolémie, l'hypertension, l'activité physique et la consommation d'alcool.

le plus élevé de consommation de produits laitiers (≥ 2,9 portions par jour) présentaient **25% moins de risque** de développer un diabète de type 2, comparativement à ceux du quintile le moins élevé (< 0,9 portion par jour) ($p_{\text{tendance}} = 0,003$), et ce, indépendamment des facteurs confondants potentiels³. De plus, une augmentation quotidienne du nombre de portions de l'ensemble des produits laitiers était associée à un risque significativement plus faible de 9 % de développer un diabète de type 2 ($p_{\text{tendance}} = 0,001$)³. La Women's Health Study a démontré des résultats semblables⁴.

conçue pour favoriser une réduction de poids mettant l'accent sur une alimentation saine et une diète de type DASH. Comparativement à la diète témoin, la diète favorisant une perte de poids a entraîné une diminution significative des triglycérides et de la tension artérielle systolique, ainsi qu'une perte de poids (tous, $p < 0,05$). En plus d'avoir réduit encore plus significativement ces paramètres métaboliques, la diète DASH a eu pour effet d'augmenter le taux de cholestérol HDL et de diminuer la tension artérielle diastolique et la glycémie à jeun (tous, $p < 0,001$)⁵.

MODÈLES ALIMENTAIRES

La diète DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), composée de 8 à 10 portions de fruits et de légumes par jour et ~3 portions de produits laitiers par jour, est bien connue quant à la prévention et à la maîtrise de l'hypertension, mais elle pourrait également jouer un rôle dans la prévention du diabète de type 2 et de ses complications. Au cours d'une étude randomisée réalisée en Iran et regroupant 116 adultes atteints d'un syndrome métabolique, trois diètes ont été comparées sur une période de six mois: une diète témoin élaborée de façon à refléter l'alimentation typique iranienne (c.-à-d. de 2 à 3 portions quotidiennes de fruits, 3 portions de légumes et 1 portion de produits laitiers), une diète

La consommation d'au moins trois portions de lait et de produits laitiers par jour en tant que partie intégrante d'une alimentation et un mode de vie sains pourrait réduire significativement le risque de développer un diabète de type 2.

Chaque portion supplémentaire de produits laitiers consommée quotidiennement est associée à une réduction significative du risque de diabète de type 2.

Les composantes clés des produits laitiers telles que le calcium, la vitamine D et le magnésium ont indépendamment été liées à une réduction du risque de diabète de type 2.

La diète DASH – riche en fruits, en légumes et en produits laitiers faibles en gras – s'est avérée bénéfique dans la gestion du syndrome métabolique, facteur de risque important de diabète de type 2.

FAITS SAILLANTS



PRÉSENTÉ PAR LES
PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA

savoirlaitier.ca

Références : 1. Pittas AG et coll. The role of vitamin D and calcium in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92(6):2017-2029. 2. Elwood PC et coll. The survival advantage of milk and dairy consumption: an overview of evidence from cohort studies of vascular diseases, diabetes and cancer. *J Am Coll Nutr* 2008;27(6):723S-734S. 3. Choi HK et coll. Dairy consumption and risk of type 2 diabetes mellitus in men. *Arch Intern Med* 2005;165:997-1003. 4. Liu S et coll. A prospective study of dairy intake and the risk of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care* 2006;29(7):1579-1584. 5. Azadbakht L et coll. Beneficial effects of a Dietary Approaches to Stop Hypertension eating plan on features of the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2005;28:2823-2831.

Les faits sont clairs, un œuf par jour, pour toujours.

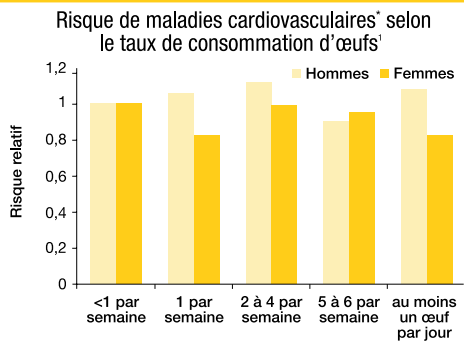
Un œuf par jour • Plus de 80 000 participants • Un suivi de 14 ans
• AUCUNE augmentation du risque de maladies cardiovasculaires



La consommation régulière d'œufs n'augmente pas le risque de maladies cardiovasculaires.

Si vous conseillez toujours à vos patients de limiter leur consommation d'œufs, il est temps de revoir votre position.

Une vaste étude prospective n'a trouvé aucune relation entre la consommation d'un œuf par jour et l'incidence de coronaropathie ou d'AVC chez les hommes et les femmes non diabétiques¹.



L'étude a suivi la consommation d'œufs et les profils de risques cardiovasculaires de 37 851 hommes et de 80 082 femmes, y compris des suivis de 8 et de 14 ans pour les cohortes respectives, et avec ajustement pour tenir compte des multiples variables confusionnelles¹.

Recommandez jusqu'à un œuf par jour

Vous pouvez désormais recommander les bienfaits nutritionnels des œufs en toute confiance.

Une étude récente a démontré que des adultes en santé, âgés de 25 à 74 ans, consommaient jusqu'à **7 œufs ou plus par semaine sans risque accru** d'AVC, d'AVC ischémiques ou de coronaropathies au cours d'une période de suivi de 20 ans².

Le cholestérol alimentaire a très peu d'incidence sur le cholestérol sérique

Ce sont les gras saturés et les gras trans contenus dans les aliments qui augmentent le cholestérol sérique et les risques de maladies cardiovasculaires.

Vous pouvez **aider vos patients à réduire le risque de maladies du cœur en leur recommandant certaines modifications à apporter à leur mode de vie**, comme perdre du poids et adopter un régime alimentaire nutritif et faible en gras saturés et gras trans.

Les œufs ne contiennent pas de gras trans, sont faibles en gras saturés (1,5 g) et sont une source abordable d'une alimentation de grande qualité :

- Fournissent plusieurs éléments nutritifs bénéfiques (dont les vitamines A, D, E, B₆ et B₁₂).
- Une source de protéines de grande qualité, de fer hautement biodisponible, et d'acide folique.

Pour de plus amples informations et matériaux pour vos patients, veuillez consulter le site ensanteaveccholesterol.ca.



Conçu par les diététistes des Producteurs d'œufs du Canada.
21, rue Florence, Ottawa (Ontario) K2P 0W6

Références :

- ¹ Hu FB, Stamper MJ, Rimm EB, et al. A prospective study of egg consumption and risk of cardiovascular disease in men and women. *JAMA* 1999;281:1387-1394.
- ² Qureshi AI, Suri, MF, Ahmed S, et al. Regular egg consumption does not increase the risk of stroke and cardiovascular diseases. *Med Sci Monit* 2007;13(1):CR1-8.



Commandez les trousse **Choix santé** sur le cholestérol pour vos patients!

Elles sont idéales pour la sensibilisation des patients, consistant en une approche pratique et efficace sur le cholestérol et des conseils relatifs au mode de vie.

Si certains de vos patients sont préoccupés par le cholestérol, la trousse **Choix santé sur le cholestérol** est la solution dont vous avez besoin. Elle fournit des renseignements accessibles qui les aideront à comprendre et à prendre en charge leurs taux de cholestérol.

**Commandez dès maintenant! C'est simple et facile...
Visitez ensanteaveccholesterol.ca/trousse**

À quand le traitement nutritionnel pour soigner l'hyperactivité ?

Katherine Desjardins, *finissante en nutrition, Université de Montréal*
En collaboration avec Stéphanie Côté, *Dt.P., M.Sc., Extenso, le Centre de référence en nutrition de l'Université de Montréal*



« [...] une étude contrôlée à répartition aléatoire a montré l'efficacité d'une diète très restrictive sur le comportement d'enfants de 4 à 8 ans. La diète comprenait uniquement du riz, de la dinde, de l'agneau, des légumes, des fruits, de l'huile végétale, du thé, du jus de poire et de l'eau. Soixante-dix pour cent des enfants qui l'ont suivie ont connu une amélioration de plus de 50 % de leur comportement. »

Des parents affirment que leurs enfants sont allergiques aux colorants, qu'ils sont plus excités lorsqu'ils consomment du sucre, que les suppléments d'oméga-3 ont un effet miraculeux sur leur comportement. De son côté, la communauté scientifique soupçonne que les carences alimentaires jouent un rôle dans le développement des troubles mentaux et que par conséquent, des nutriments ont le potentiel d'être une solution de rechange aux médicaments. Les avis sont toutefois partagés, et les croyances populaires ne sont pas soutenues par des données probantes. En l'absence de recommandations officielles sur le sujet, il importe de faire le point.

Diagnostic et épidémiologie

L'hyperactivité s'inscrit dans un désordre plus complexe : le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, les deux autres symptômes qui le caractérisent sont l'inattention et l'impulsivité. Chacun de ces trois principaux symptômes regroupe une multitude de critères. Les sous-types sont établis selon le ou les symptômes qui prédominent chez un individu¹. La prévalence croissante de TDAH est préoccupante, tout comme l'augmentation des prescriptions de psychostimulants tels que le méthylphénidate (Ritalin^{MD}). D'où l'intérêt que suscite l'approche nutritionnelle dans le traitement et la prévention de ce trouble. De surcroît, il s'agit du désordre neuropsychologique le plus fréquent chez les enfants : de 8 à 10 % des garçons et de 3 à 4 % des filles de moins de 18 ans² sont atteints. Parmi ces enfants, 80 % présentent toujours des symptômes

à l'adolescence et plus de 50 % en présentent à l'âge adulte. Un tel désordre prédispose en plus aux difficultés scolaires, aux comportements antisociaux, à l'usage abusif de drogues et à la délinquance¹.

Étiologie et traitement

L'étiologie du TDAH, qui comprend des déterminants environnementaux, sociaux et génétiques, est complexe. Le mécanisme exact selon lequel la maladie se développe demeure inconnu. Une exposition prénatale à l'alcool ou au tabac, un traumatisme crânien, un manque d'oxygène à la naissance sont parmi les facteurs de risque¹. Dans la majorité des cas, les psychostimulants sont le traitement préconisé. Une prise en charge multimodale étant reconnue comme plus efficace, la pharmacothérapie est accompagnée d'une intervention cognitivo-comportementale, d'enseignement aux patients et d'un soutien aux familles¹⁻³.

La nutrition : outil de prévention, traitement ou adjuvant ?

Acides gras essentiels

L'intérêt pour les acides gras essentiels (AGE), en particulier ceux de la famille des oméga-3, vient d'études qui rapportent des concentrations sériques plus faibles et davantage de symptômes de déficience en AGE (ex. : polydipsie, polyurie, peau sèche) chez les enfants atteints de TDAH. La participation des AGE à la fonction cérébrale soutient cet intérêt. Cette participation comprend la modulation des propriétés biophysiques, l'action pro-inflammatoire ou anti-inflammatoire

des métabolites, le développement et la croissance des nerfs et des synapses, la modulation de diverses protéines, etc. Le mécanisme proposé plus récemment est l'influence des acides gras polyinsaturés à chaîne longue sur la transcription et l'expression géniques⁴.

De nombreuses revues de la littérature sur le potentiel de la supplémentation en acides gras oméga-3 à réduire les symptômes du TDAH ont été publiées, sans que se dégage de consensus⁵⁻⁷. D'une part, les études cliniques où les parents connaissaient la nature du traitement affichent majoritairement des résultats positifs, en plus de démontrer qu'un supplément permet de normaliser la concentration sérique en AGE. D'autre part, les études cliniques contrôlées à répartition aléatoire, en double aveugle ou non, montrent des résultats très divergents, dont un effet dans le groupe témoin. Dans une revue systématique récente⁴, on n'a recensé que trois études qui avaient démontré une atténuation des symptômes du TDAH dans le groupe traitement, et deux d'entre elles comportaient des limites méthodologiques importantes. Les suppléments contenaient des mélanges et des quantités variables d'acide linoléique, linoléique, docosahexaénoïque et éicosapentaénoïque.

Additifs et colorants alimentaires

Les additifs et colorants alimentaires figurent probablement parmi les aspects nutritionnels les plus blâmés par le grand public. Une étude démontrant que des boissons contenant des colorants alimentaires et du benzoate de

suite en page 16

« *Le maintien d'un état nutritionnel satisfaisant par une alimentation équilibrée est essentiel pour les enfants atteints de TDAH. Le suivi est d'autant plus important qu'ils présentent des risques de carences en raison de la perte d'appétit causée par la médication.* »

sodium, un agent de conservation, avaient un effet sur le comportement des enfants de 3, 8 et 9 ans, a d'ailleurs relancé le débat sur le sujet en 2007⁸. Malgré des études controversées, quelques résultats démontrent toutefois que certains aliments, le plus souvent contenant des additifs ou des colorants alimentaires, peuvent influencer le comportement. Mis au jour par le pédiatre américain Ben Feingold dans les années 1970, cet effet n'est toutefois constaté que chez certains enfants, avec ou sans TDAH. Les enfants d'âge préscolaire semblent par ailleurs y être plus sensibles⁹⁻¹². D'autres études sont nécessaires pour pouvoir qualifier les données de probantes.

