

NUTRITION

science en évolution



DOSSIER

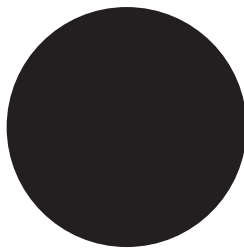
L'ALLAITEMENT : LA NORME EN MATIÈRE D'ALIMENTATION DES NOURRISSONS

- > Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel : mieux le comprendre pour mieux y adhérer
- > L'initiative des amis des bébés : un moyen concret à l'intention des établissements de santé visant le respect des rythmes physiologiques et biologiques du nourrisson et de sa mère
- > Initiating and maintaining breastfeeding
- > Prolonger le plaisir ? Pourquoi pas !

Choisir un membre d'ordre professionnel : un acte responsable

Les 300 000 professionnels québécois sont régis par 45 ordres professionnels qui assurent la compétence et l'intégrité dans les services.

Acupuncteurs
Administrateurs agréés
Agronomes
Architectes
Arpenteurs-géomètres
Audioprothésistes
Avocats
Chimistes
Chiropraticiens
Comptables agréés
Comptables généraux licenciés
**Comptables en management
accrédités**
**Conseillers et conseillères
d'orientation —**
**Psychoéducateurs et
psychoéducatrices**
**Conseillers en ressources
humaines et en relations
industrielles agréés**
Dentistes
Denturologistes
Diététistes
Ergothérapeutes
Évaluateurs agréés
Géologues
Huissiers de justice
Hygiénistes dentaires
Infirmières et infirmiers
**Infirmières et
infirmiers auxiliaires**



Ingénieurs
Ingénieurs forestiers
Inhalothérapeutes
Médecins
Médecins vétérinaires
Notaires
Opticiens d'ordonnances
Optométristes
**Orthophonistes
et audiologistes**
Pharmaciens
Physiothérapeutes —
**Thérapeutes en
réadaptation physique**
Podiatres
Psychologues
Sages-femmes
**Techniciennes
et techniciens dentaires**
Technologistes médicaux
Technologues professionnels
Technologues en radiologie
**Traducteurs, terminologues
et interprètes agréés**
Travailleurs sociaux —
**Thérapeutes conjugaux
et familiaux**
Urbanistes

www.professions-quebec.org



Conseil
interprofessionnel
du Québec

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

NUTRITION

science en évolution

MOT DU PRÉSIDENT

Donner l'exemple

Paul-Guy Duhamel, Dt.P.

4

BILLET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET SECRÉTAIRE

La révision du Code de déontologie des diététistes : pour se mettre au diapason des nouvelles réalités professionnelles

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

5

ÉDITORIAL

L'allaitement : la norme en matière d'alimentation des nourrissons

Éditorial de Josée Pelletier, Dt.P. & Johanne Vézina, Dt.P.

6

DOSSIER — L'allaitement : la norme en matière d'alimentation des nourrissons

Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel : mieux le comprendre pour mieux y adhérer

Martine Bienvenue, Dt.P., agente de planification sociosanitaire, Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches

7

L'initiative des amis des bébés : un moyen concret à l'intention des établissements de santé visant le respect des rythmes physiologiques et biologiques du nourrisson et de sa mère

Lydia Rocheleau, Dt.P., M.Sc., agente de planification et de programmation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique

11

Initiating and maintaining breastfeeding

By Emmy Maten, PdT, IBCLC, Pre-and post-natal nutrition counselor, Montreal Diet Dispensary

14

Prolonger le plaisir? Pourquoi pas!

Mélanie Gingras, infirmière bachelière, consultante en lactation, diplômée de l'IBLCE

17

PLUS

Opinion, croyances et connaissances des diététistes du Québec sur les aliments fonctionnels et les nutraceutiques

Jean-François Marsolais, Dt.P., Gale E. West, Ph.D., Denise Ouellet, Dt.P., Ph.D., Simone Lemieux, Dt.P., Ph.D.

20

CHRONIQUE JURIDIQUE

Le code de déontologie des diététistes du Québec

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

23

SOMMAIRES DE RECHERCHE

- Apport en produits laitiers et augmentation de la perte de graisse totale et viscérale chez des sujets obèses
- Comparaison directe d'une diète combinant des aliments hypolipémiants versus une statine chez des patients hypercholestérolémiques
- Les acides gras trans d'origine naturelle et industrielle et les maladies coronariennes
- Stress oxydatif et athérosclérose : impact sur le transport du cholestérol dans les macrophages
- Statut vitaminique K dans la maladie d'Alzheimer : une étude pilote

Amélie Bernier, Geneviève Dumont, Dominique Ladouceur, Dt.P., Valérie Marcl, Dt.P., M.Sc., Nancy Presse

26

ÉCHOS DES UNIVERSITÉS

Université de Montréal

Marielle Ledoux, Dt.P., Ph.D., professeure titulaire, Adjointe au directeur et responsable du programme de 1^{er} cycle, Département de nutrition, Faculté de médecine de l'Université de Montréal

28

REPORTAGE

Colloque « Prise en charge de l'obésité : qu'est-ce qui est éthique et justifié »

Marie-Hélène Carrier, Dt.P., nutritionniste en pratique privée

29

HOMMAGE

Louise Desaulniers, diététiste récipiendaire du Prix d'excellence en carrière Suzanne-Simard-Mavrikakis de Provigo inc.

Louise Lambert-Lagacé, Dt.P., Josée Thibodeau, Dt.P., Marie-Paule Duquette, Dt.P., Michelle Laflamme, Dt.P., M.Sc., Lise Bertrand, Dt.P., M.Sc., Michèle Houde-Nadeau, Dt.P., Ph.D., Pierrette Bergeron, Dt.P., M.Sc., Lise Giroux, Dt.P., Francine Labrie, Dt.P., Lina Lapointe, Dt.P., Reine-Marie Roy

33

RECONNAISSANCE DE FORMATION CONTINUE

Réponses aux questions de reconnaissance de formation continue : volume 1 (no 1 à 3), volume 2 (no 1 et 2)

Questionnaire détachable pour l'obtention de crédits

30

32



MISSION

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

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





MOT DU PRÉSIDENT

Paul-Guy Duhamel

Donner l'exemple

En 2002, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec rendait publique sa prise de position pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel. Par ce geste, l'OPDQ rappelait à la population que l'allaitement maternel est la meilleure alimentation pour le nourrisson et que chacun et chacune ont un rôle à jouer pour soutenir les femmes désireuses d'allaiter. Mais cette prise de position allait beaucoup plus loin.

Cet énoncé politique stratégique soulignait l'importance de créer des environnements qui permettent l'avènement et l'épanouissement d'une culture favorisant l'allaitement maternel. À cette fin, l'OPDQ a posé des gestes concrets. Nous avons revu notre politique sur les annonceurs dans nos publications écrites. Depuis 2003, il n'est plus possible de faire la publici-



Set the example

In 2002 the Ordre professionnel des diététistes du Québec released a strategic policy statement which urged the creation of an environment conducive to breastfeeding. With this action, OPDQ sought to remind the general public that breastfeeding is the best way to feed infants and that everyone – women and men alike – have a role to play in supporting women who wish to breastfeed their child.

This position went considerably further and indeed focused OPDQ's attention on a number of in-house measures to bring our own deeds in line with our stated objective of creating environments supportive of breastfeeding. For one, we reviewed our policies regarding advertisers in our printed publications. Thus, beginning in 2003, certain products, such as breast milk substitutes, can no longer be advertised in OPDQ's public documents. Since that time, only corporate advertising has been accepted. Further, at present, we

are also drafting a new policy on partnerships that will give further substance to our efforts to make the public interest a cornerstone of our rules of ethics surrounding sponsorships.

As the result of both publicly advocating breastfeeding and of amending its own by-laws, OPDQ has been prompted to seek out new partners for two of its awards of distinction. The Andrée-Beaulieu Prize for Excellence in Scientific Communication has received the support of a business that does not market any product likely to be recommended by an OPDQ member. And, for the Order's most prestigious award – the Suzanne-Simard-Mavrikakis Outstanding Career Accomplishment Prize – we have signed on a new sponsor who respects this determination to preserve the professional independence vital to fully discharging the duties of a dietitian/nutritionist.

As the result of this review of our associations or partnerships, OPDQ became one of the first professional orders to adopt a code of ethics governing the actions of its administrators and directors. This policy was designed to avoid situations of real or perceived conflicts of interest and thereby safeguard the independence and integrity of administrators and directors not only of member organizations but of the Order itself, and to protect the reputation of our profession. Further, in pursuance of this position and following the coming into force in 2003 of Bill 90 (An

act to amend the Professional Code and other legislative provisions as regards to the health sector), we are currently conducting an in-depth review of our profession's code of ethics, which in particular stipulates the duties and obligations of dietitians/nutritionists toward the general public.

We have made the promotion of breastfeeding a specific objective of our strategic plan. Thus, OPDQ, with the assistance of its committee mandated to monitor follow-up on the order's position on breastfeeding, will soon be offering ongoing training sessions dedicated to this subject of public interest. Via its committee on training OPDQ will make sure Universities are aware of its recommendations on Breastfeeding and that they are implementing them. It is worth noting that at this time, Quebec universities have already been sensitised to the importance of providing adequate training on breastfeeding issues to future members of OPDQ.

All in all, the Order has been doing everything in its power to become a credible advocate of breastfeeding and make common cause with all who wish to see a culture of breastfeeding flourish in Quebec. Furthermore, the Order ensures that its member professionals have access to accurate, rigorous and impartial information so that they are appropriately equipped to intervene among young families in the best interest of both mother and infant.



La révision du Code de déontologie des diététistes : pour se mettre au diapason des nouvelles réalités professionnelles

Afin d'assurer la protection du public, l'OPDQ a l'obligation d'adopter un code de déontologie conformément à l'article 87 du *Code des professions*. Le Code de déontologie des diététistes a été adopté pour la première fois en 1978. Depuis ce temps, il n'a jamais fait l'objet d'une révision en profondeur. Seules quelques modifications à la pièce furent apportées. Les attentes du public, de la clientèle et des pairs à l'endroit des diététistes ont évolué au fil des années. C'est pourquoi le Bureau de direction a décidé de lancer cet important chantier de travail.



Ainsi, l'hiver dernier, le Comité lois et règlements a commencé des travaux en vue de réviser en profondeur le Code de déontologie des diététistes. Puisqu'il s'agit d'un des objectifs du Plan stratégique 2004-2007, le Comité a présenté au Bureau de direction un plan d'action s'échelonnant sur une période de deux ans et devant nous conduire à l'adoption d'un nouveau code de déontologie. Pièce maîtresse sur le plan réglementaire, le Code impose aux mem-

bres de l'Ordre des devoirs et obligations d'ordre général et particulier envers le public, leurs clients et leur profession. Le besoin d'actualiser les devoirs et obligations des diététistes s'imposa non seulement en raison des nouvelles dispositions législatives, mais aussi en raison des nouvelles attentes de la population, de la clientèle et des diététistes/nutritionnistes elles-mêmes à l'endroit de la profession.

Après analyse et discussion, les membres du comité ont dressé les grandes lignes d'un plan d'action sur deux ans, lequel comprend trois grandes étapes.

La première en sera une d'appropriation. Il s'agira pour les membres du comité de prendre connaissance de la documentation pertinente aux travaux de révision. On pourrait considérer cette opération comme un exercice de revue de la littérature, principalement à partir des codes de déontologie d'autres professions au Québec ou de la profession de diététiste hors Québec ainsi que des nouvelles législations ayant une incidence sur la pratique de la profession. Des échanges avec l'Office des professions seront utiles durant cette période d'activité.