Parmi les plus récentes, une étude contrôlée à répartition aléatoire a montré l'efficacité d'une diète très restrictive sur le comportement d'enfants de 4 à 8 ans. La diète comprenait uniquement du riz, de la dinde, de l'agneau, des légumes, des fruits, de l'huile végétale, du thé, du jus de poire et de l'eau. Soixante-dix pour cent des enfants qui l'ont suivie ont connu une amélioration de plus de 50 % de leur comportement. Mais bien que les résultats soient frappants, une diète aussi restrictive est contraire à une approche nutritionnelle préconisant la variété, et sa faisabilité à long terme est discutable. Étonnamment, malgré le caractère très restrictif de la diète, les enfants avaient moins de comportements d'opposition, alors que les chercheurs s'attendaient plutôt au contraire¹³.

Accusé à tort, le sucre ?

La restriction des aliments riches en sucre a été étudiée. Il n'est pas rare d'entendre un parent dire que son enfant est « sensible au sucre ». Les études ne permettent pas de soutenir cette hypothèse^{10,11}. Par contre, des nutritionnistes travaillant auprès d'enfants atteints du TDAH soulignent l'importance de considérer d'autres facteurs, comme le contenu en caféine d'aliments riches en sucre (ex. : chocolat, certaines boissons gazeuses) et la difficulté qu'ont ces enfants à se maîtriser dans un environnement stimulant. Ainsi, au cours d'une fête, les parents peuvent

associer le comportement de l'enfant à l'ingestion d'aliments sucrés alors que les causes sont tout autres¹⁴. Par ailleurs, un petit déjeuner complet et soutenant favorisera la concentration des enfants en classe, alors qu'un repas riche en sucre et faible en protéines et en fibres entraînera plutôt une baisse d'énergie et de concentration, que les enfants soient atteints de TDAH ou non¹⁵.

Fer

La concentration sérique en ferritine a été rapportée comme étant plus souvent abaissée chez les enfants atteints de TDAH, et elle est inversement associée à la gravité des symptômes¹⁶. Une étude pilote contrôlée, à répartition aléatoire et en double aveugle montre une association entre la supplémentation en fer et l'amélioration du comportement d'enfants atteints de TDAH dont les réserves en fer sont abaissées (ferritine < 30 mg/ml), mais sans anémie franche¹⁷. Le supplément fournissait quotidiennement 80 mg de fer élémentaire. Les études sur le sujet sont rares, mais elles proposent une avenue d'autant plus intéressante que le fer est impliqué dans le métabolisme de la dopamine et de la noradrénaline, elles-mêmes possiblement impliquées dans la physiopathologie du TDAH.

Zinc

Les nombreuses fonctions du zinc, dont son action sur plus d'une centaine d'enzymes et sa participation à l'expression génique, alimentent l'hypothèse voulant qu'il influence la santé mentale¹⁸. La déficience en zinc a été associée à l'altération de la sérotonine et de la dopamine, deux neurotransmetteurs possiblement impliqués dans le TDAH. Par ailleurs des études menées dans différents pays, dont la Pologne, la Turquie et Israël, montrent que les concentrations sériques de zinc sont plus faibles chez les enfants atteints de TDAH. Selon une revue de la littérature publiée dans l'*American Journal of Clinical Nutrition*, le zinc est plus efficace comme adjuvant du traitement pharmacologique au méthylphénidate (Ritalin^{MD}) que comme traitement alternatif⁹.

Dans les études recensées, des suppléments fournissant de 15 à 40 mg de zinc élémentaire sous forme de sulfate de zinc étaient utilisés. Ces études sont cependant peu nombreuses.

Magnésium

Le magnésium joue un rôle inhibiteur dans la fonction cérébrale. Il abaisse le métabolisme énergétique, la signalisation des cellules nerveuses synaptiques et le flot sanguin cérébral, et contribue ainsi à la régulation de l'excitabilité nerveuse et musculaire⁹. Les concentrations sériques abaissées rapportées dans les populations souffrant de TDAH ont conduit des chercheurs à évaluer l'effet d'un supplément de magnésium sur le comportement. Les études recensées par Sinn montrent un effet positif, mais leur nombre limité et l'absence de double aveugle ne permettent pas d'en tirer de conclusions. Les résultats prometteurs sont préliminaires à d'autres études cliniques.

Limites des études

L'absence de considération de l'apport alimentaire des nutriments étudiés, la sélection de sujets non diagnostiqués, la variabilité des doses de nutriments et minéraux administrés, le manque de données sur les effets délétères et la subjectivité de l'évaluation des symptômes constituent les principales limites des études. Les résultats obtenus dans un groupe témoin laissent soupçonner un effet placebo important. De plus, les études recensées ont été réalisées dans divers pays. La variabilité des résultats est donc possiblement attribuable à des différences culturelles sur la détermination des apports alimentaires. Il n'est d'ailleurs pas clair si les concentrations sériques abaissées sont le reflet d'un faible apport, de pertes accrues ou encore, dans le cas des acides gras oméga-3, d'une conversion moins grande.

Conclusion

Une étude publiée en avril 2009 dans l'*European Journal of Clinical Nutrition* révèle un lien positif entre l'indice de consommation de produits raffinés, riches en sucre et en matières grasses (malbouffe) mesuré à l'âge de 3 ans et demi et l'hyperactivité à l'âge de 7 ans¹⁹. Ce résultat pourrait appuyer l'ensemble des hypothèses avancées sur l'influence des nutriments et minéraux, puisqu'un indice de malbouffe élevé prédispose potentiellement à un état nutritionnel déficient. Toutefois, dans tous les cas, les données actuelles ne permettent pas d'établir de relation de cause à effet.

Voici les réponses aux questions de reconnaissance de formation continue du volume 6 n° 3 – hiver 2009 – Le rôle des nutritionnistes dans le traitement pharmacologique et chirurgical de l'obésité.

Les questions sont présentées sur le site Web de l'OPDQ, section extranet, revue *Nutrition science en évolution*. Les réponses des questionnaires d'évaluation de formation continue seront publiées dans la revue un an suivant la parution du questionnaire.

Les réponses seront également disponibles sur l'extranet du site Web de l'OPDQ. Vous devez nous retourner les questionnaires dûment remplis avec un chèque pour chaque questionnaire complété à l'ordre de l'OPDQ au montant de 15 \$:

avant le 31 mai 2010 - Volume 7, n° 1, printemps 2009
avant le 31 octobre 2010 - Volume 7, n° 2, automne 2009
avant le 31 janvier 2011 - Volume 7, n° 3, hiver 2010


Réponses Volume 6, no 3 - hiver 2009 :

1-b, 2-b, 3-b, 4-a, 5-d, 6-e, 7-b, 8-d, 9-a, 10-c, 11-b, 12-a.



La littérature ne fournit pas de données probantes sur l'efficacité de suppléments en minéraux ou en AGE comme traitement complémentaire ou alternatif du TDAH ni sur le rôle réel de ces nutriments dans l'étiologie de la maladie. Par ailleurs, la prise de suppléments en acides gras oméga-3 et en fer à d'autres fins que l'atténuation des symptômes du TDAH semble être une pratique courante, mais n'est pas associée à des effets délétères notables. Il serait pertinent de vérifier leur efficacité chez un enfant lorsque les parents le désirent. Que l'effet soit réel ou placebo, ces suppléments pourraient contribuer à améliorer la qualité de vie de la famille. La prise prolongée de suppléments en zinc (50 à 150 mg/jour) pourrait quant à elle causer des malaises gastro-intestinaux. Ces valeurs s'appliquent pour tous les groupes d'âge. Le magnésium d'origine non alimentaire peut causer des diarrhées, des nausées et des crampes abdominales lorsque pris à des doses supérieures à l'apport maximal tolérable, qui se situe à 110 mg/jour pour les 4-8 ans et à 350 mg/jour pour les 9-13 ans¹⁸. Le maintien d'un état nutritionnel satisfaisant

par une alimentation équilibrée est essentiel pour les enfants atteints de TDAH. Le suivi est d'autant plus important qu'ils présentent des risques de carences en raison de la perte d'appétit causée par la médication. L'alimentation devrait leur fournir des apports adéquats en fer, zinc, magnésium et acides gras essentiels. Limiter leur consommation d'aliments sucrés et raffinés, comme il est recommandé à la population générale, permettrait de réduire leur consommation d'additifs alimentaires et de colorants. La détermination des aliments auxquels un enfant est particulièrement sensible puis leur élimination de la diète peuvent se faire dans le cadre d'une intervention nutritionnelle individualisée.

Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité est très complexe et sa prise en charge l'est tout autant. La nutrition ne permettra assurément pas de traiter tous les problèmes associés, mais elle est une avenue intéressante pour améliorer la qualité de vie des enfants et de leur famille. 

Références bibliographiques

1. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC. Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central, 2001.
2. CANADIAN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER RESOURCE ALLIANCE. « Introduction au TDAH », [En ligne]. [http://www.caddra.ca/cms4/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=262&lang=fr] (consulté le 20 octobre 2009).
3. M.F. LE HEUZEY. « Quoi de neuf dans le traitement de l'enfant hyperactif ? », Archives de Pédiatrie, vol. 15, no 7, juillet 2008, p. 1249-1252.
4. R. RAZ, et L. GABIS. « Essential fatty acids and attention-deficit-hyperactivity disorder: A systematic review », Developmental Medicine & Child Neurology, vol. 51, no 8, août 2009, p. 580-592.
5. A. J. RICHARDSON. « Clinical trials of fatty acid treatment in ADHD, dyslexia, dyspraxia and the autistic spectrum », Prostaglandins Leukotrienes & Essential Fatty Acids, vol. 70, no 4, avril 2004, p. 383-390.
6. J. BRULOTTE, C. BUKUTU et S. VOHRA. « Complementary, holistic, and integrative medicine: Fish oils and neurodevelopmental disorders », Pediatrics in Review, vol. 30, no 4, avril 2009, p. e29-33.
7. N.D. RIEDIGER, et al. « A systemic review of the roles of n-3 fatty acids in health and disease », Journal of the American Dietetic Association, vol. 109, no 4, avril 2009, p. 668-679.
8. D. MCCANN, et al. « Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: A randomized, double-blinded, placebo-controlled trial », The Lancet, vol. 370, no 9598, novembre 2007, p. 1560-1567.
9. N. SINN. « Nutritional and dietary influences on attention deficit hyperactivity disorder », Nutrition Review, vol. 66, no 10, octobre 2008, p. 558-568.
10. R. SCHNOLL, D. BURSHTEYN et J. CEA-ARAVENA. « Nutrition in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder: A neglected but important aspect », Applied Psychophysiology & Biofeedback, vol. 28, no 1, mars 2003, p. 63-75.
11. J.K. GHUMAN, L.E. ARNOLD et B.J. ANTHONY. « Psychopharmacological and other treatments in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Current evidence and practice », Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology, vol. 18, no 5, octobre 2008, p. 413-447.
12. S.C. NEWMARK. « Nutritional intervention in ADHD », Explore: The Journal of Science & Healing, vol. 5, no 3, mai-juin 2009, p. 171-174.
13. L.M. PELSSER, et al. « A randomized controlled trial into the effects of food on ADHD », European Child & Adolescent Psychiatry, vol. 18, no 1, janvier 2009, p. 12-19.
14. BETTER BY DESIGN NUTRITION. « The effect of food additives and sugar on ADHD », [En ligne] [http://bbdnutrition.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=24] (consulté le 22 octobre 2009).
15. J. INGWERSEN, et al. « A low glycaemic index breakfast preferentially prevents children's cognitive performance from declining throughout the morning », Appetite, vol. 49, no 1, juillet 2007, p. 240-244.
16. E. KONOFAL, et al. « Iron deficiency in children with attention-deficit/hyperactivity disorder », Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, vol. 158, no 12, décembre 2004, p. 1113-1115.
17. E. KONOFAL, et al. « Effects of iron supplementation on attention deficit hyperactivity disorder in children », Pediatric Neurology, vol. 38, no 1, janvier 2008, p. 20-26.
18. INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES. Les apports nutritionnels de référence, Washington, D.C., The National Academy Press, 2006.
19. N.J. WILES, et al. « "Junk food" diet and childhood behavioural problems: Results from the ALSPAC cohort », European Journal of Clinical Nutrition, vol. 63, no 4, avril 2009, p. 491-498.



Votre groupe fait de vous quelqu'un de privilégié



Grâce au partenariat entre l'**Ordre professionnel des diététistes du Québec** et La Personnelle, vous avez accès à une assurance auto qui vous permet de préserver la valeur de votre voiture plus longtemps et d'éviter les soucis financiers.

Demandez une soumission :

1 888 GROUPES
(1 888 476-8737)

lapersonnelle.com/opdq

MC Marque de commerce de La Personnelle, compagnie d'assurances.



Définitions

Actuellement, deux diagnostics de trouble des conduites alimentaires (TCA) sont reconnus par l'*American Psychiatric Association* : l'anorexie mentale (*anorexia nervosa*, AN) et la boulimie (*bulimia nervosa*, BN). Ils sont fondés sur des listes exhaustives de critères d'inclusion et d'exclusion en plus de contenir des types¹. En dépit de ces définitions précises, le diagnostic le plus fréquent (environ 75 % des cas) est un trouble des conduites alimentaires non spécifié (*eating disorder not otherwise specified*, ou EDNOS)². Parmi les EDNOS, des regroupements de symptômes se distinguent; l'hyperphagie boulimique (*binge-eating disorder*, ou BED) et le syndrome d'hyperphagie nocturne (*night eating syndrome*, ou NES) sont ceux que l'on rencontre le plus souvent dans la littérature.

Le NES a été décrit pour la première fois en 1955 par Stunkard comme une cause de gain de poids et déjà à cette époque, il était défini comme une réponse au stress chez des sujets obèses typiques, associée à une hyperphagie nocturne les ayant conduits à l'obésité³. **Les personnes qui mangent en soirée ou durant la nuit ne souffrent pas toutes de NES, une détresse psychologique doit être présente.** Dans un processus de diagnostic différentiel, il faudrait discriminer les troubles du comportement alimentaire liés au sommeil (*sleep-related eating disorders*, ou SRED), les TCA qui se produisent la nuit (BED ou BN) et les patrons alimentaires dysfunctionnels asymptomatiques⁴. Dans le cas des SRED, l'hyperphagie se produit dans un état de conscience altéré alors que dans le cas du NES, l'ingestion d'aliments est consciente⁵. Selon la littérature, les individus souffrant de NES semblent avoir un bon contrôle de leurs prises alimentaires durant la journée mais en soirée et durant la nuit, le sentiment de perte de contrôle serait similaire aux individus atteints d'hyperphagie boulimique ou de boulimie⁶; en revanche chez eux, les apports caloriques des épisodes nocturnes d'hyperphagie sont moindres (d'environ 300 kcal)⁷. Le NES est aussi associé à l'anxiété, ce qui n'est pas le cas des épisodes nocturnes d'hyperphagie boulimique^{8,9}.

Depuis les premières descriptions du NES, plusieurs définitions basées sur des critères similaires ont été proposées. Les deux définitions les plus considérées sont celles de 1955 (Stunkard, Grace et Wolff)³ et de 1999 (Birketvedt *et al.*)⁷. Leurs principaux critères communs sont une anorexie matinale et des périodes d'éveil – ou d'insomnie – souvent accompagnées d'ingestion alimentaire. Toutefois, elles diffèrent sur le

Tableau 1 : Critères diagnostiques proposés pour le syndrome d'hyperphagie nocturne

<p>A. Décalage significatif des habitudes alimentaires : les apports caloriques sont plus élevés en soirée ou la nuit, selon au moins une des deux caractéristiques suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) au moins 25 % des apports caloriques totaux consommés après le repas du soir; 2) au moins deux épisodes d'ingestion alimentaire nocturnes par semaine. <p>B. État de conscience et capacité du sujet à rapporter les épisodes d'ingestion alimentaire en soirée ou nocturnes.</p> <p>C. Le tableau clinique comprend au moins trois des cinq caractéristiques suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) anorexie matinale ou absence de petit déjeuner quatre jours ou plus par semaine; 2) pulsions alimentaires entre le repas du soir et le coucher et/ou durant la nuit; 3) difficulté à s'endormir ou à garder le sommeil quatre nuits ou plus par semaine; 4) conviction qu'une prise alimentaire est nécessaire pour trouver ou retrouver sommeil; 5) humeur dépressive fréquente ou dégradation de l'humeur en soirée. <p>D. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie.</p> <p>E. La perturbation est présente depuis au moins trois mois.</p> <p>F. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (drogue ou médicament) ou d'une affection médicale générale ou psychiatrique.</p>

Adapté de Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. K.C. Allison et al., 2009 (traduction libre).

pourcentage des apports caloriques totaux après le repas du soir : 25 % dans la définition de 1955, 50 % dans celle de 1999. La définition de 1999 est aussi plus détaillée quant aux fréquences, et exclut la boulimie et l'hyperphagie boulimique^{5,7}.

Dans la foulée du *First International Night Eating Symposium*, un consensus d'experts a proposé des critères diagnostiques pour la recherche de NES (voir le tableau 1)¹⁰. **Les deux critères centraux à considérer dans la recherche de NES sont : 1) 25 % des apports caloriques totaux après le repas du soir; 2) deux éveils nocturnes avec ingestion alimentaire par semaine. Ces critères expliquent le décalage du rythme circadien des apports caloriques totaux, qui est le cœur du NES selon plusieurs chercheurs.**

Épidémiologie descriptive

La prévalence du NES est de 1 à 1,5 % dans la population générale, de 6 à 14 % dans les cas d'obésité clinique et de 8 à 42 % chez les candidats à la chirurgie bariatrique⁴. L'écart des prévalences du NES est attribuable à l'absence d'uniformité des critères des études sur le NES ainsi qu'à la variabilité de leurs critères d'inclusion et d'exclusion. De plus, on rapporte une prévalence d'hyperphagie boulimique similaire à celle du NES dans la population

générale¹¹. En recherche, le NES est souvent évalué à l'aide du *Night Eating Questionnaire* (NEQ), qui comprend quatorze items portant sur les composantes de l'alimentation, de l'humeur, du sommeil et de l'état de conscience au cours des prises alimentaires. Les réponses sont notées au moyen d'une échelle de scores (0 à 4) allant de « jamais » à « toujours »; un score supérieur à 25 est considéré comme révélateur de NES¹². Une étude réalisée auprès de 2 020 enfants a révélé des épisodes d'hyperphagie nocturne pour 1,1 % d'entre eux, sans toutefois établir d'association avec l'obésité¹³. Une méta-analyse réalisée en 2008 et regroupant 1 481 sujets adultes issus de divers groupes de population montre que le NES touche davantage les femmes (62,1 %) que les hommes¹⁴. La similitude des prévalences de l'hyperphagie boulimique et du NES est relevée dans deux études comparatives, mais le chevauchement est qualifié de généralement minime et surtout, ces études confirment le caractère distinct des deux désordres^{6,11}.

Malgré la tendance à étudier le NES chez les individus obèses, certains projets de recherche ont sélectionné des sujets dont l'indice de masse corporelle (IMC) se situait entre 18,5 et 25 kg/m². En 2004, une équipe a comparé 40 sujets ayant un IMC supérieur à 30 kg/m² avec 40 sujets ayant un IMC inférieur à 25 kg/m²; tous avaient été évalués au moyen du NEQ¹⁵. Les deux groupes

se sont révélés similaires sur tous les aspects, sauf l'âge : les sujets qui avaient un IMC inférieur à 25 kg/m² étaient plus jeunes, ce qui laisse croire que le NES pourrait contribuer au développement de l'obésité. Plus récemment, une étude descriptive a mis en évidence des différences entre des sujets de poids normal avec et sans NES¹⁶. Les sujets souffrant du NES, évalués au moyen du NEQ et d'un rappel de 24 heures, présentaient plus de troubles de sommeil, d'humeur dépressive, d'inquiétudes à l'égard de l'image corporelle et des comportements alimentaires, de stress, d'anxiété et d'abus de substances. Ces études avec des sujets ayant un IMC inférieur à 25 kg/m² permettent de conclure à des effets négatifs du NES sur la santé globale en plus de l'association possible avec le développement de l'obésité. Plusieurs études ont confirmé l'augmentation de la prévalence du NES parallèlement à l'augmentation du poids^{4,10}. Dans l'étude de Marshall *et al.*, plus de la moitié des sujets obèses atteints de NES rapportaient que celui-ci avait commencé avant leur obésité¹⁵. Cela démontre encore une fois que le NES pourrait être un des nombreux facteurs contribuant au développement de l'obésité.

Dès 1955, le NES avait été reconnu comme un obstacle au traitement des patients obèses dans 64 % des cas³. Depuis, une association semblable a été constatée dans une étude portant sur 76 sujets, hommes et femmes, qui présentaient un IMC moyen de 36,7 kg/m² et qui amorçaient un programme de perte de poids¹⁷. Les sujets ont été divisés en deux groupes : avec et sans NES. Ils ne présentaient aucune différence quant à l'âge, l'IMC et le pourcentage de masse grasse. Tous ont suivi le même traitement (diète liquide de 900 kcal par jour). Les sujets avec NES (14 % de l'échantillon) ont perdu moins de poids que ceux sans NES et ont démontré une moins grande observance, ce qui pourrait s'expliquer par des apports caloriques nocturnes.

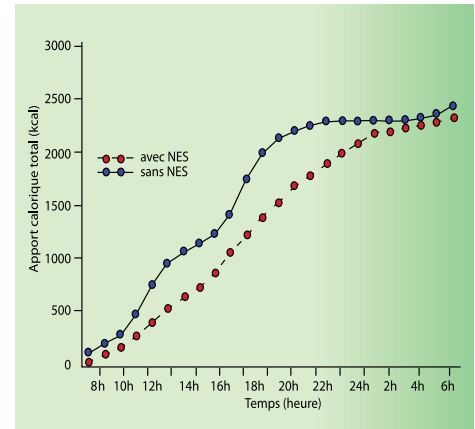
On peut conclure qu'en plus de possiblement contribuer au développement et au maintien de l'obésité, le NES pourrait limiter le succès d'une démarche de perte de poids visant la balance énergétique chez des personnes en surpoids ou obèses.

Caractéristiques cliniques

La principale caractéristique du NES est le décalage du rythme circadien des apports caloriques totaux, par des apports alimentaires en soirée ou nocturnes. Selon les études, les apports caloriques totaux des sujets avec NES et des sujets sans NES diffèrent ou sont similaires. Dans les deux cas toutefois, on remarque chez les sujets avec NES une absence de plateau de la courbe des apports caloriques vers 21 h, ce qui est un indicateur de décalage (voir les figures 1 et 2)^{7,18}. En 2009, Goel *et al.* ont constaté des différences circadiennes significatives (décalage de phase et diminution de la variation de l'amplitude) pour l'apport calorique total, les glucides et les lipides chez des sujets présentant un NES, mais aucune différence pour les protéines (figure 3)¹⁹. Le décalage de phase révèle que l'apport calorique total est plus important en fin de journée et la diminution de la variation de l'amplitude peut être interprétée par des prises alimentaires moins caloriques mais plus fréquentes. En revanche, l'apport calorique total était équivalent chez tous les sujets (avec ou sans NES).

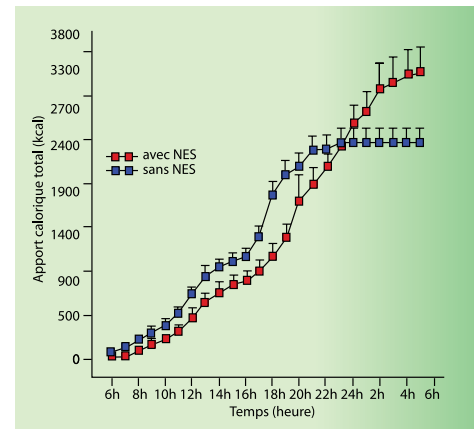
Deux études utilisant des méthodes différentes ont démontré que des sujets avec NES avaient la même durée de sommeil, mais plus de périodes d'éveil²⁰. Les facteurs psychologiques associés au NES sont le stress, l'humeur dépressive et l'anxiété, qui augmente surtout en soirée^{7-9,17}. On peut présumer que dès 1955, Stunkard avait indirectement associé le cortisol au NES en raison de la présence de symptômes de stress et d'anxiété chez les sujets atteints³. Goel *et al.* ont aussi noté des différences circadiennes significatives chez les sujets avec NES pour différents marqueurs impliqués dans la régulation des mécanismes de l'appétit, comme un décalage de phase pour la ghréline (+5,2 heures, $p < 0,001$), la leptine (-1 heure, $p < 0,042$) et l'insuline (2,8 heures, $p < 0,004$) et une diminution de l'amplitude pour la ghréline (-49,6 %, $p < 0,05$) et l'insuline (-57,7 %, $p \leq 0,01$)¹⁹. Birketvedt *et al.* rapportent des résultats différents pour la leptine (plus élevée chez les sujets obèses, $p < 0,001$) et l'insuline (aucune différence pour les périodes pré et post prandiales, pour les sujets avec ou sans NES, obèses ou non obèses), ainsi que des variations circadiennes pour la mélatonine et le cortisol.⁷

Figure 1 : Apport calorique cumulatifs sur 24 heures chez les sujets avec ou sans syndrome d'hyperphagie nocturne (NES)