La deuxième étape permettra de procéder à diverses consultations préalables. Ces consultations qui prendront plusieurs formes (sondages, groupes de discussion, etc.) se tiendront auprès des membres ainsi qu'auprès de certaines instances de l'Ordre, notamment le Comité d'inspection professionnelle ou autres comités pertinents. L'étude de politiques, de mémoires, d'avis et de positions prises par l'Ordre fera intrinsèquement partie de ces consultations. On n'a qu'à penser à la position de l'OPDQ sur la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel ou

au nouveau code d'éthique et de déontologie des administrateurs et dirigeants de l'OPDQ.

Enfin, la rédaction d'un projet de code de déontologie révisé pour présentation au Bureau constituera la troisième et dernière étape devant conduire à l'adoption, laquelle sera précédée d'une adoption de principes. Cette étape inclura nécessairement une consultation officielle auprès de tous les membres. En effet, le projet de code de déontologie révisé pourra être adopté par le Bureau après que le secrétaire de l'Ordre en aura communiqué le projet à tous les membres de l'Ordre, conformément aux dispositions prévues au *Code des professions*.

Le Code de déontologie fait partie de ces règlements qui, une fois adoptés par le Bureau en vertu de la loi, sont transmis à l'Office pour examen et soumis, avec recommandation de l'Office, au gouvernement pour approbation avec ou sans modifications. Dans un système professionnel axé sur l'autorégulation, comme c'est le cas au Québec, les membres de l'Ordre ont un rôle fondamental dans une telle opération qui, au bout du compte, a pour objectif de définir les règles de conduite sur le plan déontologique pour les diététistes des années à venir. Les diététistes auront de nombreuses occasions de faire connaître leurs positions sur différentes questions qui auront une incidence sur les futurs devoirs et obligations des membres de l'OPDQ.

Les personnes intéressées par cette question sont invitées à consulter la chronique juridique de la syndic Janick Perreault, p.23, qui traite des fondements et des limites de l'actuel Code de déontologie des diététistes.



L'allaitement: la norme en matière d'alimentation des nourrissons

La plupart d'entre nous sommes convaincues des bienfaits de l'allaitement, soit pour avoir endossé la prise de position de l'Ordre ou tout simplement pour avoir profité de ces beaux moments de tendresse. Pourtant, sommes-nous présentes auprès de cette clientèle de mères soucieuses d'offrir le meilleur à leur nouveau poupon? Cette édition d'automne de la revue *NUTRITION science en évolution* veut démontrer pourquoi l'allaitement s'avère la norme en matière d'alimentation du nourrisson et vous informer des actions entreprises pour faciliter l'allaitement. Sont ensuite proposées des pistes d'intervention auprès de cette clientèle que nous négligeons parfois dans notre pratique. Mais Johanne Vézina, nutritionniste, membre du Comité allaitement maternel, est sans doute mieux placée pour vous présenter le dossier. *Bonne lecture!*

*Josée Pelletier Dt.P.,
Chef du Service alimentaire et nutrition clinique,
Hôtel-Dieu de Montmagny
Membre du Comité éditorial*

Il me fait grand plaisir de vous présenter les contributions de quatre spécialistes de l'allaitement à cette édition de la revue *NUTRITION science en évolution*.

En ouverture du dossier, Martine Bienvenue, présidente du *Groupe de travail provincial sur le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel*, explique que le Code été adopté dans le but d'encadrer les pratiques commerciales relatives aux substituts du lait maternel, afin de procurer aux nourrissons une alimentation sûre et adéquate tout en protégeant et en encourageant l'allaitement. Elle présente les grandes lignes du Code, son but, les produits qu'il vise, son cadre légal et son application.

Par la suite Lydia Rocheleau, de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, explique comment l'Initiative des amis des bébés (IAB) incite les établissements de santé à encourager le début et la poursuite de l'allaitement exclusif, en créant un environnement favorable tant pour les mères que pour les bébés. Mis sur pied il y a deux ans déjà, cet important projet se poursuivra jusqu'en 2012 sur l'ensemble du territoire québécois.

Emmy Maten, membre du *Comité Canadien pour l'allaitement* et l'une des premières diététistes consultantes en lactation, présente les principaux éléments contribuant au succès de ce mode d'alimentation du nourrisson. Elle nous fait également profiter de son expertise sur la façon d'aider mères et bébés à prévenir les difficultés pouvant être éprouvées au moment de l'allaitement. Aux yeux d'une mère allaitante, avoir la chance d'obtenir un soutien professionnel adéquat est un des facteurs clés dans la poursuite et le maintien de l'allaitement.

En terminant, c'est en décrivant les principaux bienfaits associés à l'allaitement prolongé que Mélanie Gingras, infirmière et consultante en lactation, illustre à quel point l'allaitement est la norme en matière d'alimentation du jeune enfant et permet une croissance, un développement et un état de santé optimal. Elle explique de quelle façon les professionnels de la santé, notamment les diététistes/nutritionnistes, peuvent contribuer de près ou de loin à la poursuite de l'allaitement maternel.

Comme vous pourrez le constater à la lecture de ces articles, le respect du Code et l'implantation de l'IAB contribuent à la création d'environnements favorables à l'allaitement. Ces derniers, jumelés à votre précieux soutien et à votre expertise nutritionnelle, facilitent l'expérience des mères désireuses d'allaiter leur enfant.

Bonne lecture!

*Johanne Vézina, Dt.P.,
Membre du Comité allaitement*

Nous remercions les membres du Comité allaitement pour leur collaboration exceptionnelle :

Julie Lauzière, Dt.P., Stéphanie Gendreau, Dt.P.,
Sylvie Renaud, Dt.P., Monik St-Pierre, Dt.P., M.Sc.,
Annie Vallières, Dt.P., M.Sc.

ERRATUM VOL. 2, NO 3 – HIVER 2005

Page 28, résumé du Dr Michel Boivin, « Les probiotiques et leurs applications cliniques: une réalité actuelle? » / Aurait dû se lire: Au chapitre de la prévention de la diarrhée et de la colite associée à la bactérie *Clostridium difficile*, certaines études semblent concluantes, dont celle menée à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (2004), et qui sera publiée sous peu.

ERRATUM VOL. 3, NO 1 – PRINTEMPS 2005

Page 7, article de Martin Lemire, « Les diététistes gestionnaires dans les services alimentaires: une espèce en voie de disparition? » « L'option gestion: une filière plutôt discrète » / Aurait dû se lire: ... Mychèle Dumoulin...

NUTRITION

science en évolution

Volume 3, numéro 2, automne 2005

Ordre professionnel des diététistes du Québec

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

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

Édition

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

Comité éditorial

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

Coordination

Lise Tardif, adjointe aux communications
et services à la clientèle

Rédaction

Martine Bienvenue, Pierrette Bergeron, Amélie Bernier,
Lise Bertrand, Marie-Hélène Carrier, Paul-Guy Duhamel,
Geneviève Dumont, Marie-Paule Duquette, Mélanie Gingras,
Lise Giroux, Michèle Houde-Nadeau, Francine Labrie,
Dominique Ladouceur, Michelle Laflamme, Louise Lambert-
Lagacé, Lina Lapointe, Jean-Philippe Legault, Marielle Ledoux,
Simone Lemieux, Jean-François Marsolais, Emmy Maten,
Valérie Marci, Denise Quillet, Josée Pelletier, Janick Perreault,
Nancy Presse, Lydia Rocheleau, Reine-Marie Roy,
Josée Thibodeau, Dt.P., Johanne Vézina, Gale E. West

Réviseurs

Tous les articles sont révisés par des pairs.

Direction artistique et production

Le Groupe Pro Santé Inc.

Impression

Transcontinental Impression

Renseignements généraux

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

Publicité

Le Groupe Pro Santé Inc.

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

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 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. (418) 681-9900

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

Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel : mieux le comprendre pour mieux y adhérer

Martine Bienvenue, diététiste, est agente de planification sociosanitaire à la Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches, répondante régionale pour l'allaitement maternel depuis 1994, présidente du Groupe de travail provincial sur le Code, évaluatrice-certificatrice pour l'Initiative des amis des bébésTM et membre de la Table de consultation provinciale sur l'allaitement et du Comité Québécois en allaitement.

C'est en 1981, lors de la 34^e Assemblée mondiale de la santé (AMS), qu'a été adopté le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (résolution WHA34.22)¹. Malgré ses 24 ans, le Code est toujours d'actualité, car la commercialisation des substituts du lait maternel est encore l'une des deux principales causes retenues par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour expliquer les faibles taux d'allaitement dans le monde^{2, 3}.

En juin 2002, l'OPDQ a adopté une position en faveur de la création d'environnements favorables à l'allaitement maternel⁴. Dans son document, l'Ordre reconnaît l'importance de respecter le Code et encourage ses membres à soutenir les actions reconnues efficaces pour recréer une culture d'allaitement.

L'objectif de cet article est de vous présenter les grandes lignes du Code avec un bref historique, son but, les produits qu'il vise, son cadre légal et son application.

Un peu d'histoire

Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, partout dans le monde, presque tous les bébés étaient allaités au sein. Puis, la pratique de l'allaitement maternel a décliné très rapidement, d'abord dans les pays et communautés riches. Les deux raisons principales de ce déclin sont la commercialisation des aliments pour nourrissons et les pratiques médicales qui nuisent à l'allaitement³. Le présent article traite essentiellement de la commercialisation.

Dans les années 1960, des experts de partout dans le monde ont commencé à s'intéresser au lien entre la malnutrition des bébés et la commercialisation des aliments pour enfants. Puis, dans les années 1970, le problème de dénutrition des enfants à travers le monde a été de plus en plus médiatisé. La morbidité infantile est alors associée aux faibles taux d'allaitement et à la commercialisation des substituts du lait maternel. Ces faits et la publication de diverses études à ce moment ont alerté l'OMS. Et c'est ainsi qu'en cette même décennie, l'OMS et l'UNICEF convoquent l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agri-

culture (FAO), des représentants des fabricants et des pédiatres afin d'amorcer des discussions sur les pratiques de commercialisation des aliments pour nourrissons et leur lien avec le recule de l'allaitement maternel³.

« En juin 2002, l'OPDQ a adopté une position en faveur de la création d'environnements favorables à l'allaitement maternel. »

En 1979, l'OMS et l'UNICEF organisent une rencontre mondiale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Cette réunion rassemble des représentants gouvernementaux, des organisations non gouvernementales, des fabricants, des experts en nutrition, des pédiatres, des sociologues, etc. L'une des recommandations les plus importantes de cette réunion sera celle faisant état de « la nécessité d'un *Code international de commercialisation des préparations pour nourrissons et autres produits utilisés comme substituts du lait maternel*³ ».

Après avoir été l'objet de nombreuses discussions (et de nombreux compromis de la part des différentes parties concernées), le Code a finalement été adopté en 1981, à la 34^e Assemblée mondiale de la santé. Dans le texte de la résolution, l'AMS souligne que « l'adoption et le respect du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* représentent une **exigence minimum** et ne sont qu'une des nombreuses mesures importantes nécessaires pour la protection de pratiques hygiéniques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant¹ » (résolution WHA34.22, 1981) (1).

Le Code : un bref aperçu

Le **but** du Code est de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées (article 1).

Le Code ne vise donc pas à interdire l'utilisation des substituts du lait maternel. Il vise plutôt à encadrer les pratiques commerciales relatives à ces produits afin de ne pas nuire à l'allaitement maternel. Il veut aussi assurer leur qualité, leur disponibilité et la bonne information quant à leur utilisation.

Le Code définit avec précision les différents termes utilisés (article 3) ainsi que les responsabilités de chacun (fabricants, professionnels de la santé, gouvernements, etc.) relativement à la commercialisation des substituts du lait maternel, des biberons, tétines et sucettes (articles 5, 6, 7, 8, 11). La commercialisation y est définie comme suit : *promotion, distribution, vente, publicité d'un produit, relations avec le public et services d'information le concernant*.