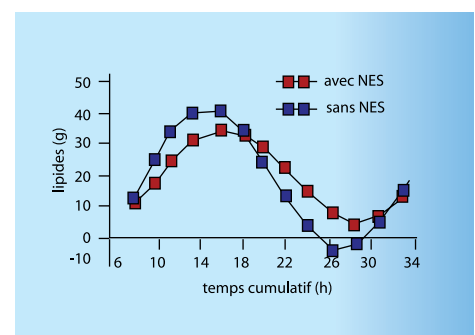
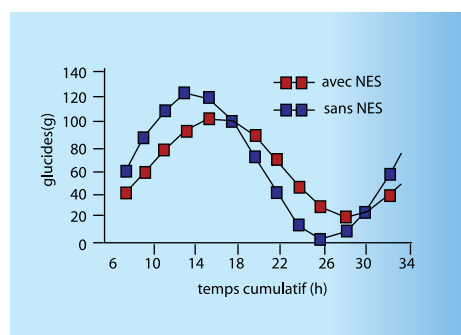
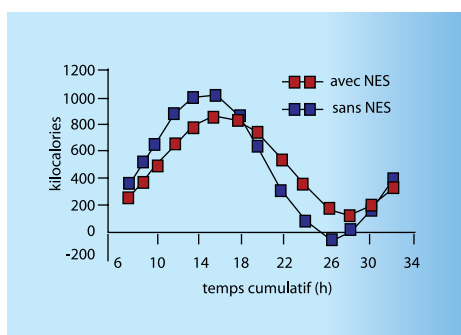
Adapté de *Circadian Eating and Sleeping Patterns in NES*. O'Reardon *et al.*, 2004.¹⁸

Figure 2 : Moyenne de 5 jours des apports caloriques cumulatifs sur 24 heures chez les sujets avec ou sans syndrome d'hyperphagie nocturne (NES)



Adapté de *Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome*, Birketvedt *et al.*, 1999.⁷

Figure 3 : Décalage de phase et variations d'amplitude de l'alimentation chez des sujets avec et sans syndrome d'hyperphagie nocturne (NES)



Adapté de *Circadian rhythm profiles in women with NES*. Goel *et al.*, 2009.¹⁹

Importance clinique et traitements à l'étude

Les individus obèses présentent souvent des TCA et des patrons alimentaires dysfonctionnels qui peuvent entraîner un déséquilibre énergétique et causer plusieurs atteintes physiques et psychologiques²¹. Actuellement, l'incidence d'obésité augmente, et la prévalence du NES est environ neuf fois plus élevée chez les individus obèses^{4,10}. Selon les études, le NES contribuerait au développement et au maintien de l'obésité tout en étant une limite à son traitement^{15,16}. En outre, de nombreuses comorbidités, tant physiques que psychologiques, sont associées au NES, ce qui justifie donc son traitement, indépendamment de la présence d'obésité^{3,7,9,17}.

Diverses approches de traitement ont été explorées depuis la découverte du NES. Une équipe italienne a publié récemment une revue de la littérature sur les voies de traitement possibles²². Par exemple, l'approche cognitivo-comportementale a été testée chez des sujets atteints de NES au moyen d'une thérapie adaptée d'une autre qui était destinée au traitement des troubles d'hyperphagie boulimique. Dans le cas des sujets atteints de NES, l'accent était mis sur la régularité des apports alimentaires le jour, les pensées et comportements en soirée, ainsi que sur les ingestions alimentaires nocturnes. Des effets positifs ont été obtenus : notamment une diminution du pourcentage des apports caloriques après le souper, ainsi que du nombre de périodes d'éveil par semaine et d'épisodes d'ingestion nocturne²². Dans un autre ordre d'idées, comme peu de professionnels de la santé sont sensibilisés au NES, on mentionnera la publication, il y a quelques années, d'un ouvrage axé sur les approches d'auto-assistance (*self-help approaches*). L'ouvrage contient des outils simples permettant à une personne de déterminer si elle souffre du NES et des exercices pratiques pour modifier ses comportements et ses pensées à l'égard de son patron alimentaire²³. Les approches d'auto-assistance sont reconnues comme efficaces pour traiter des dépendances, les TCA, et même amorcer des démarches de pertes de poids²⁴. La luminothérapie a aussi fait l'objet de quelques études pour vérifier son potentiel à rétablir les anomalies du rythme circadien des apports alimentaires et neuroendocriniennes associés au NES, dont une étude de cas avec une femme souffrant de NES et de dépression non saisonnière. Après quatorze séances, celle-ci n'était plus considérée comme atteinte du NES, mais les symptômes sont réapparus un mois plus tard²². Enfin, parmi les agents pharmacologiques, seuls ceux modulant le système de la sérotonine ont montré des effets intéressants sur la réduction des symptômes du NES²⁵. L'équipe de O'Reardon avait déjà démontré le rôle physiologique du système par imagerie cérébrale⁴.

ABRÉVIATIONS

TCA : Trouble des conduites alimentaires
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association
AN : Anorexia nervosa
BN : Bulimia nervosa
BED : Binge-eating disorder
EDNOS : Eating disorder not otherwise specified
NES : Night eating syndrome
SRED : Sleep-related eating disorders
NEQ : Night Eating Questionnaire
IMC : Indice de masse corporelle (kg/m²)

Perspectives cliniques et rôle des nutritionnistes

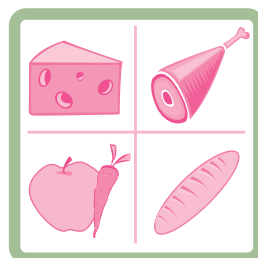
Selon la littérature, le NES constitue un facteur de risque et une cause possible d'obésité. Le consensus d'experts pour les critères diagnostiques de recherche du NES laissent croire que de plus en plus de professionnels de la santé y seront sensibilisés. Actuellement, le NES devrait être considéré et pris en charge peu importe l'IMC de la personne, et *a fortiori* lorsque celle-ci présente un surplus de poids et qu'elle entreprend un traitement de l'obésité. La nutritionniste devra être à même de discriminer les ingestions nocturnes reliées à la boulimie et à l'hyperphagie boulimique; naturellement, les cas d'obésité doivent être traités.

Le rôle de la nutritionniste est maintenant d'être en mesure de dépister le syndrome d'hyperphagie nocturne. Elle devrait désormais évaluer l'état nutritionnel et les apports caloriques sur une période de 24 heures et ajuster ses outils d'évaluation, afin de pouvoir recenser les apports nocturnes. Pour ce qui est de l'intervention comme telle, la nutritionniste recommandera d'abord de limiter la consommation d'alcool, de tabac et de caféine car ces substances sont stimulantes et pourraient occasionner des périodes d'éveil. Ensuite, elle pourra suggérer la tenue d'un journal alimentaire comprenant, outre la composition du repas ou de la collation, l'heure et l'état psychologique ou l'humeur (anxiété, frustration, solitude, etc.) avant et après les prises alimentaires. Après avoir déterminé les situations qui rendent la personne plus vulnérable, elle pourra l'encourager à trouver des moyens pour répondre à ses besoins ou réagir à ses émotions autrement que par la nourriture. Enfin, la nutritionniste pourra graduellement envisager avec le client une restructuration des prises alimentaires par la réduction des portions des collations en soirée ou nocturnes, la prise d'un déjeuner au besoin et la réintroduction des aliments problématiques²³. Étant donné la nature complexe du syndrome, la nutritionniste ne doit pas hésiter à recourir à d'autres professionnels. ☺

Références bibliographiques

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. MINI DSM-IV. Critères diagnostiques, traduit de l'américain par J.D. Gueffé (sous la dir. de), Masson, Paris, 1996, 384 p.
2. P.P. MACHADO, et al. « The prevalence of eating disorders not otherwise specified », *Int J Eat Disord*, vol. 40, no 3, 2007, p. 212-217.
3. A.J. STUNKARD, W.J. GRACE et H.G. WOLFF. « The night-eating syndrome: A pattern of food intake among certain obese patients », *Am J Med*, vol. 19, no 1, 1955, p. 78-86.
4. J.P. O'REARDON, A. PESHEK et K.C. ALLISON. « Night eating syndrome : diagnosis, epidemiology and management ». *CNS Drugs* 2005;19(12):997-1008.
5. M.J. HOWELL, C.H. SCHENCK et S.J. CROW. « A review of nighttime eating disorders », *Sleep Med Rev*, vol. 13, no 1, 2009, p. 23-34.
6. K.C. ALLISON, et al. « Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating ». *J Consult Clin Psychol* 2005;73(6):1107-1115.
7. G.S. BIRKETVEDT, et al. « Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome ». *JAMA* 1999;282(7):657-663.
8. S. SASSAROLI, et al. « Daily and nightly anxiety among patients affected by night eating syndrome and binge eating disorder ». *Eat Disord* 2009;17(2):140-145.
9. M.A. NAPOLITANO, et al. « Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics ». *Int J Eat Disord* 2001;30(2):193-203.
10. K.C. ALLISON, et al. « Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome ». *Int J Eat Disord* 2009;
11. A.J. STUNKARD, et K.C. ALLISON. « Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating ». *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27(1):1-12.
12. K.C. ALLISON, et al. « The Night Eating Questionnaire (NEQ): Psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome ». *Eat Behav* 2008;9(1):62-72.
13. A. LAMERZ, et al. « Prevalence of obesity, binge eating, and night eating in a cross-sectional field survey of 6-year-old children and their parents in a German urban population ». *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46(4):385-393.
14. K.C. ALLISON, et al. « Evaluation of diagnostic criteria for night eating syndrome using item response theory analysis ». *Eat Behav* 2008;9(4):398-407.
15. H.M. MARSHALL, et al. « Night eating syndrome among nonobese persons ». *Int J Eat Disord* 2004;35(2):217-222.
16. J.D. LUNDGREN, et al. « A descriptive study of non-obese persons with night eating syndrome and a weight-matched comparison group ». *Eat Behav* 2008;9(3):343-351.
17. M.E. GLUCK, A. GELIEBTER et T. SATOV. « Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients ». *Obes Res* 2001;9(4):264-267.
18. J.P. O'REARDON, et al. « Circadian eating and sleeping patterns in the night eating syndrome ». *Obes Res* 2004;12(11):1789-1796.
19. N. GOEL, et al. « Circadian rhythm profiles in women with night eating syndrome ». *J Biol Rhythms* 2009;24(1):85-94.
20. N.L. ROGERS, et al. « Assessment of sleep in women with night eating syndrome ». *Sleep* 2006;29(6):814-819.
21. M. TANOFESKY-KRAFF, et S.Z. YANOVSKI. « Eating disorder or disordered eating? Non-normative eating patterns in obese individuals ». *Obes Res* 2004;12(9):1361-1366.
22. P. VINAI, et al. « Psychopathology and treatment of night eating syndrome: A review ». *Eat Weight Disord* 2008;13(2):54-63.
23. K.C. Allison, A.J. Stunkard et S.L. Thier. *Overcoming Night Eating Syndrome: A step-by-step guide to break the cycle*. New Harbinger: New Harbinger Publications Inc., 2004.
24. J.D. LATNER, et G.T. WILSON. *Self-Help Approaches for Obesity and Eating Disorders: Research and Practice*. NY: The Guilford Press, 2007, 376 p.
25. J.D. LUNDGREN, et al. « 123I-ADAM SPECT imaging of serotonin transporter binding in patients with night eating syndrome: a preliminary report ». *Psychiatry Res* 2008;162(3):214-220.

Fondation du cancer du sein du Québec



Une alimentation faible en gras, riche en fibres et équilibrée en fruits et légumes réduit les risques de cancer du sein.

www.rubanrose.org



Rendez-vous à Montréal

Congrès annuel des Diététistes du Canada

Du 27 au 29 mai 2010

- ▶ Un choix de 35 séances de formation
- ▶ Une séance d'envergure qui explorera les enjeux relatifs à la définition des « aliments santé » et à la commercialisation des aliments et boissons auprès des enfants
- ▶ Le Symposium Kellogg sur la nutrition – cette année, le symposium porte sur les bienfaits pour la santé des fibres et sur l'obésité infantile
- ▶ Une célébration des réalisations remarquables des diététistes dans leurs rôles de leadership et de communication
- ▶ Une exposition unique : « Les diététistes... des artistes »
- ▶ L'occasion d'essayer de nouveaux produits à la Vitrine des commanditaires
- ▶ Des recherches thématiques présentées par des collègues
- ▶ L'occasion d'établir des contacts avec des diététistes de partout au Canada

Au mois de février, surveillez la publication du programme préliminaire du congrès des DC 2010. Pour plus de renseignements, visitez le : http://www.dietitians.ca/public/content/resource_centre/dc_conference.asp

Si vous n'avez jamais été membre des Diététistes du Canada (DC), vous êtes admissible au tarif pour nouveaux membres de seulement 149 \$ (et de seulement 96 \$ pour les étudiantes et les étudiants). Assistez au congrès à titre de membre des DC et économisez. Pour plus de renseignements, visitez le : www.dietitians.ca/join.