Enfin, il est important de souligner que le Code reconnaît que les nourrissons non allaités doivent recevoir une alimentation adéquate qui correspond aux recommandations nationales en vigueur.

Dans la documentation sur l'allaitement maternel ou l'*Initiative des amis des bébés*, le Code est la plupart du temps présenté sous forme de résumé en dix points. Le texte original du Code peut être consulté sur le site de l'OMS.

Deux éléments importants du Code :

- les fabricants de substituts du lait maternel ne doivent pas faire auprès du public de la promotion ou de la commercialisation de leurs produits visés par le Code.
- les professionnels de la santé ne doivent pas accepter d'argent, de biens ou de services ni de dons de produits visés par le Code. De plus, ils ne peuvent faire de la promotion de produits visés par le Code par des enseignements de groupe auprès du public.

L'environnement légal du Code

Le Code est une **entente internationale** qui demande aux États membres d'agir dans leurs législations respectives afin de donner effet aux principes et aux buts énoncés (article 11.1). Au Canada, aucune loi n'encadre le Code, bien que le gouvernement canadien ait donné son appui lorsqu'il fut adopté et que furent adoptées des résolutions subséquentes. Au Québec, le Code est cependant appuyé par certains principes légaux.

En tant que professionnels de la santé, nous devons respecter des règlements et lois dans le cadre de notre pratique :

- **le Code des professions et les différents Codes de déontologie professionnelle.** Certains articles du Code de déontologie des diététistes⁵ nous rappellent les principes similaires au Code international de commercialisation. Nommons, entre autres, les articles suivants :
 - article 2 : le diététiste doit tenir compte de l'ensemble des conséquences que ses recherches, ses travaux et ses interventions peuvent avoir sur la santé publique ;
 - article 14 : le diététiste doit s'assurer que les actes qu'il pose sont conformes aux normes professionnelles et aux données actuelles de la science ;
 - article 21 : le diététiste ne doit pas fournir ses services s'il est dans une situation de conflit d'intérêts ;
 - article 35 : le diététiste ne peut faire, ou permettre que soit faite, par quelque moyen que ce soit, de la publicité fausse, trompeuse, incomplète ou susceptible d'induire en erreur.
- **Les prises de positions et recommandations officielles,** auxquelles nous devrions adhérer, telles que les Lignes directrices en matière d'allaitement au Québec⁶, le Programme national de santé publique 2003-2012⁷ et la prise de position sur l'allaitement maternel de l'OPDQ⁴.

Les articles du Code international de commercialisation sont donc des principes ayant un poids moral, éthique et politique.

Dr Sami Shubber, conseiller juridique à l'OMS, considère que : [...] bien que les recommandations [de l'AMS] n'aient pas force obligatoire, elles « ont un poids moral ou politique » dans la mesure où elles représentent un jugement collectif des membres de l'organisation internationale suprême en matière de santé sur une question de santé. (3, p.10)

Les compagnies et le Code

Actuellement, aucune des compagnies visées par le Code ne le respecte. Pourtant, elles ont participé à son élaboration et l'ont entériné.

Selon le Code, les compagnies ne peuvent faire la publicité des produits visés auprès du grand public. Or, les revues sur la grossesse ou la petite enfance abondent en publicités de formules de lait, de biberons ou de sucettes. Les fabricants offrent des échantillons gratuits, des bons de réduction et des conseils sur la nutrition infantile. Ils s'associent à d'autres compagnies (magasins de vêtements de maternité, compagnies d'assurances...) pour approcher les parents. Et ce ne sont là que quelques-unes de leurs infractions au Code.

Ces compagnies utilisent aussi notre image professionnelle pour promouvoir leurs produits. En effet, leurs techniques de commercialisation font en sorte que nous pouvons devenir, souvent à notre insu, des agents de publicité pour leurs produits. Qui n'a jamais reçu un bloc de papier, un crayon, une balle anti-stress, un verre, une tasse, un calendrier portant le nom d'un produit et surtout, des échantillons à donner à un client ou à une cliente un tel objet portant le nom d'un produit, vous faites la promotion de ce dernier. Vous donnez comme message que vous accordez plus d'importance à ce produit qu'à un autre : *La diététiste m'a recommandé la formule XYZ et m'en a donné un échantillon!* C'est ce que veulent les compagnies. Est-ce ce que nous voulons ?

Les compagnies dépensent d'énormes sommes chaque année pour la commercialisation de leurs produits auprès des professionnels de la santé : soupers-conférences dans les meilleurs restaurants, dîners-causeries au travail, formations diverses, etc. Le but recherché est

toujours la vente de leur produit car c'est l'objectif même de toute compagnie.

Le Code vise à ce que ces petits gestes qui nous semblent banals, parce que fréquents et présents depuis tellement longtemps, soient abolis. Il a été démontré qu'ils nuisent à la décision d'allaiter ainsi qu'à la poursuite de l'allaitement. Les compagnies le savent. La commercialisation abusive qui contrevient au Code nuit à la santé des bébés et des mères en plus d'avoir, pour l'ensemble de la société, un impact négatif tant sur le plan économique que social.

Pourquoi les diététistes devraient-elles respecter et faire respecter le Code ?

- d'abord, pour respecter les recommandations mondiales et canadiennes en matière de nutrition infantile ;
- pour ne pas être des agents de *commercialisation* pour l'industrie ;
- pour ne pas se placer en situation de conflit d'intérêts ;
- pour ne pas nuire à l'allaitement, donc à la santé des enfants et des mères ;
- pour respecter une entente internationale reconnue par l'OMS et l'UNICEF, et adoptée par l'AMS.

Nous devons rester vigilantes car les techniques de commercialisation sont de plus en plus agressives. Les compagnies tentent de créer de nouveaux besoins qui, jusqu'à tout récemment, n'existaient pas (produits de deuxième âge, formules pour les 12 mois et plus, etc.). Les compagnies développent aussi des techniques de vente qui tentent de nous convaincre qu'elles adhèrent aux recommandations mondiales en matière d'allaitement maternel afin de mieux « présenter » leurs produits (en incluant des conseils sur l'allaitement dans leurs brochures, par exemple).

Les professionnels de la santé sont et doivent rester neutres. L'OMS nous demande de respecter et de faire respecter le Code. Plus près de nous, le MSSS, dans ses Lignes directrices en matière d'allaitement et dans le Programme national de santé publique, ainsi que l'OPDQ nous recommandent aussi de le faire.

Prenez le temps de relire la prise de position de l'OPDQ relative à l'allaitement maternel : elle vise à recréer une culture d'allaitement pour donner toutes les chances de santé aux enfants et à leurs mères. De plus, notre prise de position est conforme avec les recommandations mondiales et canadiennes en matière d'alimentation

du jeune enfant et avec les stratégies mondiales en matière de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement maternel.

Les diététistes/nutritionnistes peuvent jouer un rôle clé dans la protection, le soutien et la promotion de l'allaitement maternel parce qu'elles ont le souci de la santé par une saine alimentation. Et parce qu'elles ont une expertise en alimentation, les diététistes/nutritionnistes qui travaillent en périnatalité et en pédiatrie se doivent de développer leurs connaissances au regard de l'allaitement maternel dans le but d'assumer un rôle précieux : la promotion et la protection de la santé présente et future de nos enfants.

Des questions ?

Pour toute question relative à l'application du Code dans votre pratique professionnelle, vous pouvez contacter votre répondante en allaitement à la Direction de santé publique de votre région. En cas d'incertitude, elle s'adressera au Comité provincial sur l'application du Code. ☺

Références

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1981, Disponible sur le site Internet http://www.who.int/nut/documents/code_french.PDF (consulté en mai 2005).
2. INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK, Protégeons la santé de nos bébés, Manuel pour les professionnels de la santé : Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, Genève, IBFAN-GIFA, 2005, 72 p.
3. E.J. SOKOL, Le Manuel du Code : Guide d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, ICDC, IBFAN, Penang, Enda Éditions, 1999, 353 p.
4. ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC, Position de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel, Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec, juin 2002, 11 p. Disponible sur le site Internet <http://www.opdq.org> (consulté en mai 2005).
5. OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC, Code de déontologie des diététistes. Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a. 87), Québec, Publications officielles du Québec. Disponible sur le site Internet <http://www.opdq.org> (consulté en mai 2005).
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 75 p.
7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.
8. MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC, Code civil du Québec, Québec, ministère de la Justice du Québec, 1991. Disponible sur le site Internet <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/sujets/glossaire/code-civil.htm> (consulté en mai 2005).

Sites de différents organismes

- IBFAN (International Baby Food Action Network)
www.ibfan.org
- INFAC (Infant Feeding Action Coalition)
www.infactcanada.ca
- WABA (World Alliance for Breastfeeding Action)
www.waba.org.my

Votre don va droit au coeur.

1 888 473-4636



FONDATION
DES MALADIES
DU COEUR
DU QUÉBEC

DU VEAU DE LAIT AU MENU ÇA FAIT DU BIEN



 Veau de lait du Québec

Saviez-vous...

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

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

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

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

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

Bref, un choix judicieux pour une saine alimentation !

L'Initiative des amis des bébés : un moyen concret à l'intention des établissements de santé visant le respect des rythmes physiologiques et biologiques du nourrisson et de sa mère

Lydia Rocheleau, Dt.P., M.Sc., agente de planification et de programmation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique

L'allaitement maternel est le meilleur moyen de fournir une alimentation optimale pour la croissance et le développement du nourrisson. Il a aussi des répercussions importantes sur la santé de la mère. Les effets bénéfiques de l'allaitement sur la santé de la mère et de l'enfant sont souvent liés à sa durée et à son exclusivité^{1,2}. Plusieurs associations professionnelles et organismes nationaux et internationaux ont pris position en faveur de l'allaitement maternel. Ceux-ci recommandent un allaitement exclusif^a pour les six premiers mois de vie du nourrisson^{1,3,4,5,6} et la poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins 1 an^{1,4,6} ou 2 ans^{3,5,7}, avec l'ajout d'aliments complémentaires sûrs et adéquats sur le plan nutritionnel.

En dépit de ces recommandations, près des trois quarts (72 %) des nourrissons québécois nés à la fin des années 90 étaient allaités à la naissance, les taux chutaient rapidement par la suite. Bien que 41 % des nourrissons étaient nourris au sein pendant au moins quatre mois, seulement 6 % l'étaient de façon exclusive pour la même période. Dès la première semaine suivant la naissance du bébé, la prévalence d'allaitement total^b chute de 5 % alors que celle de l'allaitement exclusif diminue de 16 %⁸.

Le rôle des pratiques de soins dans cette cessation précoce de l'allaitement total et exclusif durant la période critique des premières semaines et des premiers mois de vie de l'enfant est indéniable. Un soutien adéquat doit être offert aux femmes qui allaitent afin qu'elles développent une confiance dans leur capacité à allaiter. Plus confiantes, elles pourront résoudre elles-mêmes leurs difficultés d'allaitement, ou faire en sorte de les éviter autant que possible. Pour contribuer à une expérience d'allaitement positive, les établissements de santé devraient mettre en place des pratiques de soins favorisant l'allaitement, telles que celles préconisées par l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB)⁹.

L'Initiative des hôpitaux amis des bébés à l'échelle mondiale

Cette initiative a été lancée en 1991 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNICEF à la suite de la Déclaration d'Innocenti¹⁰. Elle incite les établissements de santé à encourager le démarrage et l'instauration durable de l'allaitement exclusif en créant un environnement favorable aux mères et aux bébés, où l'allaitement y constitue la norme. L'IHAB est venue appuyer le respect du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (voir l'article sur le Code) adopté en 1981 par l'Assemblée mondiale de la santé. De plus, elle privilégie l'adoption de pratiques favorables à l'allaitement décrites dans les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*. Celles-ci constituent la pierre angulaire de l'IHAB et le standard international pour les services de maternité visant à proposer des normes de pratiques fondées sur des données probantes¹¹ pour soutenir et promouvoir l'allaitement maternel. Plusieurs études scientifiques ont démontré l'efficacité de l'implantation des *Dix conditions* et du respect du Code pour augmenter l'amorce, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel^{11,13,14,15,16} ainsi que pour améliorer la santé des nourrissons¹³ et la qualité des soins. On a constaté au Bélarus, dans le cadre d'une étude randomisée réalisée auprès de 17 046 dyades mère-enfant, que l'implantation de l'IHAB avait entraîné une augmentation significative de la durée et de l'exclusivité de l'allaitement à 6 mois ainsi qu'une diminution du risque d'infection gastro-intestinale et d'eczéma atopique durant la première année de vie de l'enfant¹³.

En avril 2004, on comptait plus de 19 000 établissements certifiés *Amis des bébés* répartis dans 138 pays¹², dont 5 établissements au

Canada. En Suède, tous les établissements où ont lieu des accouchements sont maintenant désignés *Amis des bébés*¹.

L'Initiative des amis des bébés : la principale stratégie pour favoriser l'allaitement maternel au Québec

En 1998, le Comité canadien pour l'allaitement a élargi l'Initiative pour inclure, en plus des services de maternité, les services de santé communautaire (au Québec, les CLSC) qui jouent un rôle déterminant dans la promotion et le soutien de l'allaitement. L'IHAB devient

« Pour contribuer à une expérience d'allaitement positive, les établissements de santé devraient mettre en place des pratiques de soins favorisant l'allaitement, telles que celles préconisées par l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB). »

donc l'Initiative des amis des bébés (IAB)¹. Les sept étapes du Plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement maternel en santé communautaire (le Plan en sept étapes)¹⁷, qui constituent un prolongement aux services de santé communautaires selon les principes formulés dans les *Dix conditions*, représentent les normes de pratiques exemplaires pour les soins à donner aux femmes, aux nourrissons et aux familles dans les CLSC.

La désignation *Ami des bébés* est attribuée aux établissements qui passent avec succès une évaluation externe approuvée par le Comité québécois en allaitement et entérinée par le Comité canadien pour l'allaitement. L'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins de Cowansville (CSSS La Pommeraie) fut le premier établissement au Québec et au Canada à recevoir, en 1999, la désignation *Hôpital ami des bébés*. Le Centre hospitalier Saint-Eustache (CSSS Deux-Montagnes/Sud-de-Mirabel), la Maison de naissance Mimosa (CSSS du Grand Littoral) et le

CLSC D'Argenteuil (CSSS D'Argenteuil) sont les autres établissements du Québec à avoir obtenu la désignation *Ami des bébés* jusqu'à maintenant. L'établissement doit être réévalué cinq ans plus tard s'il souhaite conserver son statut d'établissement *Ami des bébés*. Au Canada, l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins est le seul établissement à avoir franchi cette deuxième étape.

Le Programme national de santé publique 2003-2012 prévoit la mise en œuvre de l'*Initiative des amis des bébés* dans toutes les régions du Québec. Il s'agit de la principale mesure retenue par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour favoriser l'allaitement maternel¹⁸. Depuis le lancement du Programme national de santé publique et des lignes directrices ministérielles en matière d'allaitement maternel¹ en 2001, le Ministère et les régions ont redoublé d'efforts afin de mettre en place différentes mesures (Comité québécois en allaitement, comités régionaux et sous-régionaux, activités de formation pour les intervenants, pratiques de soins qui soutiennent l'allaitement, mécanismes de continuité des soins, etc.) en vue de favoriser l'implantation de l'IAB dans les centres hospitaliers, les maisons de naissance et les CLSC. Les groupes d'entraide en allaitement et les organismes communautaires constituent des partenaires essentiels dans l'atteinte des objectifs ministériels et régionaux au regard de l'allaitement maternel.

En instaurant un processus menant à la certification des établissements de santé, on ne s'attend pas nécessairement à ce que toutes les mères allaitent leur bébé, mais plutôt à favoriser une prise de décision éclairée et à s'assurer d'un environnement favorable à l'allaitement. Si une mère prend, en toute connaissance de cause, la décision de ne pas allaiter, les intervenants doivent la soutenir et s'assurer qu'elle offrira à son bébé la préparation commerciale pour nourrissons d'une façon sûre et nutritive. Les pratiques de soins recommandées dans les *Dix conditions* sont aussi favorables aux bébés non allaités et à leur famille : contact précoce peau à peau, proximité des parents et du nouveau-né, cohabitation, alimentation à la demande, enseignement personnalisé aux parents, orientation vers le CLSC à la sortie de l'hôpital¹.

Le rôle des diététistes/nutritionnistes dans l'implantation de l'*Initiative des amis des bébés*

Les professionnels de la santé œuvrant auprès des femmes, des nourrissons et des familles ont un rôle important à jouer dans le démarrage et la réussite de l'allaitement. Ils doivent

fournir aux femmes et aux familles des informations justes et scientifiques, les préparer et les soutenir dans leur expérience d'allaitement. Ces responsabilités appartiennent au médecin, à la diététiste/nutritionniste, à l'infirmière, à la consultante en allaitement et à la sage-femme, et prennent une importance particulière en période prénatale et postnatale.

Les diététistes/nutritionnistes, tout comme les autres professionnels de la santé, doivent fonder leurs actions sur les *Dix conditions* pour le succès de l'allaitement maternel et sur le respect du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*⁶.

La Position de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement⁶ situe très clairement le rôle des diététistes/nutritionnistes dans le rétablissement d'une culture d'allaitement maternel au Québec. Elles sont interpellées dans leurs actions auprès de la clientèle mais aussi dans l'organisation des services et dans la communauté. Pour bien jouer leur rôle, elles ont la responsabilité de se doter d'une formation adéquate sur l'allaitement (telle la formation de 18 heures recommandée par l'OMS et l'UNICEF) et d'assurer la mise à jour régulière de leurs connaissances et de leurs compétences.

Les diététistes/nutritionnistes ont la responsabilité, chaque fois qu'elles en ont l'occasion et dès les premiers contacts, **d'informer** les femmes enceintes, leur conjoint et leur famille des conséquences du non-allaitement, des recommandations sur la durée et l'exclusivité de l'allaitement et des pratiques qui facilitent le démarrage et le maintien de l'allaitement (contact précoce peau à peau, tétée précoce, cohabitation, absence de suppléments à moins de raisons valables, non-utilisation de tétines artificielles, allaitement à la demande, bonne position et prise du sein, expression manuelle du lait, informations sur la contraception et la conciliation travail-allaitement, etc.). De plus, elles doivent apporter le **soutien** nécessaire aux mères pour favoriser le maintien de l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois et la poursuite de l'allaitement après 6 mois avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés, orienter les mères vers les ressources professionnelles et bénévoles en allaitement dans la communauté, et respecter les articles du Code.

L'expertise de la diététiste/nutritionniste devrait être aussi mise à contribution dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'allaitement et dans la concertation in-

terprofessionnelle et inter-établissements en vue d'assurer la continuité et la complémentarité des services. Par exemple, la diététiste/nutritionniste devrait faire partie du comité d'implantation de l'IAB de son établissement. C'est le cas de Céline Juneau, nutritionniste au CLSC La Source (CSSS de Québec-Nord), qui est très active au sein du comité de son établissement. Elle participe à la détermination et à la mise en œuvre des stratégies d'action IAB, notamment au regard des activités de sensibilisation qui ciblent le personnel de son établissement. Avec son comité, elle a amené le personnel et les gestionnaires à modifier leurs pratiques afin qu'ils donnent un meilleur soutien aux femmes qui allaitent.

Les avantages pour les familles et l'établissement de santé à implanter l'*Initiative des amis des bébés*

L'IAB est une démarche centrée sur l'enfant et sa famille plutôt que sur l'organisation. Dans un établissement *Ami des bébés*, les soins sont personnalisés et adaptés aux besoins des nourrissons et des familles dans le respect de l'autonomie et des compétences parentales. La proximité des parents et du bébé facilite un lien d'attachement, la connaissance du nouveau-né, le respect de ses besoins ainsi que l'acquisition et le renforcement des compétences parentales. Les pratiques de soins entourant le début de la maternité, telles que la tétée précoce ou l'allaitement à la demande, visent le respect de la physiologie et des rythmes biologiques du nourrisson. L'implantation de l'IAB s'inscrit dans un processus visant la qualité des soins offerts aux nourrissons et aux familles. C'est en quelque sorte une assurance qualité pour la clientèle de l'établissement. Dans un établissement *Ami des bébés*, les lieux sont accueillants pour les mères qui allaitent. Un local y est aménagé pour les femmes qui désirent allaiter confortablement.

La mise en place de l'IAB est un projet rassembleur puisqu'il incite tous les secteurs de l'organisation à se mobiliser pour favoriser l'adoption d'une politique et des pratiques de soins favorables à l'allaitement. Elle permet d'établir une vision commune au sein de l'organisation puisque tous les secteurs sont concernés et interpellés dans la poursuite du même but, soit favoriser la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement. « L'engagement et le soutien de la direction de même que la nomination d'au moins une personne-ressource en allaitement sont des éléments essentiels à la mise en œuvre de l'IAB », estiment

Monique Thérien et France Lebrun, respectivement chef de service enfance-famille-jeunesse-adulte au CLSC D'Argenteuil et infirmière-chef au Centre hospitalier Saint-Eustache. L'implantation de l'IAB nécessite également une approche concertée entre les différents partenaires afin de s'assurer de l'harmonisation des messages de même que de la complémentarité et de la continuité des services.

L'Initiative des amis des bébés est un outil formidable au service des professionnels de la santé et au bénéfice des parents. Elle incite les établissements de santé à réfléchir sur la nature et les objectifs de soins de façon à les recentrer sur l'enfant, la mère et la famille. Dans un établissement *Ami des bébés*, les parents se sentent rassurés d'être bien entourés, bien informés et bien soutenus par le personnel. Un bon soutien augmente leur confiance en leurs capacités à résoudre eux-mêmes les difficultés d'allaitement, ce qui réduit le risque de cessation précoce. Quant aux professionnels de la santé, ils se sentent plus valorisés et stimulés. Ceux-ci étant incités à ne pas juger mais plutôt à observer, à évaluer, à informer, à soutenir et à accompagner les parents sans se substituer à

eux, leur pratique est ainsi orientée de façon à faciliter l'autonomisation (« empowerment ») des parents. Une action concertée de tous les intervenants qui travaillent dans le domaine, en collaboration étroite avec la direction de leur établissement, est indispensable pour soutenir adéquatement les parents, de façon à faire de l'allaitement une expérience positive. ☺

- a. L'allaitement exclusif signifie qu'on ne donne au nourrisson aucun autre aliment ni boisson, y compris de l'eau (à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux; le lait maternel exprimé est également accepté).
 - b. L'allaitement total regroupe l'ensemble des enfants qui ont été allaités, qu'ils aient reçu ou non d'autres formes de liquides ou de solides en complément à leur alimentation.
1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'allaitement maternel au Québec: Lignes directrices. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. 75 p., 2001.
 2. Kramer M.S., Kakuma, R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review 47 p., 2002. http://www.who.int/nut/documents/optimal_duration_of_exc_bffeeding_review_eng.pdf (page consultée le 16 mai 2005).
 3. Organisation mondiale de la Santé. Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive (en ligne). Communiqués de presse, Bureau de l'information, Note pour la presse No 7, 3 avril 2001. <http://www.who.int/inf-pr-2001/fr/note2001-07.html> (page consultée le 16 mai 2005).
 4. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. Policy Statement, Pediatrics, 115 (2): 496-506, 2005.
 5. Santé Canada. Durée de l'allaitement maternel exclusif, Recommandation de Santé Canada, 2004. www.santecanada.ca/nutrition (page consultée le 16 mai 2005).