Les diététistes du Canada travaillent de pair avec leurs membres afin de faire progresser vos connaissances, votre profil et les occasions qui s'offrent à vous.

Pour plus d'information :

Thida Ith, Dt.P., M.Sc.
Directrice administrative régionale - Québec,
Est et Nord-Est de l'Ontario, Les diététistes du Canada
Tél. : (514) 504-8689 Courriel : tith@dietitians.ca



montréal 2010





En centre hospitalier ou en centre d'hébergement de longue durée, il peut arriver qu'un patient refuse le traitement nutritionnel. Un patient peut même aller jusqu'à refuser de s'alimenter. Dans de telles situations, le personnel médical doit-il le nourrir « de force » ou doit-il plutôt respecter sa volonté de cesser de s'alimenter ? La réponse réside dans le droit à l'autodétermination du patient. Nous nous proposons ici d'éclaircir en quoi consiste un refus de traitement et sa portée.

Le droit à l'intégrité

L'inviolabilité de la personne est un droit fondamental protégé par les chartes. La Charte canadienne des droits et libertés enchâsse le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personneⁱ. La Charte des droits et libertés de la personne prévoit quant à elle que tout être humain a droit à la vie ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personneⁱⁱ. Le *Code civil du Québec* édicte aussi que toute personne est titulaire du droit à l'inviolabilité et à l'intégrité de sa personneⁱⁱⁱ. Toute personne étant inviolable et ayant droit à son intégrité, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé, sauf dans les cas prévus par la loi^{iv}. C'est ainsi que nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention^v. La Loi sur les services de santé et les services sociaux énonce aussi que nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature^{vi}.

Le consentement aux soins est donné par la personne elle-même si elle est apte à le faire. Si elle est inapte à donner son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné antérieurement à son incapacité peut la remplacer^{vii}. Le consentement de la personne inapte est donné par son représentant : curateur, tuteur, conjoint (marié, de fait ou d'union civile), proche parent ou toute personne qui démontre un intérêt particulier^{viii}. Ce consentement substitué doit être donné dans l'intérêt du patient et selon les volontés qu'il a exprimées. Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse doit aussi s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère^{ix}.

En raison du droit à l'intégrité et à l'inviolabilité, le législateur ne laisse donc aucun doute quant au droit de consentir du patient et à son corollaire, le droit de refus. Qu'en est-il du refus de traitement nutritionnel et de la volonté de cesser de s'alimenter ?

Le refus de traitement

Il y a plusieurs années, une cause a fait les manchettes; il s'agit de l'affaire Nancy B.^x. Hospitalisée à L'Hôtel-Dieu de Québec, Nancy B, complètement paralysée en raison du syndrome de Guillain-Barré, demandait à la Cour supérieure d'ordonner de débrancher le respirateur qui la maintenait en vie depuis deux ans et demi. Le juge appelé à statuer avait rencontré la jeune femme avant de prendre une décision. Dans un jugement rendu le 6 janvier 1992, il concluait que le médecin devait se rendre à la volonté de sa patiente et interrompre le traitement qui la maintenait artificiellement en vie. Le juge avait pris la peine

de faire une distinction entre l'euthanasie et la fin du traitement que réclamait Nancy B. Celle-ci est décédée en février 1992.

Qu'en est-il maintenant du refus de s'alimenter, qui entraînera éventuellement la mort ? Le jugement rendu dans l'affaire Corbeil^{xi} répond à cette question. Robert Corbeil, âgé de 35 ans et père de deux enfants, était devenu quadraplégique à la suite d'un accident de la route. Il avait entrepris un jeûne pour mettre fin à ses jours. Il a présenté à la Cour une requête afin que le centre d'accueil qui l'hébergeait puisse accéder à sa demande de ne plus recevoir de soins ni d'alimentation. La Cour a déclaré que son refus devait être respecté, même s'il risquait d'accélérer le décès. Ainsi, le refus de traitement s'étend au refus de s'alimenter, comme n'importe quel autre soin.

Le non-respect d'un refus de traitement peut même entraîner la responsabilité civile des intervenants de la santé. Pour illustrer le droit à l'autodétermination, citons un arrêt de l'Ontario, soit l'affaire *Malette c. Shulman*^{xii}. M^{me} Malette, âgée de 57 ans, était Témoin de Jéhovah. À la suite d'un accident de la route, elle est transportée à l'urgence d'un hôpital et prise en charge par le Dr Shulman. Sa condition est sérieuse : elle est semi-consciente, saigne abondamment et est en état de choc hypovolémique. Une infirmière découvre dans son sac à main une carte qui atteste de son refus de recevoir toute transfusion sanguine. Le Dr Shulman est informé de l'existence de cette carte et de son contenu mais juge néanmoins nécessaire, étant donné la condition de la patiente, de procéder à des transfusions sanguines. M^{me} Malette a poursuivi le médecin et obtenu 20 000 \$ en première instance. La Cour d'appel de l'Ontario a rejeté l'appel du Dr Shulman en concluant qu'il aurait dû respecter le refus de transfusion exprimé sur la carte, car le refus était connu et manifeste.

Le refus de traitement nutritionnel

Les tribunaux québécois ont reconnu le droit de refuser un traitement qui maintient une personne en vie et le droit de refuser l'alimentation comme soin de base. Ainsi, il ne fait aucun doute qu'un patient peut refuser un traitement nutritionnel, y compris l'alimentation entérale et l'alimentation parentérale, puisque l'article 11 du *Code civil du Québec* s'applique à tout type de soins, « quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention ». Ces soins requièrent le consentement du patient ou celui de son représentant si le patient est inapte.

Néanmoins, les diététistes/nutritionnistes ont des devoirs et obligations envers leurs patients, en vertu de leur code de déontologie. Devant un refus de

traitement nutritionnel ou un refus de s'alimenter, les diététistes/nutritionnistes doivent exposer à leur client, d'une façon complète et objective, la nature et la portée du problème^{xiii}. Un tel refus peut être sous-jacent à une condition psychologique précaire; une consultation en psychiatrie pourrait s'avérer utile et d'ailleurs, si l'intérêt du client l'exige, les diététistes/nutritionnistes devraient consulter un membre d'un autre ordre professionnel ou orienter le client vers la ressource professionnelle appropriée^{xiv}.

Conclusion

Les situations cliniques mettant en cause le refus de traitement nutritionnel ou la cessation de l'alimentation sont porteuses de malaise pour les diététistes/nutritionnistes qui y sont confrontées. Cesser d'alimenter une personne, c'est la laisser mourir. Ce faisant, dans le cas d'un consentement substitué, une telle décision peut être perçue comme un abandon de l'être humain. L'équipe médicale chargée d'appliquer cette décision peut éprouver le même sentiment. Mais au-delà de ce sentiment, dans le cas où le patient a été bien informé de sa condition et des conséquences de son refus, il convient de prendre acte de ce refus, en vertu du respect des droits du patient. ☺

* L'auteure est diététiste, avocate émérite et présidente du comité sur la pratique illégale de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec.

Références

- i Charte canadienne des droits et libertés, édictée comme l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada, 1982, ch. 11 (R.-U.), art. 7.
- ii Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12, art. 1.
- iii Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64, art. 3.
- iv Id., art. 10.
- v Id., art. 11.
- vi Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, art. 9.
- vii Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64, art. 11.
- viii Id., art. 14 et ss.
- ix Id., art. 12.
- x Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.).
- xi Manoir de la Pointe Bleue (1978) inc. c. Corbeil, [1992] R.J.Q. 712 (C.S.).
- xii Malette c. Shulman, [1990] 72 O.R. (2d) 417 (C.A.).
- xiii Code de déontologie des diététistes, L.R.Q., c. C-26, r. 65.01, art. 10.
- xiv Id., art. 9.



CONSOMMATION DE BOISSONS SUCRÉES ARTIFICIELLEMENT : VERS UN GAIN DE POIDS À LONG TERME ?

Dans le but d'éviter de prendre du poids ou dans le désir d'en perdre, plusieurs personnes se sont tournées vers les boissons sucrées artificiellement (BSA). Cette étude visait à examiner la relation entre la consommation de BSA et la variation du poids à long terme. L'étude comprenait au départ 5 158 sujets; 3 682 ont été réévalués entre sept et huit ans plus tard. Dans l'analyse des résultats, plusieurs des facteurs qui influencent le poids corporel, comme le niveau d'activité physique, le fait d'être à la diète et le tabagisme, ont été pris en compte. Le fait de consommer plus de 21 BSA par semaine, comparativement à aucune, est associé à une augmentation, presque du double, du risque de surpoids ou d'obésité. De plus, l'indice de masse corporelle (IMC) est 47 % plus élevé chez les consommateurs de BSA, comparativement aux personnes qui n'en consommaient pas.

Cette étude ne permet pas d'affirmer qu'il existe une relation de causalité directe entre la consommation de BSA et le gain de poids. Les résultats devraient néanmoins être considérés sérieusement. Ils donnent une raison supplémentaire d'éviter les BSA, suggèrent que ces boissons ne devraient pas être considérées comme des solutions de rechange aux boissons gazeuses sucrées et renforcent l'importance d'insister sur la consommation de boissons saines pour étancher la soif, comme l'eau.

Tiré de :
S.P. Fowler, K. Williams, R.G. Resendez, K.J. Hunt, H.P. Hazuda et M.P. Stern. « Fueling the obesity epidemic? Artificially sweetened beverage use and long-term weight gain », *Obesity*, vol. 16, no 8, 2008, p.1894–1900.

Audrey-Anne Leduc, stagiaire en nutrition
Sabrina Turgeon, Dt.P., M. Sc., superviseure de stage
Laboratoire des sciences de l'activité physique,
Université Laval

LES JEUNES FILLES ATTEINTES D'UN TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ (TDAH) COURENT-ELLES PLUS DE RISQUES DE DÉVELOPPER UN TROUBLE ALIMENTAIRE ?

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est présentement en hausse. Des études récentes révèlent que le TDAH serait associé à plusieurs comorbidités (dépression, anorexie, etc.). Les auteurs de cette étude ont voulu vérifier s'il existait un lien entre le TDAH et les troubles alimentaires. L'étude comprenait 140 adolescentes avec TDAH et 122 adolescentes sans TDAH (les jeunes filles constituent une population plus à risque en ce qui concerne les troubles alimentaires). Les diagnostics de TDAH et de trouble alimentaire (boulimie, anorexie) ont été établis à l'aide du test DSM-III-R. Les résultats montrent que 16 % des sujets avec TDAH (n = 20) et 5 % des sujets sans TDAH (n = 6) avaient des antécédents de troubles alimentaires. Selon l'analyse des résultats, les jeunes filles avec TDAH ont 3,6 fois plus de risques de répondre aux critères diagnostiques des troubles alimentaires (5,6 fois plus de risques pour la boulimie uniquement).

Aux fins de cette étude, il suffisait de répondre à la moitié des critères diagnostiques habituels de trouble alimentaire pour se voir attribuer un tel diagnostic. Les résultats auraient certainement été différents si les chercheurs avaient considéré tous les critères. Reste qu'il serait pertinent d'adopter une approche plus personnalisée et préventive pour les jeunes filles souffrant de TDAH : procéder systématiquement à une évaluation clinique des troubles alimentaires, par exemple. Cela pourrait permettre de diminuer le risque de développer un trouble alimentaire.

Tiré de :
J. Biederman, et al. « Are girls with ADHD at risk for eating disorders? Results from a controlled, five-year prospective study », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 28, 2007, p. 302-307.

Audrey-Anne Leduc, stagiaire en nutrition
Sabrina Turgeon, Dt.P., M. Sc., superviseure de stage
Laboratoire des sciences de l'activité physique,
Université Laval

HYPERTENSION, HYPERCHOLESTÉROLÉMIE, DIABÈTE ET RISQUE DE PARKINSON

La maladie de Parkinson est une maladie dégénérative du système nerveux dont les causes sont encore mal connues. Cette étude visait à vérifier le lien éventuel entre les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, en particulier l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète, et le risque de Parkinson. À cette fin, 121 046 femmes et 50 833 hommes ont été suivis pendant une durée moyenne de 22,9 ans et 12,6 ans respectivement. La condition médicale et les habitudes de vie étaient évaluées tous les deux ans au moyen d'un questionnaire. Durant le suivi, 530 cas de Parkinson ont été diagnostiqués (264 femmes et 266 hommes). L'apparition d'un des trois facteurs en cours de suivi n'a pas été associée à une augmentation du risque de Parkinson. Bien qu'il n'y ait pas d'association entre le risque de Parkinson et les antécédents d'hypertension, d'hypercholestérolémie ou de diabète, un lien marginalement significatif a été révélé entre la diminution du risque de Parkinson et l'augmentation du taux de cholestérol sanguin, particulièrement pour les femmes. Une diminution post-diagnostique de la pression systolique est également notée, mais elle pourrait être due aussi bien aux hypotenseurs, à la L-Dopa et aux autres traitements pour le Parkinson qu'à une perte de poids ou à la pratique accrue d'activité physique (qui ont une influence sur la pression artérielle, le taux de cholestérol et le diabète). L'étude n'a pas démontré que l'hypertension et le diabète augmentaient le risque de Parkinson. L'hypercholestérolémie semble réduire le risque de développer cette maladie, ce qui devra être confirmé par d'autres études.