6. Ordre professionnel des diététistes du Québec. Position de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement. Juin 2002.
7. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève, 30 p., 2003.
8. Dubois, L. et coll. Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002), L'alimentation du nourrisson. Institut de la statistique du Québec, 1 (5): 54 p., 2000.
9. Unicef/Organisation mondiale de la Santé. Les Règles Mondiales de l'Initiative OMS/UNICEF pour des Hôpitaux Amis des Bébé - 1 -, New York, 6 p., 1992.
10. Organisation mondiale de la Santé/UNICEF. Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel, Florence, Italie, 1990.
11. Organisation mondiale de la Santé. Données scientifiques relatives aux Dix Conditions pour le succès de l'Allaitement. Genève, Système de santé et santé communautaire, Département Santé et Développement de l'enfant et de l'adolescent, 122 p., 1999.
12. Organisation mondiale de la Santé. Mise en œuvre de résolutions (rapports de situation). 18 p., Avril 2004. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_18-fr.pdf (page consultée le 16 mai 2005)
13. Kramer, M.S., et coll. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA. 285 (4): 413-420. 2001.
14. DiGirolamo, A.M., L.M. Grummer-Strawn et S. Fein. Maternity care practices: implications for breastfeeding. Birth. 28 (2): 94-100, 2001.
15. Philipp, B.L. et coll. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. Pediatrics. 108 (3): 677-681, 2001.
16. Wright, A., S. Rice et S. Wells. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. Pediatrics. 97 (5): 1996, p. 669-675.
17. Le Comité canadien pour l'allaitement. L'Initiative des amis des bébés dans les services communautaires: Guide canadien de mise en œuvre. 99 p., 2003.
18. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, Québec. ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec. 133 p., 2003.

La Capitale vous offre un régime d'assurance riche en protections

Partenaire de votre
programme d'assurance
responsabilité
professionnelle

Aider les gens c'est notre métier

À tous les jours, vous prenez soin de la santé des consommateurs en leur offrant des programmes adaptés à leurs besoins.

Et quotidiennement, La Capitale assurances générales est heureuse de prendre soin de vous en protégeant les membres de l'OPDQ dans l'exercice de leurs fonctions.

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

Initiating and maintaining breastfeeding

Emmy Maten, Ph.D., IBCLC, Pre- and post-natal nutrition counselor, Montreal Diet Dispensary

Dietitians promote good health through optimal nutrition and what better way to affect a child's health than by encouraging the gold standard of infant nutrition: breastfeeding.

In 2004, Health Canada updated its recommendation for exclusive breastfeeding: "Exclusive breastfeeding is recommended for the first six months of life for healthy term infants, as breast milk is the best food for optimal growth. Infants should be introduced to nutrient-rich, solid foods with particular attention to iron at 6 months with continued breastfeeding for up to two years and beyond¹." The most recent Statistics Canada's report on breastfeeding rates (2003) show that breastfeeding rates at 6 months are of 39% for Canada (exclusive breastfeeding rate of 19%) and are of 29% for Quebec (exclusive breastfeeding rate of 10%).² Thus, health professionals must be committed to promote Health Canada's recommendation and to encourage mothers and families towards these goals.

The American Academy of Pediatrics policy statement 2005 states that "Exclusive breastfeeding is the reference or normative model against which all alternative feeding methods must be measured with regard to growth, health, development, and all other short- and long-term outcomes³". In most cases, feeding a baby with foods other than milk before 6 months actually replaces milk, reducing daily nutrient density. Many factors play a role in successful and continued breastfeeding. The most important of these are:

- Proper latch-on to assure good milk transfer;
- Keeping the baby skin-to-skin;
- Breastfeeding within the first 30 minutes following birth;
- Understanding breast compression technique;
- Staying close to the baby day and night to facilitate response to feeding cues;
- Learning to recognize the baby's feeding cues;
- Avoiding artificial nipples and pacifiers;
- Knowing how to express her milk should mother need to be separated from her baby;
- Avoiding formula feeds unless medically indicated.

Baby's growth spurts, softening of the mother's breasts over time, and changes in the baby's developing behaviour can negatively influence a mother's perception of an adequate milk supply. The following core information should help a mother to get breastfeeding off to a good start and avoid premature cessation.

Teach a good latch

Foremost in importance is the understanding of a proper latch. A mother can follow all the above suggestions but if her baby is poorly latched-on, she will likely develop cracked or damaged nipples, engorgement, blocked ducts, or mastitis. The baby will likely be fussing a lot, wanting to be constantly at the breast, discouraging the mother even more. The baby may show a poor weight gain. Some mothers, however, have such an abundant milk supply that even with a poor latch, their babies manage to drink sufficiently and grow well⁴.

When a baby is properly latched on to the breast, milk can flow efficiently from the mother's breast to the baby's mouth. The baby also has a better control of the milk flow. Many mothers experience pain as the baby draws to the nipple into the mouth. However, once the baby is properly latched on, the pain should stop. If pain continues after counting to 6 or 10 seconds, then gently remove the breast from the baby's mouth (the mother inserts her finger into the corner of the baby's mouth and between the gums to release the suction), and start again. When pain continues despite a proper latch, a breastfeeding problem is likely and the mother should be referred to a breastfeeding specialist.

In order to achieve a good latch, the baby is wrapped around the mother, tucked under one breast by the same side arm, the hand of that same arm supporting the baby's neck (when pressure is put to the baby's head, his responding reflex is to pull his head away from the breast, afraid of suffocation). The baby's arms are tucked in between the mother's breasts. The mother's other arm is free to form a U-hold of the breast. The nipple is pointed to the baby's nose, encouraging the baby to gape his mouth open and upward. Just as we tilt our heads back to

swallow comfortably, babies must be allowed the same comfort. The baby should never be forced to breastfeed. This position is called the cross-cradle hold.

Baby with a good latch.

Note:

- a. Chin but not nose is touching the breast.
- b. Baby is on areola in an asymmetrical fashion. (If nipple could be seen it would be pointing to the roof of the baby's mouth.)
- c. Baby has come in much less from the side than is commonly seen.
- d. Baby is also slightly tilted upwards facing the mother.
- e. If this were the left breast instead of the right, this would be a football hold, but the same principles apply. The football hold is easy to do incorrectly.
- f. Baby does not cover the whole areola, but enough of it⁵.

A short video of latching a baby properly can be viewed at www.mamadearest.ca

and at www.bflrc.com/newman. A handout on latching a baby is also available on either site.

Drinking, not just sucking

The mother must learn to recognize when her baby is drinking and not just sucking. When the baby is first latched to the breast, sucking will be quick and rhythmic for about 2 minutes during which time there is no swallowing, until milk letdown begins. Then the mother will notice a change in the sucking pattern; the baby pauses between several sucks as the mouth fills with milk, followed by a throat movement as the baby swallows. Often, the baby releases an audible puff of air when swallowing. This milking action is slower and deeper than non-nutritive sucking and has a "suck, suck, pause, swallow" pattern.

Skin-to-skin and breastfeeding within the first 30 minutes

The newborn baby should be placed on the mother's chest, skin-to-skin, as soon as possible after birth. This closeness to the mother works quickly to stabilize the baby's temperature and to calm the baby following his birth experience⁶. The baby is usually very alert in the first hour or two following birth and shows a strong sucking reflex. The tactile stimulation of the baby's movements on the mother's chest helps the mother's oxytocin and prolactin levels to rise, resulting in milk let-down and milk production respectively⁷.



With permission from Dr. Jack Newman

Massaging the breast before a feed stimulates these same hormones⁸. **“Breast compression”** is an effective technique popularized by Jack Newman, MD⁹ that simulates a milk letdown reflex and continues the flow of milk to the baby once milk flow has halted. While the baby is at the breast and is no longer drinking, the mother puts pressure on the breast by placing the thumb on top and fingers on the bottom of the breast, back from the areola, close to the chest wall. As she applies pressure by gently squeezing the thumb and fingers towards each other, milk starts to flow again. A handout explaining this useful technique is available on the before-mentioned web sites. Using breast compression during the first days after birth helps maximize transfer of colostrum to the newborn and avoid the use of formula feeds. The baby's stomach at birth is small and total colostrum intake in the first 24 hours varies from a few drops to 30 ml. Within the first few days, the stomach reaches the size of the baby's fist and daily milk intake increases to 350-500 ml by the 5th day¹⁰. Colostrum is thick, almost gel-like and usually yellow in colour. With most mothers,

milk starts replacing colostrum around 72 hours after birth, and the baby's bowel movements start to get paler in colour. A baby who still has dark stools or no stools by day 5 must be seen by a doctor or breastfeeding specialist.

Proximity and response to feeding cues

Keeping the baby close to the mother day and night, allows her to notice and quickly respond to early feeding cues. Newborns need to nurse 8-12 times every 24 hours to feed sufficiently and to build up the milk supply. Some babies nurse steadily every two hours, around the clock. Other babies “cluster feed”, nursing very frequently for a several hours (usually in the evening) followed by a period of less frequent nursing¹¹. The recommendation is to “Watch the baby, not the clock.” Early signs of hunger are moving eyes under closed lids, moving arms and legs, bringing hand to mouth or turning head to the side and opening the mouth (rooting reflex). Middle stage hunger signs are fussing, squeaky noises, restlessness, and intermittent crying. Late stage hunger signs are full crying and baby's colour turning red¹². Responding rapidly to early cues keeps mother and baby calm and allows time for proper latching. A screaming baby cannot latch on and must be calmed before he will become interested in feeding again.

Avoiding artificial nipples and pacifiers

To maximize breast stimulation resulting in a good milk supply, all sucking should be at the breast. The use of bottles and pacifiers reduces the time baby spends suckling at the breast, reducing breast stimulation and consequently decreasing milk production. Once supplemental bottles are started, it is often difficult to reverse back to only breastfeeding. Should supplementation be necessary, there are alternatives to using an artificial nipple – such as cup feeding or a lactation device used at the breast. Furthermore, certain herbs and medicines called galactagogues can increase the milk supply. Moms should also be shown how to express their own milk should mom and baby need to be separated. (See Dr. Newman's information sheets on websites)

Weight gain and growth spurts

According to Dewey, 2001, the growth curve of breastfed-only babies varies from the 2000 CDC (Centers for Disease Control and Prevention) growth charts, which were revised to include breastfed babies, not just formula fed babies¹³.

Breastfed babies gain more quickly in the first 4 months until birth weight doubles. Then weight gain tapers off and falls below the CDC's growth curve by 12 months. The World Health Organization is currently preparing new growth curves for breastfed babies. Following birth, a weight loss of up to 7% of birth weight is normal. A weight loss of between 7 and 10% may indicate poor milk transfer and requires some intervention. A weight loss of more than 10% requires immediate medical attention¹⁴. A return to birth weight is expected by 14 days of age but is desired by 10 days¹⁵. Once gaining, breastfed infant girls gain an average of 34 grams a day while breastfed infant boys gain an average of 40 grams a day. For both sexes, the minimum expected gain is 20 grams a day¹⁶.

Babies experience growth spurts, usually around 3 weeks, 6 weeks and 12 weeks, although the timing varies. Typically, the baby cries and fusses more than usual and is placated only by being at the breast. This behaviour usually lasts 24 to 48 hours and if the mother responds to her baby's feeding cues, her milk production increases in response to her baby's increased demand. However, unless mothers are aware of these growth spurts, mothers may interpret that their milk supply has become inadequate and begin formula supplementation.