Tiré de :
C.S. Kelly, C. Honglei, M. Schwarzschild et A. Alberto. « Hypertension, hypercholesterolemia, diabetes, and risk of Parkinson disease », *Neurology*, vol. 69, 2007, p. 1688-1695.

Manuel de nutrition clinique en ligne. La maladie de Parkinson [<http://www.opdq.org/extranet/manuel/opdqManuel/Library/Contenu/parkinson/index.htm>] (consulté le 21 mars 2009).

Stéphanie Hébert, stagiaire en nutrition
Maude Lirette-Carle, Dt.P., superviseure de stage
CHUM, Hôpital Notre-Dame

LE CANCER DU CÔLON ET LES PROBIOTIQUES

Même si le lien entre la flore intestinale et le cancer du côlon n'est pas clairement établi, les études dévoilent son importance dans le maintien de l'homéostasie. Les bactéries commensales, dont font partie les probiotiques, semblent impliquées dans le processus du développement du cancer du côlon : elles diminuent la concentration de molécules cancérogènes et déclenchent l'apoptose des cellules dysplasiques. Ce sont là des fonctions préventives du cancer du côlon. Cette étude animale réalisée avec des souris AKR visait à évaluer la capacité des bactéries commensales et des probiotiques d'induire l'apoptose. Pour l'observation *in vivo*, des souris ont reçu un traitement d'antibiotiques. La quantité de cellules apoptotiques du côlon était moindre chez elles, comparativement aux souris non traitées. Ensuite, les tissus du côlon distal et proximal ont été cultivés dans un milieu d'extraits fécaux et dans un milieu de souches probiotiques pour observer l'effet *in vitro* des bactéries commensales. La culture en milieu fécal influait sur l'activité des caspases 3 et 9 du côlon distal, signe indirect de l'induction de l'apoptose. L'effet était plus marqué pour la culture avec les probiotiques. Les tissus du côlon proximal n'avaient aucune sensibilité à ces milieux, en raison selon les chercheurs de leur adaptation à une forte exposition à un contenu bactérien. Étant donné leur capacité à induire l'apoptose, les probiotiques pourraient servir d'agents de prévention et de surveillance oncologique, même avant le développement de la tumeur maligne. Vu la complexité du développement du cancer, cet aspect des probiotiques serait à confirmer par d'autres recherches.

Tiré de :
Commensal Bacteria & Oncologic Surveillance

Céline Sosamrith Lor, stagiaire en nutrition
Daniel Lavoie, Dt.P., M. Sc., superviseur de stage
Unité de radio-oncologie du CHUM, Hôpital Notre-Dame

LA CONSOMMATION ÉLEVÉE DE PRODUITS LAITIERS EST-ELLE ASSOCIÉE À UN POIDS CORPOREL INFÉRIEUR OU À UNE PLUS FAIBLE PRÉVALENCE DE PERTURBATIONS MÉTABOLIQUES CHEZ LES INUITS DU NUNAVIK ?

OBJECTIF : Cette étude visait à évaluer l'association entre la consommation de lait et de produits laitiers (PL), le poids corporel et le profil de risque cardiovasculaire chez la population inuite du Nunavik.

MÉTHODOLOGIE : Un total de 751 sujets âgés de 18 à 74 ans ont participé à l'Enquête de santé du Nunavik Qanuippitaa?. Les participants ont répondu à un questionnaire de fréquence alimentaire qui permettait, entre autres, d'évaluer la consommation journalière de PL. Des mesures anthropométriques ainsi que des mesures du profil lipidique, du glucose et de l'insuline à jeun ont été effectuées.

RÉSULTATS : La moyenne de consommation totale de lait et produits laitiers chez la population inuite est de $0,92 \pm 1,19$ portion/jour. Les sujets de 18 à 29 ans consomment davantage de desserts laitiers comparativement aux sujets âgés de 50 à 79 ans ($p < 0,01$). Une consommation élevée de PL est associée à un poids corporel, une masse maigre, une pression artérielle diastolique et un glucose à jeun plus élevés. Après ajustement pour l'âge et le sexe, seule l'association entre la consommation de PL, le poids corporel et la masse maigre demeure ($p = 0,01$ et $0,02$ respectivement).

CONCLUSION : Les Inuits du Nunavik consomment moins d'une portion de PL par jour, ce qui est nettement sous les recommandations du Guide alimentaire canadien. Une consommation élevée de PL est associée à un poids corporel, une masse maigre, une pression artérielle diastolique et un glucose à jeun plus élevés. La consommation journalière de lait et de produits laitiers au Nunavik est probablement insuffisante pour avoir les effets bénéfiques sur le poids corporel et le profil de risque cardiovasculaire qui sont observés dans les populations nord-américaines.

Annie Ferland¹, Benoît Lamarche², Émilie Counil¹, Marie-Ludivine Château-Degat¹, Eric Dewailly¹

1. Unité de recherche en santé publique, Centre de recherche du CHUL (CHUQ).

2. Institut des nutraceutiques et des aliments fonctionnels (INAF) de l'Université Laval.

Votre don va droit au coeur.

1 888 473-4636



FONDATION
DES MALADIES
DU COEUR
DU QUÉBEC



Isabelle Galibois, Dt.P., Ph. D., professeure titulaire et directrice du programme de baccalauréat en nutrition, Département des sciences des aliments et de nutrition, Université Laval



UNIVERSITÉ LAVAL

L'offre des programmes de formation en nutrition continue de progresser à l'Université Laval. Les programmes réguliers comprennent le baccalauréat, la maîtrise et le doctorat en nutrition ainsi que le microprogramme de perfectionnement des diététistes/nutritionnistes. L'éventail des programmes à distance ou par Internet, qui comptait déjà deux microprogrammes, s'est enrichi en 2009 du nouveau diplôme d'études supérieures spécialisées en alimentation fonctionnelle et santé dirigé par Marie-Claude Vohl.

En septembre 2009, Hélène Jacques a été nommée directrice des programmes de maîtrise et de doctorat en nutrition. Elle a succédé à Huguette Turgeon-O'Brien, qui a fait un excellent travail à ce poste au cours des huit dernières années.

Toujours du côté des professeurs, d'autres événements sont à signaler. André Tchernoïf a obtenu une subvention de trois ans des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) afin de poursuivre ses travaux sur la physiologie des tissus adipeux chez la femme, notamment sur les médiateurs hormonaux qui expliqueraient le lien entre une alimentation riche en lipides saturés et l'inflammation dans l'obésité abdominale. Simone Lemieux a obtenu le prix d'excellence en recherche Desjardins Sécurité financière, qui consiste en une somme de \$10 000 octroyée à un chercheur émérite dont les travaux portent sur la santé des femmes. Ce prix lui a été accordé de concert avec une subvention de la Fondation des maladies du cœur pour un projet de recherche sur les différences entre les hommes et les femmes dans la réponse à une intervention nutritionnelle visant l'adoption de la diète méditerranéenne. Benoît Lamarche a pour sa part été honoré récemment par les membres de la Conférence canadienne sur les lipoprotéines, qui lui ont décerné le Prix Simon-Pierre-Noël. Ce prix est attribué à des chercheurs reconnus pour leurs découvertes scientifiques et veut souligner l'importance de leur travail dans le domaine de la lipidologie au Canada.

Très important en 2009 : le succès de trois jeunes collègues – Julie Robitaille, Véronique Provencher et Sophie Desroches – au concours de chercheurs-boursiers, catégorie « Junior 1 », du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ).

Julie Robitaille, professeure sous octroi au département depuis 2008, a obtenu une subvention pour son projet de recherche sur les déterminants de l'adoption de mesures préventives chez les femmes ayant eu un diabète gestationnel. Ce projet de recherche, qui a débuté à l'automne 2009, est mené en collaboration avec André Tchernoïf, Gaston Godin et John S. Weisnagel. La subvention de recherche en santé des populations accordée par le FRSQ assure un financement pour une durée de trois ans.

En plus de la bourse du FRSQ, Véronique Provencher, professeure sous octroi depuis l'été 2009, a obtenu deux subventions en tant que chercheuse principale à son arrivée à l'université : l'une des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'autre de l'Institut Danone. Ces deux subventions lui permettront de poursuivre un projet de recherche visant à déterminer dans quelle mesure les perceptions des aliments influencent l'apport alimentaire et l'appétit, afin de mieux comprendre les facteurs cognitifs impliqués dans le contrôle de la prise alimentaire.

Quant à Sophie Desroches, professeure sous octroi depuis l'automne 2009, la bourse du FRSQ et une subvention des IRSC lui permettront de poursuivre son projet de recherche « Partage et utilisation des connaissances : de la synthèse à l'application dans les pratiques cliniques des diététistes ».

Des faits marquants sont aussi à signaler du côté des étudiants. Parmi ceux du baccalauréat en nutrition, plusieurs ont participé à la deuxième édition du salon Motivation-Santé, qui s'est tenu en novembre au centre commercial Place Fleur de Lys. Ce salon grand public animé par des

étudiants de tous les programmes de formation en santé représente pour ces futurs professionnels une belle occasion d'interaction. Julie Anne Côté, étudiante au baccalauréat en nutrition, a reçu une bourse de Diabète Québec pour un stage d'été en laboratoire portant sur l'apport alimentaire en fructose, la distribution des tissus adipeux et les altérations métaboliques. Maude Caron-Jobin a obtenu une bourse du FRSQ pour ses travaux de maîtrise sur le lien entre les lipides alimentaires et la composition en acides gras des tissus adipeux, sous la supervision d'André Tchernoïf. Marie-Ève Labonté a elle aussi obtenu une bourse du FRSQ, pour ses travaux de maîtrise sur l'effet des gras trans naturels et industriels sur le métabolisme du cholestérol chez l'humain, sous la supervision de Benoît Lamarche. Enfin Iwona Rudkowska, diplômée de l'Université McGill, a reçu une bourse de recherche Bisby des IRSC afin de poursuivre des recherches postdoctorales en nutriginomique à l'Université Laval, sous la supervision de Marie-Claude Vohl.

Sur le plan des collaborations internationales, il faut souligner la signature d'une entente, le 1^{er} juillet dernier à Bordeaux, entre l'Institut des nutraceutiques et des aliments fonctionnels (INAF) de l'Université Laval et l'Institut de recherche en nutrition humaine d'Aquitaine (IRNHA) de l'Université de Bordeaux. Cette entente, qui enclenche le processus de création de l'Institut de nutrition Aquitaine-Québec, s'inscrit dans la foulée d'un plan d'action stratégique commun aux deux établissements. Les deux universités comptent faire du nouvel Institut de nutrition Aquitaine-Québec une référence mondiale en matière de prévention des maladies chroniques par la nutrition. ☺

RÉGIME D'ASSURANCE COMPLET OFFERT AUX MEMBRES DE L'OPDQ



- Assurance invalidité
- Assurance maladies redoutées
- Assurance frais généraux de bureau
- Assurance vie
- Assurance médicaments
- Assurance soins de santé complémentaire
- Assurance soins dentaires
- Assurance voyage et service d'assistance

PRENEZ DE L' ASSURANCE

Appelez dès maintenant 1 800 361 8715

www.dpmm.ca/lessurmesures

GATINEAU | JONQUIÈRE | MONTRÉAL | QUÉBEC | TORONTO





REPORTAGE

Colloque « Alimentation et environnement : les grands défis des peuples autochtones »

Lucie Brunelle, Dt.P., M. Sc., Division de kinésiologie, Université Laval

Le 16 octobre dernier avait lieu à Québec, au Cégep de Limoilou, le colloque « Alimentation et environnement : les grands défis des peuples autochtones », présenté par la Division de kinésiologie de l'Université Laval en collaboration avec l'Ordre professionnel des diététistes du Québec. Les conférenciers ont discuté des enjeux relatifs à certains déterminants de santé chez les peuples autochtones. La faible présence de références culturelles traditionnelles des autochtones dans le monde actuel rend leur cheminement vers de saines habitudes de vie particulièrement difficile. Ce colloque se voulait donc une occasion de partager le savoir des chercheurs et des professionnels de la santé, en vue d'une amélioration de la qualité de vie des peuples autochtones.

Évolution du mode de vie et de l'alimentation des Premières Nations de l'est de l'Amérique

Benoît D. Slouli, M. Sc., B.A.A, B.A, Nation huronne-wendat

Les habitudes de vie traditionnelles des peuples des Premières Nations étaient bien différentes de celles d'aujourd'hui. Ceux-ci avaient un mode de vie foncièrement actif. La marche, le canot, les expéditions de pêche et de chasse, et même les expéditions guerrières faisaient partie intégrante de leur quotidien. De plus, l'analyse de l'alimentation traditionnelle des Wendats permet de conclure que le régime alimentaire des peuples autochtones était complet. Fruits, légumes, viande, poissons et maïs composaient leur alimentation habituelle, si bien qu'à l'époque, le problème de la malnutrition ne se posait pas.

Certains événements historiques ont eu des répercussions majeures sur les autochtones, et les ont fait basculer vers un état de dépendance. L'adoption d'un mode de vie plus sédentaire en a été l'une des premières conséquences. Malheureusement, les habitudes alimentaires ont changé elles aussi; de fait, l'alimentation des autochtones a diminué en protéines et en fer, et augmenté en féculents, en gras et en sucres ajoutés. Ces changements alimentaires ne favorisent pas l'acquisition et le maintien d'un bon état de santé chez les peuples autochtones.

Actuellement, la situation économique des autochtones ne facilite pas non plus l'acquisition de saines habitudes alimentaires. Selon des enquêtes réalisées au Québec en 2001 et en 2006, environ 60 % des adultes autochtones ont un revenu annuel inférieur à 20 000 \$, ce qui signifie nécessairement un pouvoir d'achat restreint. Il n'est donc pas étonnant que les autochtones du Canada accusent un retard alarmant au regard de leur état de santé global (espérance de vie réduite, prévalence élevée de l'obésité, du diabète et du suicide, etc.). Le

portrait social des autochtones se reflète dans leurs habitudes de vie, et il est important d'étudier la condition de cette population dans son ensemble plutôt que problème par problème. En effet, de meilleures habitudes alimentaires et d'activités physiques sont souhaitables au sein des populations autochtones, mais elles doivent représenter une acceptation sociale ainsi qu'un mode de vie globalement plus sain.

Estimation de l'apport alimentaire traditionnel des nations autochtones

Katherine Gray-Donald, professeure, Université McGill

L'étude de l'alimentation traditionnelle des peuples autochtones est complexe du fait que celle-ci diffère selon l'emplacement géographique. Par exemple, les Mohawks employaient des techniques de jardinage qui leur étaient propres alors que les Cris recouraient davantage à la chasse, à la pêche et à la cueillette pour s'approvisionner en nourriture. L'arrivée des Européens a vraisemblablement été à l'origine de transitions alimentaires, notamment en raison de l'introduction de la farine sur le territoire. Afin d'avoir une juste idée des aspects à considérer, l'état actuel de l'alimentation des autochtones doit être étudié en tenant compte des réalités des différents groupes.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) contient des données sur l'alimentation des populations autochtones, mais seulement celles qui vivent hors réserve. Il faut donc faire appel aux études indépendantes pour en savoir plus sur l'alimentation des différents groupes d'autochtones. Les comparaisons entre les groupes mettent en lumière que l'alimentation des hommes et des femmes autochtones hors réserve est semblable à celle des hommes et des femmes non autochtones. Cependant, l'apport en aliments non considérés dans le Guide alimentaire canadien (autres aliments) est plus élevé chez les autochtones, particulièrement les femmes âgées entre 19 et 31 ans (plus grande consommation de boissons gazeuses, de pizzas, d'hamburgers, de sous-marins et de hot-dogs).

Dans les réserves, plusieurs problèmes de santé sont présents, notamment le diabète gestationnel et l'anémie infantile. De 11 à 35 % des enfants autochtones âgés de 1 an souffrent d'anémie, alors que ce taux varie entre 3 et 7 % chez les enfants non autochtones.

Des programmes de prévention du diabète gestationnel sont mis en place afin d'encourager les femmes à adopter de meilleures habitudes alimentaires et d'activités physiques. De

même, des interventions nutritionnelles visent à augmenter l'apport en fer des nourrissons cris. Ainsi des céréales et biscuits enrichis en fer sont offerts, de même que les viandes consommées traditionnellement par les Cris.

L'évaluation de l'implantation de ces programmes permet de conclure que toute approche diététique doit tenir compte des diversités socioculturelles des multiples nations autochtones et que les apports nutritionnels actuels de ces communautés doivent être analysés afin de déterminer si réellement ils sont déficients. En fait, il est préférable de ne pas briser le continuum entre la diète traditionnelle et la diète moderne, et de miser davantage sur l'adaptation de la diète traditionnelle plutôt que sur l'adaptation de nos références nutritionnelles modernes.

Santé métabolique et nutrition chez une population crie de l'Ontario

François Haman, professeur, Université d'Ottawa

La prévalence du diabète de type 2 est de trois à cinq fois plus élevée chez les peuples autochtones du Canada, comparativement à la population non autochtone. Par ailleurs il apparaît généralement à un plus jeune âge que dans la population caucasienne. Or la diète autochtone traditionnelle, riche en acides gras oméga-3 et oméga-6, est plutôt défavorable au développement de maladies cardiovasculaires et de diabète de type 2. Dans les recommandations relatives aux interventions auprès des populations autochtones, qui s'appuient sur la reconnaissance de leur contexte culturel, un retour à l'alimentation traditionnelle composée d'aliments sauvages (plantes et animaux) est donc préconisé. Les effets de ces aliments sur l'utilisation du glucose doivent être étudiés afin de valider la pertinence de cette recommandation en ce qui concerne la prévention et le traitement du diabète de type 2. L'évaluation de différents biomarqueurs de la diète (fréquence de consommation des aliments sauvages, journaux alimentaires, rappel de 24 heures, entrevues, isotopes C13 et N15, mercure, etc.) a permis de constater, dans le contexte d'un test de tolérance au glucose administré à des diabétiques et à des non-diabétiques, que la consommation d'aliments sauvages n'avait pas d'influence sur la réponse glycémique et insulinémique, malgré que l'utilisation du glucose semblait meilleure chez les diabétiques consommant des aliments sauvages. Toutefois, les données préliminaires montrent que les autochtones utilisent le glucose de la même façon que les populations caucasiennes. Ces résultats indiquent que l'alimentation traditionnelle des autochtones a sa place dans un contexte de prévention et de traitement du diabète de type 2.

Perception de l'alimentation et de la qualité de son offre par les familles québécoises

Pascale Morin, professeure, Université de Sherbrooke

La conciliation travail-famille est une réalité pour la majorité des familles québécoises. Une telle situation a inévitablement des répercussions sur l'alimentation des enfants et sur le temps consacré à la pratique d'activités physiques. Deux études pilotes portant sur les comportements et stratégies des parents qui travaillent ainsi que sur l'environnement alimentaire familial et en centre de la petite enfance (CPE) ont été réalisées à Sherbrooke. Les résultats de ces études montrent un lien entre l'âge des parents et leurs choix alimentaires : les parents plus jeunes ont tendance à acheter davantage de boissons sucrées et de grignotises grasses et moins de produits céréaliers à grains entiers que les parents plus âgés. Le faible revenu est en outre associé à un achat plus fréquent de boissons sucrées. Ces deux facteurs (âge et revenu) sont aussi liés à l'utilisation de stratégies alimentaires organisationnelles. Les parents plus jeunes font moins souvent de listes d'épicerie et recourent plus souvent aux services de restauration rapide et les parents au revenu plus modeste planifient moins souvent les menus. Les parents qui travaillent ont aussi tendance à user, à l'occasion, de stratégies possiblement nuisibles (ex. : promettre un dessert, insister pour que l'enfant termine son assiette, utiliser les aliments en récompense). Ceux-ci auraient donc intérêt à être mieux renseignés sur les stratégies à utiliser avec leurs enfants.

En ce qui concerne l'environnement alimentaire en CPE, il ressort des deux études qu'en général, les intervenants laissent aux enfants suffisamment de temps pour manger, planifient des menus cycliques en respectant les recommandations du Guide alimentaire canadien (repas composés des quatre groupes, aliments variés, desserts et collations à base de fruits et de produits laitiers). On remarque toutefois la présence de charcuteries et l'utilisation de mauvais gras; en outre, les collations pourraient être plus substantielles et plus équilibrées (composées minimalement de deux groupes alimentaires). Enfin, il serait avantageux pour les enfants en CPE de participer régulièrement à des activités éducatives en rapport avec l'alimentation (ateliers de cuisine, découverte de nouveaux aliments, etc.).

Les résultats de ces études peuvent servir à l'intervention dans le cadre des programmes instaurés à l'intention des communautés autochtones.

Prévalence du surpoids chez les nations autochtones

Marie-Ève Mathieu, professeure, Université de Montréal

La prévalence élevée de surpoids et d'obésité chez les peuples autochtones sont des problèmes bien réels. Ainsi, parmi les jeunes autochtones, 58 % des enfants âgés de 2 à 12 ans souffrent d'embonpoint et 42 % des adolescents sont en surpoids ou obèses, alors que parmi les jeunes Canadiens non autochtones, entre 32 et 36 % des enfants ont de l'embonpoint et de 14 à 24 % des adolescents sont en surpoids ou obèses. Les autochtones d'âge adulte présentent aussi des prévalences de surpoids et d'obésité plus élevées. Les données relatives aux autochtones s'appliquent aussi aux Inuits du Canada, du Groenland et de l'Alaska. Les études réalisées dans ces milieux montrent que chez les hommes, l'indice de masse corporelle (IMC) varie entre autres selon leur proximité aux grandes villes, les hommes vivant près des grandes villes ayant un IMC plus élevé que les hommes vivant loin des centres urbains (25,5 vs 24,9 kg/m²).

L'étude de la circonférence de taille et du ratio taille/hanche chez ces populations a mené à l'observation de différences morphologiques, avec ajustements pour l'âge. En fait, les femmes semblent présenter plus de risques d'avoir des valeurs de circonférence de taille plus élevées que les recommandations, et la forme androïde, généralement associée aux hommes, est plus observée chez les femmes, et ce, même chez celles dont l'IMC est inférieur à 25 kg/m².

Par ailleurs, des études montrent que chez les Inuits dont l'IMC est supérieur à 30 kg/m², les valeurs de HDL et de triglycérides sont comparables à celles des Caucasiens de poids normal, ce qui renforce l'importance d'une évaluation globale des facteurs de risque afin d'avoir un portrait plus réaliste des déterminants de la santé des autochtones. En ce qui concerne l'obésité, trois facteurs permettraient de la réduire chez les enfants cris : la consommation d'au moins trois fruits et légumes par jour, la marche quotidienne (au moins 15 000 pas pour les garçons et 12 000 pas pour les filles) et une meilleure condition physique que la valeur du 20^e percentile. Une consommation moindre de lipides et de boissons gazeuses et une consommation accrue de produits laitiers ou de fibres ne semblent pas avoir le même effet.

Pollution chimique et diabète chez les Cris de l'Ontario

Pascal Imbeault, professeur, Université d'Ottawa

Certains polluants organochlorés sont plus résistants à la dégradation; ils sont d'ailleurs qualifiés de « polluants organochlorés persistants » (POP). Ces polluants s'accumulent dans les organismes en fonction de leur âge et de leur place dans la chaîne alimentaire. Les POP sont des molécules ou agents chimiques ayant des propriétés hormono-mimétiques; ils interfèrent avec le fonctionnement des glandes endocrines en imitant et en bloquant l'action des hormones naturelles. Par exemple, les concentrations élevées de POP sont associées à une résistance à l'insuline ainsi qu'à des concentrations plus élevées de certains marqueurs inflammatoires. La situation géographique amplifie l'exposition de certains peuples autochtones aux polluants organochlorés. Parallèlement, la prévalence de l'embonpoint et du diabète est très élevée dans les populations cris. Par ailleurs, les diabétiques affichent des concentrations plasmatiques de POP plus élevées que les non-diabétiques. Ainsi, les polluants organochlorés doivent être considérés dans l'étude et la compréhension du développement de problèmes de santé tels que le diabète de type 2 chez les populations autochtones.



**FONDATION QUÉBÉCOISE
DU CANCER**

1 800 363.0063
www.fqc.qc.ca



RECONNAISSANCE DE FORMATION CONTINUE

Questionnaire détachable pour l'obtention de crédits

Réponses aux questions de reconnaissance de formation continue du volume 6, n°3, hiver 2009 en page 16.

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 : **0,5 UFC**
Un chèque de **15 \$** (taxes incluses) émis à l'ordre de l'OPDQ devra accompagner cette feuille (pour couvrir les frais d'administration). Doit être retourné **avant le 31 janvier 2011**.