Fine-tuning the milk supply

During the first weeks of breastfeeding, milk production is largely controlled by hormones. Prolactin, the pituitary hormone responsible for milk production, is secreted at high levels, even between feedings and especially at night. Many mothers produce more milk than their babies drink. However after about a month postpartum (timing varies), baseline prolactin levels fall, rising only in response to breast stimulation¹⁷. Milk production becomes equal to the amount of milk removed from the breast. There is no longer wasteful overproduction as the breasts fine-tune to balance supply and demand. At this time, women notice the breasts are softer and may interpret this as a fall in their milk supply, requiring supplementation with formula. Explaining this changing physiology to mothers is reassuring and supports continued exclusive breastfeeding.

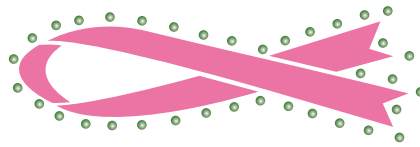
Baby's social development

By 4 months of age a baby's interest in the world around him starts to increase. He reacts to people entering the room, to the sound of the phone ringing, or to the TV. Easily distracted, the baby may nurse only briefly, stopped by curiosity in his surroundings. Mothers who are unaware of this normal development may interpret this behaviour as disinterest in the breast, or inadequate milk supply and reason that bottle-feeding is necessary to assure adequate feeding. Reassure the mom that her baby will drink well whenever his appetite dictates hunger. Reducing surrounding stimuli at feeding times can help her baby to concentrate on nursing.

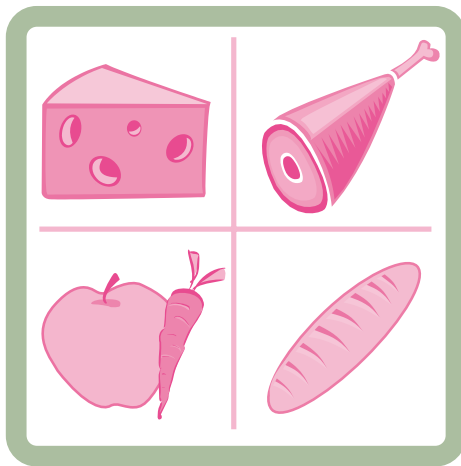
Whether a mother is new or experienced at breastfeeding, information and support provided by her dietitian can positively influence her breastfeeding success. 🌱

Bibliography

1. Health Canada. Revised Recommendations for Breastfed Infants, Health Canada 2004. www.healthcanada.ca/nutrition
2. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey, 2003. <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/82-221-XIE2004002.htm>
3. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 115 (2):496-506, 2005
4. Newman J., Pitman T. Getting off to the best start. In: Newman J., Pitman T. Dr. Jack Newman's Guide to Breastfeeding. 1st edition. HarperCollins Canada, Toronto, 2000, 4: 51
5. Newman J. Breastfeed Support. *Contemporary Pediatrics*. (Oct.): 6-15, 1998
6. Bergman N. Research on Skin-to-Skin Contact. www.kangaroomothercare.com
7. Widström A-M, Wahlberg V, Matthiesen A-S, Eneroth P, Uvnäs-Moberg K, Werner S, Winberg J. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour and breast-feeding performance. *Early Human Development* 21: 153-163, 1990
8. Mohrbacher N, Stock J. Expression and Storage of Human Milk. In: La Leche League International -The Breastfeeding Answer Book, 3rd Revised Edition. LLL International, Schaumburg, Illinois, 2003, 9: 217
9. Newman J., Pitman T. Getting off to the best start. In: Newman J., Pitman T. Dr. Jack Newman's Guide to Breastfeeding. 1st edition. HarperCollins Canada, Toronto, 2000, 5: 70-71
10. Smith L.J., Riordan J. Postpartum Care. In: Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. 3rd Edition, Jones and Bartlett Publishers Inc., MA, 2005, 8: 218
11. Mohrbacher N, Stock J. Breastfeeding Basics. In: La Leche League International -The Breastfeeding Answer Book. 3rd Revised Edition. LLL International, Schaumburg, Illinois, 2003, 3: 36-37
12. Riordan J., Hoover K. Perinatal and Intrapartum Care. In: Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. 3rd Edition, Jones and Bartlett Publishers Inc., MA, 2005, 7: 189-191
13. Powers N.G. Low Intake in the Breastfed Infant: Maternal and Infant Considerations. In: Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. 3rd Edition, Jones and Bartlett Publishers Inc., MA, 2005, 10:284
14. Powers N.G. Low Intake in the Breastfed Infant: Maternal and Infant Considerations. In: Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. 3rd Edition, Jones and Bartlett Publishers Inc., MA, 2005, 10:280-282
15. Smillie C.M. 8th Annual OVLC and CLCA Breastfeeding Conference, Ottawa, 2004. Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding... when babies are not gaining well in the first month. Management of slow growth in the breastfeeding infant. June 18, 2004
16. Nelson S.E., Rogers R.R., Zeigler E.E., Fomon S.J. Gain in weight and length during early infancy. *Early Hum. Dev.* 19: 223-239, 1989
17. Riordan J. Anatomy and Physiology of Lactation. In: Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. 3rd Edition, Jones and Bartlett Publishers Inc., MA, 2005, 3: 75-77



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

Prolonger le plaisir? Pourquoi pas!

Mélanie Gingras, infirmière bachelière, consultante en lactation diplômée de l'IBLCE. Elle travaille en périnatalité depuis ses débuts en 1997 et a pratiqué notamment à l'Hôpital Sainte-Justine, au CLSC Verdun/Côte Saint-Paul, au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur et, plus récemment, à la Direction de santé publique de Lanaudière.

Que répondre à des nouveaux parents qui demandent : « Combien de temps dois-je allaiter mon enfant ? » En 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) faisait connaître ses dernières recommandations en matière d'alimentation du nouveau-né à l'occasion de la 54^e Assemblée mondiale sur la santé. Par rapport à la durée, l'OMS donne des repères clairs : « [...] l'allaitement maternel exclusif les six premiers mois et la poursuite de l'allaitement avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés et adéquats jusqu'à l'âge de 2 ans ou au-delà » (WHA54.2).

La même année, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a entériné ces recommandations dans sa publication *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices*. Plusieurs associations et ordres professionnels, dont l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, ont emboîté le pas devant la masse de résultats scientifiques démontrant l'importance de l'allaitement maternel et surtout, les risques du non-allaitement pour les enfants, les femmes et la société en général. Sur un plan plus personnel, les familles du Québec ont à se situer à chaque nouvelle naissance par rapport à ces recommandations. La durée totale de l'allaitement est laissée à la discrétion des parents et le moment du sevrage variera d'un enfant à l'autre et d'une famille à l'autre. Cependant, plusieurs indicateurs nous permettent d'affirmer que plus l'allaitement est long, intense et exclusif (pour les premiers six mois), plus les bienfaits sont marqués (Leon-Cava, 2002).

L'allaitement maternel : la référence!

L'allaitement maternel au sein est la norme en matière d'alimentation des enfants et permet une croissance, un développement et un état de santé optimaux (OMS, 2003 ; AAP, 2005). Chez les enfants non allaités, on note une augmentation de l'incidence et de la gravité d'infections et de maladies chroniques comme la diarrhée, les infections respiratoires, l'otite de l'oreille moyenne, les méningites, l'entérococolite nécrosante, la mort subite du nourrisson, le diabète insulino-dépendant, la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse, la maladie de Hodgkin, le lymphome, la leucémie et les allergies (Leon-Cava, 2002 ; AAP, 2005). On note aussi un développement non optimal des performances intellectuelles et cognitives, des habiletés motrices et langagières ainsi que de l'acuité visuelle. Chez des prématurés qui reçoivent des préparations

commerciales pour nourrissons, on a remarqué une pression systolique plus haute à long terme comparativement à ceux nourris avec du lait humain (Leon-Cava, 2002 ; Wilson, 1998).

Les femmes qui allaitent retirent des bénéfices dont sont privées celles qui ne connaissent jamais de période de lactation. Ainsi, on note une augmentation du risque d'hémorragie puerpérale, de cancer du sein et de l'ovaire en période de préménopause, d'ostéoporose et de fracture de la hanche ainsi qu'une absence d'espacement naturel des naissances (méthode MAMA) chez la femme qui n'a que peu, ou qui n'a pas de périodes de lactation au cours de sa vie. Au niveau de la santé psychologique et émotive, l'allaitement pourrait aussi renforcer le lien d'attachement entre la mère et son enfant (MSSS, 2001).

Pour la société en général, l'alimentation artificielle entraîne des coûts supplémentaires en matière de consultations médicales, d'hospitalisations, de consommation de médicaments, d'absentéisme au travail, etc., et a un impact négatif important sur l'environnement, notamment parce qu'elle suppose une plus grande activité de l'industrie bovine et en raisons des déchets reliés à la préparation, à la vente et à l'utilisation des substituts du lait maternel (Riordan, 2005). Afin de pouvoir résumer la littérature existante, nous reprendrons les termes bienfaits de l'allaitement même si, de façon systématique, nous devrions considérer l'allaitement comme le point de référence et comparer tout autre comportement à celui-ci.

Que du lait maternel svp!

Au cours des dernières décennies, un nombre croissant d'études ont traité de la différence entre l'état de santé des enfants allaités comparativement à ceux qui recevaient d'autres aliments. Dans les années 90, on savait déjà que le lait maternel était important, mais il

devenait de plus en plus évident que le degré d'exclusivité de celui-ci (absence d'autres aliments ou breuvages) était tout aussi important. Vers la fin de cette même décennie, l'OMS a commandé une étude pour connaître la durée idéale de l'allaitement exclusif. En 2001, l'OMS publiait son rapport qui, fermement appuyé par la documentation scientifique internationale, faisait état des avantages de l'allaitement exclusif pour les premiers six mois sur la **santé des enfants**. Son rapport démontrait aussi que non seulement le lait maternel et ses composantes satisfaisaient de façon optimale aux besoins des nouveau-nés, mais que l'introduction d'autres aliments ou boissons que le lait maternel (y compris l'eau) durant cette période faisait courir au nourrisson davantage de risques d'avoir des problèmes de santé, et ce, dans les pays développés comme dans les pays en voie de développement (OMS, 2001). L'ajout d'aliments complémentaires avant 6 mois peut non seulement diminuer la quantité de lait ingéré, mais aussi altérer l'absorption de certaines composantes du lait maternel comme le fer et le zinc (Brown et coll., 1998 ; Saarinen, 1979).

Après l'âge de 6 mois

Autour de l'âge de 6 mois, l'enfant est prêt à recevoir d'autres aliments pour compléter le lait maternel, bien que celui-ci demeure encore la principale source d'énergie. Entre 6 et 11 mois, l'apport énergétique des aliments complémentaires passera de 0 % à près de 50 %. Entre 1 et 2 ans, le lait maternel peut représenter de un à deux tiers des calories totales quotidiennes (Buckley, 2001 ; Dewey, 1984).



FONDATION QUÉBÉCOISE
DU CANCER

1 800 363.0063
www.fqc.qc.ca

L'allaitement qui se poursuit au-delà de 6 mois comporte nombre de bienfaits pour l'enfant et la mère : bien-être affectif et émotif, bienfaits relatifs aux facteurs immunitaires, aux vitamines et aux enzymes contenus dans le lait maternel, etc. (Brown et coll., 1998 ; Piovanetti, 2001). Le lait comporte encore les mêmes qualités nutritives. De plus, sa saveur et son odeur

« La femme mobilise ses graisses lorsqu'elle allaite son bébé sur une plus longue période et l'enfant, lui, bénéficie d'un facteur de protection contre l'obésité lorsqu'il est allaité. »

changeant selon l'alimentation maternelle, le lait prépare l'enfant à la diversité alimentaire qu'il s'apprête à découvrir (Mennella, 2001 ; Mennella, 1995).

L'allaitement fait le poids !

Des chercheurs ont récemment établi un lien entre l'élimination des graisses accumulées durant la grossesse et l'allaitement prolongé chez la femme (Kac, 2004, Riordan 2005, Robinson, 1986). Il semble que l'effet soit perceptible chez la femme ayant un indice de masse corporelle inférieure à 30 (Kac, 2004). La femme mobilise ses graisses lorsqu'elle allaite son bébé sur une plus longue période et l'enfant, lui, bénéficie d'un facteur de protection contre l'obésité lorsqu'il est allaité (Daniels, 2005 ; Gillman et coll., 2001 ; Grummer, 2004 ; Hediger, 2001 ; Stettler, 2005). Aux États-Unis, 13 % des enfants ont un problème d'obésité (Grummer, 2004). Les facteurs génétiques, le manque d'exercice et l'alimentation jouent un rôle important dans le développement de l'obésité (Daniels, 2005). Devant l'augmentation des cas d'obésité un peu partout dans le monde, les cliniciens et les travailleurs de la santé publique doivent tenir compte des données probantes sur l'allaitement et la prévention de l'obésité (Dewey, 2003 ; Gillman, 2002 ; WHO, 2000). Par ailleurs, soulignons que les femmes ayant déjà un surplus de poids avant la grossesse sont plus enclines à éprouver des difficultés d'allaitement et à sevrer plus tôt (Hilson, et coll., 2004). Elles auraient donc besoin d'un soutien encore plus grand.

Cancer du sein

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus fréquente chez les Canadiennes (Statistiques canadiennes sur le cancer, 2001). Des preuves

solides montrent que le processus de la lactation contribue à diminuer le risque de cancer du sein, surtout en préménopause (Helawa, Lévesque et Provencher, 2002). Cet effet protecteur semble influencé positivement par la durée cumulative de l'allaitement au cours d'une vie (Layde, 1989 ; Lipworth, 1996 ; Newcomb, 1994 ; Romieu, 1996). Certains auteurs avancent

même une réduction du risque de cancer du sein de 4 % par année d'allaitement (Collaborative group in Lancet, 2002).

De telles informations devraient guider les cliniciens dans leur pratique, surtout

si on tient compte des facteurs prédisposant au cancer du sein comme l'âge des femmes à leur premier enfant et le nombre d'enfants par femme, le risque de cancer augmentant avec l'âge de la femme à sa première grossesse et chez celles qui ont le moins d'enfants (Helewa, 2002). Comme les Québécoises n'ont en moyenne que 1,4 enfant et qu'elles donnent naissance à leur premier enfant autour de 29 ans (gouvernement du Québec, 2005), elles devraient donc être encouragées, pour leur propre santé, à maintenir chacune de leur période d'allaitement le plus longtemps possible.

Allergies et asthme

Les allergies et l'asthme sont des conditions chroniques dont la gravité peut aller jusqu'à menacer la vie des personnes atteintes. Or, l'allaitement maternel compte parmi les principaux facteurs de prévention. L'exclusivité de l'allaitement durant les premiers six mois est un moyen très efficace de retarder le développement d'allergies et de diminuer l'intensité d'allergies potentielles chez les bébés qui ont des antécédents familiaux d'allergies (WHO/WAO, 2002). La Dre Marie-Josée Francœur, allergologue pédiatrique, soutient que l'allergène principal pour les nourrissons est la bêta-lactoglobuline, une protéine présente surtout dans le lait de vache (donc dans la plupart des préparations commerciales pour nourrissons) à un taux un million de fois plus élevé que dans le lait maternel (Francœur MJ, 2005).

Le développement des atopies est plus fréquent chez les enfants qui sont peu, ou qui ne sont pas allaités (Oddy et Peat, 2003), et ce, au moins jusqu'à la période de l'adolescence (Saarinen et Kajosarri, 1995).

D'autres chercheurs avaient déjà démontré que l'introduction d'un autre lait chez les enfants allaités avant l'âge de 4 mois augmentait les risques de développer de l'asthme et d'autres manifestations atopiques par la suite (Oddy et coll., 1999 ; Wilson et coll., 1998).

Mortalité post-néonatale

On connaît depuis au moins une vingtaine d'années l'impact dévastateur du non-allaitement dans les pays en voie de développement (Ari-feen, 2001 ; WHO, 2000). L'OMS évalue le nombre de décès reliés à l'alimentation artificielle à 1,5 million par année dans ces pays, le plus souvent pour cause de diarrhée. Bien que ce drame soit de moindre ampleur dans les pays industrialisés, plusieurs chercheurs et cliniciens suspectaient qu'une alimentation non optimale pouvait conduire à de graves problèmes de santé et même à la mort, peu importe le pays. Jusqu'à tout récemment, on ne disposait pas de preuves scientifiques d'une telle affirmation pour les pays industrialisés. En mai 2004, Chen et Rogan ont publié une étude confirmant cette hypothèse. Elle est la première étude à démontrer, pour les pays développés, un taux de mortalité plus élevé chez les enfants qui ne sont pas allaités. Cette étude menée aux États-Unis auprès de 8 904 enfants (1 204 décédés et 7 740 vivants) de 28 jours à 1 an démontre que les enfants ayant déjà été allaités avaient un taux de survie de plus de 20 % supérieur aux enfants qui n'ont jamais été allaités. Plus l'allaitement est long et plus le facteur de protection augmente. Les auteurs de cette étude affirment même que près de 720 enfants américains de ce groupe d'âge pourraient être sauvés chaque année si tous les enfants étaient allaités durant la première année de vie. Cette statistique correspond à un taux de 1,8 pour 10 000 naissances vivantes (Chen et Rogan, 2004).

Sans en connaître les mécanismes exacts, des chercheurs ont également démontré que l'allaitement était un facteur de prévention de la mort subite du nourrisson (McVea, Turner et Pepler, 2000).

Comment encourager la poursuite de l'allaitement ?

Malgré l'accumulation de données relatives aux bienfaits de la poursuite de l'allaitement au-delà des premiers mois et malgré les recommandations locales et internationales sur le sujet, les femmes qui choisissent de poursuivre l'allaitement de leur enfant obtiennent trop souvent peu de soutien de leur entourage et des professionnels de la santé (Palda, 2004 ; Rempel,

2004). « Le soutien de la société est le facteur clé de la poursuite de l'allaitement maternel dans la deuxième année du bébé et au-delà » (CCA, 2003 : 34).

Les professionnels de la santé œuvrant avec les familles peuvent contribuer à la poursuite de l'allaitement maternel et à la satisfaction des parents en faisant de l'allaitement maternel prolongé un comportement social normal et souhaitable et en apportant un soutien (Rempel, 2004). L'encadré ci-dessous montre comment des professionnels de la santé tels que les diététistes/nutritionnistes peuvent encourager la poursuite de l'allaitement.

Comment encourager la poursuite de l'allaitement

1. En informant les familles des bienfaits physiques, psychologiques, émotifs ainsi que des aspects pratiques et économiques de l'allaitement.
2. En donnant de bons conseils basés sur des données scientifiques fiables lorsqu'une difficulté d'allaitement survient.
3. En ne nuisant pas à un allaitement qui se déroule bien, par exemple en formulant des commentaires négatifs quant à l'âge de l'enfant.
4. En reconnaissant ses limites en tant que professionnel et, au besoin, en orientant les femmes vers des personnes plus spécialisées en la matière.
5. En faisant de son environnement de travail (auprès des familles) un endroit accueillant pour les mères et les bébés.
6. En évitant les conflits d'intérêts par rapport à la commercialisation abusive des substituts du lait maternel. (Voir l'article sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.)

Conclusion

Pourquoi poursuivre l'allaitement au-delà de 6 mois? Le Dr Jack Newman, pédiatre et sommité mondiale en allaitement, répond : « Parce que les mères et les bébés aiment cela ! » Y a-t-il vraiment des bienfaits? Oui, ils sont nombreux, et les familles qui en ont fait l'expérience sont les mieux placées pour en témoigner! Y a-t-il des inconvénients ou risques pour la santé de la mère ou de l'enfant à poursuivre la relation d'allaitement? Non, en autant que ce soit un désir conjoint de la mère et du bébé! En

fait, la question que nous devrions nous poser est : « Y a-t-il des risques à ne pas allaiter notre enfant au-delà de 6 mois? » Les enfants se sèvent d'eux-mêmes naturellement entre l'âge de 2 et 4 ans (Sugarnam et Kendall-Tackett, 1995). D'un point de vue anthropologique, l'allaitement chez l'humain devrait durer un minimum de deux ans et demi et se poursuivre en moyenne jusqu'à l'âge de 4 ou 5 ans et même plus (Dettwyler, 1995).

Rebecca Odes, « l'activiste » et cofondatrice du forum de discussion « The New Mom », résume la réaction sociale à l'égard de l'allaitement prolongé : « Les gens ne veulent pas le voir [l'allaitement en public] parce que ça les rend mal à l'aise, et les gens sont mal à l'aise parce qu'ils n'en voient pas assez ! » (NewYorkTimes, 7 juin 2005 ; traduction de l'auteur).

La prochaine fois que vous verrez un bambin au sein de sa mère, souriez! Tout simplement! ☺

**Diabète :
la nouvelle ÉPIDÉMIE**

**RÉAGISSEZ
MAINTENANT!**

Diabète Québec
et ses associations affiliées

1.800.361.3504
www.diabete.qc.ca

Opinion, croyances et connaissances des diététistes du Québec sur les aliments fonctionnels et les nutraceutiques

Jean-François Marsolais, Dt.P., Étudiant à la maîtrise en nutrition, Département des sciences des aliments et de nutrition, Université Laval
 Gale E. West, Ph.D., Centre de recherche en économie agroalimentaire (CRÉA), Université Laval
 Denise Ouellet, Dt.P., Ph.D., Département des sciences des aliments et de nutrition, Université Laval
 Simone Lemieux, Dt.P., Ph.D., Institut des nutraceutiques et des aliments fonctionnels (INAF), Université Laval

Les Canadiens ne s'alimentent plus seulement pour combler leurs besoins nutritionnels élémentaires, ils s'intéressent de plus en plus aux bienfaits que les aliments peuvent apporter à leur santé. Selon les études de l'Institut national de nutrition (INN)¹ et d'Agriculture et Agroalimentaire Canada (AAC)², un fort pourcentage d'adultes canadiens considère que l'alimentation et la nutrition jouent un rôle important dans le maintien et l'amélioration de la santé et dans la diminution des risques de maladie. Dans l'enquête d'AAC, 60 % des Canadiens pouvaient identifier au moins un aliment ou un composé bio-actif connu pour ses propriétés fonctionnelles (« santé »), mais seulement 24 % d'entre eux arrivaient à associer un aliment à une maladie. Par contre, la grande majorité des Canadiens (81 %) aimeraient en savoir plus sur les aliments fonctionnels et les nutraceutiques (AFN). À cette fin, ils consultent leur médecin (36 %), naviguent dans Internet (29 %), ou encore interrogent leurs parents et amis (14 %). Cependant, ils considèrent que les diététistes (76 %), les médecins (75 %) et les pharmaciens (68 %) sont les sources d'information les plus fiables sur les AFN.

Puisque le public recherche de l'information juste sur les AFN et que les diététistes sont perçus comme étant une source d'information fiable, il devient important de connaître l'opinion, les croyances et les connaissances de ces professionnelles relativement à ces nouveaux produits. C'est dans cette perspective qu'une étude, qui fait l'objet du présent article, a été effectuée de juillet à septembre 2004. Elle repose sur un sondage postal envoyé à un échantillon aléatoire de 700 diététistes membres de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ). Des 700 diététistes contactées, 459 ont retourné un questionnaire utilisable (taux de réponse = 65,6 %). L'échantillon est représentatif de l'ensemble des membres de l'OPDQ quant au sexe et au degré de scolarité. Par contre, les diététistes travaillant principalement en nutrition clinique sont légèrement surreprésentées. Les diététistes cliniciennes représentent 69,8 % des répondants alors qu'elles ne représentent que 60,8 % des membres de l'Ordre. Cet écart est statistiquement significatif, peut-être se sont-elles senties plus visées par le sujet du sondage.