Questions sur l'article de Kathy Dufresne et Annick Simard « Les défis de la nutrition en santé mentale » (Dossier)

1. Nommer la ou les maladies mentales reconnues comme facteur de risque du diabète depuis 2003 :
 - a) la dépression
 - b) le trouble anxieux
 - c) la maladie bipolaire
 - d) la schizophrénie
 - e) toutes ces réponses
2. Quel est l'énoncé qui qualifie le mieux l'alimentation des individus atteints de maladie mentale :
 - a) riche en énergie, en sucres ajoutés et pauvre en sodium et en vitamines
 - b) riche en énergie et en matières grasses et pauvre en fibres, en vitamines et en fruits et légumes
 - c) riche en matières grasses et en sucres ajoutés et pauvre en sodium
 - d) pauvre en énergie, en fibres, en fruits et en légumes

Questions sur l'article de Michel Lucas « Dépression et oméga-3 : où en sommes-nous ? » (Dossier)

3. Lorsqu'on parle de dépression dans les articles scientifiques, on fait nécessairement allusion au trouble dépressif majeur (TDM) tel que défini par les critères du DSM-IV :
 - a) Vrai
 - b) Faux
4. Selon les lignes directrices pour la gestion du TDM du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)*, la supplémentation en acides gras oméga-3 est reconnue comme étant :
 - a) un traitement de première intention dans les cas de TDM d'intensité élevée
 - b) un traitement de première intention dans les cas de TDM d'intensité légère à modérée
 - c) un traitement de seconde intention dans les cas de TDM d'intensité élevée
 - d) un traitement de seconde intention dans les cas de TDM d'intensité légère à modérée

Questions sur l'article de Katherine Desjardins et Stéphanie Côté, « À quand le traitement nutritionnel pour soigner l'hyperactivité ? » (Dossier)

5. L'efficacité des suppléments pour réduire les symptômes du TDAH a été clairement démontrée dans le cas d'un nutriment. Il s'agit :
 - a) du zinc
 - b) du magnésium
 - c) du fer
 - d) des acides gras oméga-3
 - e) aucune de ces réponses

6. Pour quelle raison soupçonne-t-on certains nutriments d'être impliqués dans l'étiologie du TDAH :
 - a) Ils remplissent de nombreux rôles dans la fonction cérébrale
 - b) On n'a pas trouvé de meilleure explication pour le TDAH
 - c) Les enfants souffrant de TDAH ont des valeurs plus souvent abaissées en ces nutriments
 - d) a et c

Questions sur l'article de Geneviève Faucher « Le syndrome d'hyperphagie nocturne : plus qu'une fringale de nuit » (Le Plus)

7. Quelle est la principale caractéristique du NES ?
 - a) des personnes qui mangent la nuit sans s'en rendre compte
 - b) de la boulimie la nuit
 - c) seules les personnes obèses sont atteintes
 - d) un décalage du rythme circadien des apports alimentaires
8. Quelques traitements sont actuellement étudiés pour traiter le NES. Parmi les suivants, lequel n'a pas été présenté dans l'article :
 - a) la thérapie cognitivo-comportementale
 - b) l'hypnose
 - c) les agents pharmacologiques agissant sur la sérotonine
 - d) la lumbinothérapie
 - e) les approches d'auto-assistance

Questions sur l'article de Janick Perreault « Le refus de traitement nutritionnel » (Chronique juridique)

9. Lorsqu'un patient refuse un traitement nutritionnel, voire refuse de s'alimenter, la diététiste/nutritionniste doit privilégier quelle approche :
 - a) Elle doit respecter le choix du patient, tout en lui expliquant son désaccord de façon objective eu égard aux conséquences de ce choix.
 - b) Compte tenu des conséquences prévisibles de ce refus, elle doit insister auprès du patient et s'il persiste dans son refus, exiger une ordonnance du médecin destinée à le forcer à se nourrir, quitte à utiliser d'autres voies d'alimentation que la voie orale.
 - c) Compte tenu des conséquences prévisibles de ce refus, elle doit insister auprès du patient pour qu'il soit vu en psychiatrie afin de déceler une condition psychiatrique sous-jacente à son choix.
10. Si le patient dispose du droit de consentir aux soins et de son corollaire, le droit de les refuser, dispose-t-il également du droit de refuser de s'alimenter :
 - a) Non, parce que l'alimentation ne constitue pas un soin et d'autres voies d'alimentation que la voie orale permettent de l'alimenter afin de lui éviter de mourir.
 - b) Oui, car le droit à l'invulnérabilité et le droit à l'intégrité constituent des droits fondamentaux de sorte que nul ne peut porter atteinte au consentement libre et éclairé d'un patient et par conséquent, un patient ne peut être soumis à des soins, quelle qu'en soit la nature, y compris l'alimentation.



Découpez et postez à l'adresse ci-dessous

Nom _____ Prénom _____
 Adresse _____
 Numéro de téléphone (_____) _____
 Numéro de membre _____
 Signature _____

Retournez cette section avec votre paiement de 15 \$ par la poste avant le 31 janvier 2011 à :

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

La nutrition en santé mentale : une avenue prometteuse

Volume 7, n° 3 hiver 2010

Réponses

1. a b c d e
2. a b c d
3. a b
4. a b c d
5. a b c d e
6. a b c d
7. a b c d
8. a b c d e
9. a b c
10. a b





HOMMAGE

Hommage à Marie-Paule Duquette, Dt.P, lauréate du prix Excellence en carrière Suzanne-Simard-Mavrikakis de Provigo, membre du groupe Loblaw

Par Véronique Serbey Binek, Dt.P., Dispensaire diététique de Montréal



Photo de Nicolas Gallienne

De gauche à droite : Josée Bédard – Directrice principale-Affaires corporatives de Provigo, membre du groupe Loblaw; Marie-Paule Duquette, lauréate du prix d'excellence en carrière; Michel Sanscartier, Président de l'OPDQ

Le 26 novembre dernier avait lieu à l'Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec (ITHQ) la remise annuelle des prix de l'Ordre. À cette occasion, les membres de la profession ont rendu hommage à Marie-Paule Duquette, directrice générale du Dispensaire diététique de Montréal et lauréate du prix Suzanne-Simard-Mavrikakis, décerné par l'Ordre en partenariat avec Provigo, pour l'ensemble de ses activités professionnelles. Voici le témoignage qu'a livré sa consœur Véronique Serbey Binek.

Le 26 novembre dernier avait lieu à l'Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec (ITHQ) la remise annuelle des prix de l'Ordre. À cette occasion, les membres de la profession ont rendu hommage à Marie-Paule Duquette, directrice générale du Dispensaire diététique de Montréal et lauréate du prix Suzanne-Simard-Mavrikakis, décerné par l'Ordre en partenariat avec Provigo, pour l'ensemble de ses activités professionnelles. Voici le témoignage qu'a livré sa consœur Véronique Serbey Binek.

C'est un grand plaisir pour moi de vous présenter ma chère amie de plus de quarante ans, Marie-Paule Duquette, une consœur exceptionnelle.

Mais le faire en quelques minutes, c'est aussi tout un défi parce que son curriculum vitae ressemble à une encyclopédie ! D'avance, je lui demande son indulgence, et la vôtre, pour un portrait qui sera forcément incomplet.

Originaire d'Abitibi, cadette d'une famille de sept enfants, Marie-Paule a fait ses études de diététique à l'Université de Montréal. Pour son internat, elle a opté pour l'Université de Saskatoon afin de se familiariser avec la langue de Shakespeare.

Lorsque, en 1968, Marie-Paule se présente au Dispensaire diététique de Montréal pour une entrevue d'embauche, elle a l'allure un peu bohème populaire à l'époque : minijupe colorée, cheveux longs jusqu'à la taille... La première diététiste qu'elle y aperçoit, descendant l'escalier, est vêtue d'une longue jupe noire. Marie-Paule, qui se rappelle ses années d'école avec les religieuses, se demande s'il s'agit de l'uniforme qu'elle devra porter pour travailler auprès des déshérités !

Embauchée sur-le-champ, Marie-Paule est responsable, après moins d'une semaine de formation, non seulement du counseling auprès de la clientèle, mais aussi de la supervision de deux stagiaires en nutrition communautaire. Au bout d'un an, à la suite du remplacement complet de l'équipe de diététistes toutes parties en congé de maternité, elle devient le bras droit de la directrice Agnes C. Higgins (l'auteure de la fameuse méthode du même nom), avec toutes les tâches que cela comporte : en plus du counseling, la collecte des données pour l'étude prénatale à l'Hôpital Royal Victoria, le rapport mensuel, le contrôle de la distribution des coupons de lait, et bien d'autres choses encore.

Même si elle est très bien intégrée au Dispensaire, à cette époque, Marie-Paule considère son poste comme un premier emploi, un point de départ. Et n'écouter que sa nature plutôt aventureuse, elle entreprend un voyage d'un an en Europe. La voilà partie, sac au dos et cheveux tressés, cette fois.

Pendant ce temps, de nouveau aux prises avec une équipe décimée par les grossesses, Mme Higgins téléphone à la maman de Marie-Paule pour qu'elle lui fasse le message suivant : « We need you. Please come back ! » Aventureuse, oui, mais non dénuée du sens des responsabilités, Marie-Paule nous est effectivement revenue, alors pour de bon.

suite en page 30

HOMMAGE

Hommage à Marie-Paule Duquette, Dt.P, lauréate du prix Excellence en carrière Suzanne-Simard-Mavrikakis de Provigo, membre du groupe Loblaw (suite)

De 1971 à 1981, elle reprend le collier en counseling nutritionnel. De nouvelles fonctions s'ajoutent progressivement : direction de l'internat d'un an en nutrition communautaire, une exclusivité du Dispensaire, puis participation intensive à la formation de 115 professionnels de la santé américains dans le cadre d'un projet subventionné par l'*American March of Dimes Birth Defect Foundation*.

En 1981, lorsqu'elle accepte le poste de directrice générale, elle est consciente que sa vie ne sera plus jamais la même, que cela lui imposera des sacrifices. À cette époque, la réputation du Dispensaire est bien établie et les activités de formation en nutrition prénatale pour les professionnels de la santé se poursuivent. Elle s'assure également de la poursuite des travaux de recherche du Dispensaire, par exemple :

- la recherche-action pour les publications régulières sur le budget;
- l'évaluation de la méthode Higgins® en trois volets :
 - l'étude sur les fratries;
 - l'étude sur les grossesses gémellaires;
 - l'étude sur la grossesse à l'adolescence.

Ces activités de recherche se traduisent par la publication d'articles dans des revues scientifiques prestigieuses et nombre de conférences ici et à l'étranger.

À la fin des années 1990, Marie-Paule innove en mettant sur pied le programme d'activités de groupe du Dispensaire, un complément harmonieux au counseling nutritionnel. Divers thèmes sont abordés : allaitement, introduction des aliments et préparation des purées pour bébé, cuisine santé, etc. C'est sans oublier la coordination au quotidien d'un organisme à but non lucratif, ce qui implique une surveillance serrée du budget et la recherche active de sources de financement.

Si Marie-Paule n'agit plus directement auprès des usagères du Dispensaire, leur bien-être est toujours au cœur de son action. En tant que directrice générale, sa tâche n'est pas toujours facile, mais elle l'accomplit avec souplesse et sérénité. Elle a su faire du Dispensaire un endroit chaleureux et accueillant pour tous, un *Home away from home* aussi bien pour nous que pour des milliers de femmes démunies. Parce qu'elle est toujours accessible, elle en arrive à travailler énormément en dehors des heures normales. Pour Marie-Paule, une fin de semaine reposante peut consister à écrire une centaines de lettres.

Marie-Paule est une femme intuitive, pragmatique, douée d'un sens inné de la justice et hautement altruiste. Toujours calme, elle étudie à fond ses stratégies et maintient une allure stable. Ces qualités lui ont été précieuses dans la traversée des eaux tumultueuses qui n'ont pas manqué sur son parcours personnel et professionnel.

Chère Marie-Paule, nous te remercions pour ce que tu es et pour le travail formidable que tu as accompli. Reçois toute notre affection. Le prix *Excellence en carrière* ne pouvait être décerné à une meilleure personne : tu le mérites bien. 🍀



L'assurance d'en avoir



À tous les jours, vous donnez le meilleur de vous-même. Et, quotidiennement, La Capitale assurances générales est heureuse de vous en offrir **PLUS** en protégeant les activités professionnelles des membres de l'OPDQ.

Pour en savoir davantage sur votre programme d'assurance, n'hésitez pas à appeler un de nos agents.


La Capitale
assurances générales
CABINET EN ASSURANCE DE DOMMAGES

Sans frais : 1 800 644-0607

326 000 ÷
7,7 MILLIONS
= 1/24

*Un québécois sur 24 est
membre d'un ordre professionnel.*

*Vous en êtes un,
vous pouvez en être fier!*

*Les 45 ordres professionnels
sont là pour s'assurer
de la qualité des services
de tous les professionnels.*

Parce qu'un titre, ça se mérite!



**Conseil
interprofessionnel
du Québec**

Le regroupement
des ordres professionnels
du Québec

www.professions-quebec.org

En santé...

... dans votre assiette

La qualité et la diversité sont des ingrédients vitaux pour bien s'alimenter. Le contenu de votre assiette vous préoccupe ? Consultez les professionnelles de la nutrition, les diététistes/nutritionnistes. Elles sont formées pour vous conseiller dans le choix d'aliments sains et variés, adaptés à vos goûts, votre état de santé et votre mode de vie.

*Votre alimentation,
c'est une question de santé.*