Définition des AFN

En raison de l'absence de consensus international, il n'existe pas de terme officiel pour définir les aliments ayant des propriétés fonctionnelles. Aux fins de cette étude, nous avons retenu la définition de Santé Canada⁴, soit : un aliment fonctionnel est semblable en apparence à un aliment conventionnel mais procure des bienfaits physiologiques démontrés et réduit les risques de maladies chroniques au-delà de ses fonctions nutritionnelles de base. Parmi les aliments fonctionnels, on retrouve des aliments ayant une teneur naturellement élevée en composés bio-actifs (ex. : tomate, bleuets, saumon) et des aliments ayant été enrichis ou améliorés en composés bio-actifs (ex. : lait enrichi en oméga-3, jus d'orange enrichi en calcium, fraises plus riches en antioxydants). Un nutraceutique est fabriqué à partir d'aliments, mais vendu sous forme de comprimés, de poudres ou sous d'autres formes médicinales (ex. : capsules d'ail, bactéries lactiques lyophilisées, gélules d'huile de saumon). Tout comme les aliments fonctionnels, les nutraceutiques procurent des bienfaits physiologiques démontrés et réduisent le risque de maladies chroniques.

Niveau de connaissances sur les AFN

Sachant que la recherche sur les liens entre les aliments et leurs composés bio-actifs avance très rapidement et qu'il est difficile de rester au courant de toutes les nouveautés, nous avons demandé aux diététistes d'évaluer leur niveau de connaissances sur divers composés bio-actifs. Les diététistes estiment mieux connaître certains composés comme les probiotiques, les phytoestrogènes et le lycopène (figure 1).

Le questionnaire contenait aussi une section visant à évaluer les connaissances des diététistes sur certains composés bio-actifs (tableau 1). En premier lieu, elles devaient associer cinq aliments à leur principal composé bio-actif. Une deuxième

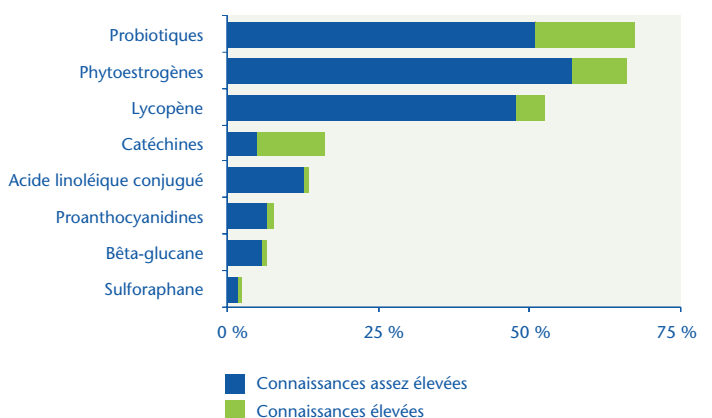
me série de questions demandait d'associer cinq composés bio-actifs à la principale condition pour laquelle on l'utilise et enfin, les diététistes devaient répondre à cinq questions vrai ou faux. En moyenne, les diététistes ont répondu correctement à 10 des 15 questions. Le tableau 2 présente la relation entre les connaissances que les diététistes croient avoir des AFN et leurs connaissances réelles. La corrélation entre ces valeurs est de 0,478 ($p < 0,001$).

Les diététistes semblent avoir eu de la difficulté à associer les aliments à leur principal composé bio-actif (tableau 1). Ainsi, c'est seulement à la question où elles devaient associer les noix de Grenoble aux oméga-3 que plus de la moitié d'entre elles ont donné la bonne réponse.

Dans l'ensemble, les diététistes ont répondu correctement aux questions où elles devaient faire le lien entre les oméga-3 et les dyslipidémies, entre les probiotiques et la diarrhée, entre les phytoestrogènes et les symptômes de la ménopause de même qu'entre le lycopène et le cancer de la prostate. Par contre, seulement 40 % d'entre elles ont fait le lien entre les proanthocyanidines de la canneberge et les infections urinaires.

Les questions vrai ou faux demandaient des connaissances plus à jour. Tout de même, la très grande majorité des diététistes ont répondu correctement à la question sur les oméga-3 et à celle sur les probiotiques. Certaines affirmations étaient fausses. Ainsi, les probiotiques sont utiles pour la prévention et le traitement

Figure 1
Perception des diététistes quant à leur niveau de connaissances sur les AFN



de la diarrhée^{5, 6}. Quant au lycopène, il ne permet pas de prévenir et de traiter les infections urinaires; ce sont plutôt les proanthocyanidines des canneberges qui, en empêchant les bactéries d'adhérer aux parois des voies urinaires, jouent ce rôle^{7, 8}. Le lycopène aurait plutôt, entre autres, un effet protecteur contre divers cancers^{9, 10}. Enfin la consommation de comprimés d'ail combinée à une anticoagulothérapie n'est pas sans danger, au contraire. Les effets anticoagulants de l'ail consommé en grande quantité pourraient s'ajouter à ceux des médicaments qui augmentent le temps de coagulation et ainsi augmenter les saignements¹².

Plus de 50 % des répondantes ont répondu de façon juste à l'affirmation « Recommander une grande consommation de phytoestrogènes chez les femmes avec antécédent de cancer du sein peut être nuisible ». En fait, il n'y a pas suffisamment de données scientifiques pour conclure que la consommation d'aliments riches en phytoestrogènes peut être bénéfique ou nuire aux femmes ayant eu le cancer du sein¹¹. Comme les phytoestrogènes peuvent avoir le même effet que les œstrogènes dans le corps humain, il vaut mieux être prudent.

Crédibilité et utilisation des sources d'information sur les AFN

L'ensemble des diététistes de l'étude disent aimer apprendre sur les AFN. Elles sont aussi tout à fait ou plutôt en accord lorsqu'on leur demande si elles cherchent à se tenir à jour à ce sujet. Par contre, seulement 39 % se considèrent comme très bien ou bien informées sur les AFN. Les diététistes, cherchant à se renseigner sur l'efficacité ou les limites des AFN, utilisent plusieurs sources d'information. L'analyse en quadrants (figure 2) montre leur utilisation des sources d'information sur les AFN ainsi que leur avis sur le niveau de crédibilité de ces sources.

Attitudes et opinions vis-à-vis des AFN

Quatre-vingt-treize pour cent (93 %) des diététistes ayant participé à l'étude sont tout à fait ou plutôt d'accord avec l'idée voulant que les AFN aient des effets positifs sur la santé. De plus, la majorité d'entre elles (85 %) sont tout à fait ou plutôt en accord avec l'affirmation voulant que les AFN permettent de mieux répondre aux besoins de leurs clients. Lorsque les diététistes amorcent une discussion sur les AFN avec leurs clients, c'est habituellement pour en recommander l'usage. Par contre, seulement 15 % d'entre elles en parlent toutes les semaines, tandis qu'environ 30 % en parlent quelques fois par

Tableau 1
Distribution des réponses aux questions de connaissances sur les AFN

Questions	Pourcentage de bonnes réponses	Pourcentage de « Ne sais pas »
Associations aliments composés bio-actifs		
Oméga-3 avec les noix de Grenoble	56 %	21 %
Catéchines avec le thé vert	47 %	39 %
Proanthocyanidines avec le jus de canneberge	45 %	32 %
Bêta-glucane avec le son d'avoine	44 %	48 %
Sulforaphane avec le brocoli	38 %	43 %
Associations composés bio-actifs avec utilisation		
Oméga-3 et les dyslipidémies	96 %	1 %
Probiotiques et la diarrhée	93 %	5 %
Phytoestrogènes et les symptômes de la ménopause	91 %	1 %
Lycopène et le cancer de la prostate	80 %	10 %
Proanthocyanidines et les infections urinaires	40 %	51 %
Vrai ou faux		
Les graines de lin sont une bonne source d'acides gras oméga-3. (vrai)	93 %	2 %
Il est déconseillé d'utiliser des probiotiques en présence de diarrhée. (faux)	88 %	7 %
Le lycopène permet de prévenir et traiter les infections urinaires. (faux)	63 %	28 %
Recommander une grande consommation de phytoestrogènes chez les femmes avec antécédent de cancer du sein peut être nuisible. (vrai)	57 %	23 %
La prise régulière de comprimé d'ail, combiné à une anticoagulothérapie, est sans danger. (faux)	55 %	36 %

Tableau 2
Congruence entre les connaissances réelles et les connaissances perçues des diététistes sur les AFN*

	De 0 à 9 bonnes réponses sur 15 questions	De 10 à 15 bonnes réponses sur 15 questions
Connaissances perçues faibles	34.2 % (n=139)	22.2 % (n=45)
Connaissances perçues élevées	11.1 % (n=90)	32.5 % (n=132)

* Test du khi carré significatif à $p < 0,001$. Les scores de connaissances réelles ont été calculés à partir des quinze questions du tableau 1 et les scores de connaissances perçues ont été calculés à partir des huit questions de la figure 1. Ex.: 11.1 % des diététistes de l'échantillon croient avoir plus de connaissances sur les AFN qu'en réalité.

mois. Ces proportions augmentent à 20 % et à 35 % si on ne tient compte que des diététistes travaillant en nutrition clinique. Malgré tout, plus de 96 % des diététistes interrogées sont tout à fait ou plutôt en accord avec la proposition que le gouvernement devrait mieux réglementer la publicité sur les AFN, augmenter les standards de qualité et mieux évaluer les AFN avant leur mise en marché.

Les diététistes du Québec considèrent que les aliments fonctionnels sont plus bénéfiques que les nutraceutiques et ont plus de facilité à en-

courager leur consommation ($p < 0,01$; voir les figures 3 et 4). Elles-mêmes sont d'ailleurs plus enclines à consommer des aliments riches en composés bio-actifs que des nutraceutiques. Ainsi, 98 % d'entre elles disent consommer des aliments naturellement riches en composés bio-actifs, 72 % affirment qu'elles consomment des aliments enrichis de composés bio-actifs, mais seulement 23 % consomment des nutraceutiques.

Conclusion

Une alimentation variée, équilibrée et contenant des aliments aux propriétés fonctionnelles joue un rôle important dans le maintien de la santé et la prévention des maladies. Les diététistes du Québec préfèrent consommer et recommander des aliments riches en composés bio-actifs plutôt que des nutraceutiques. Elles considèrent néanmoins que les aliments fonctionnels et les nutraceutiques peuvent être bénéfiques pour leurs clients et sont d'avis qu'ils permettent de mieux répondre aux besoins de ceux-ci. Par contre, leurs connaissances des AFN sont limitées. Le public considère néanmoins que les diététistes sont les sources d'information les plus fiables sur les AFN et s'attend à ce qu'elles puissent répondre correctement à leurs interrogations. Les AFN sont donc une nouvelle réalité dont nous devons tenir compte afin de conserver notre crédibilité dans tous les domaines de la nutrition. En ce sens, des activités de formation sur ces produits, qui connaissent une popularité croissante, sont essentielles pour toutes les diététistes québécoises. 🍃

Figure 2

Analyse de la crédibilité et de l'utilisation des sources d'informations sur les AFN.
 [À Noter: L'axe horizontal représente le % de diététistes qui croit que la source est très crédible. L'axe vertical représente le % de diététistes qui utilise la source au moins quelques fois par mois. Ex.: Les étiquettes des produits sont la source d'information la plus utilisée pour obtenir de l'information mais sont perçues comme étant peu crédibles.]

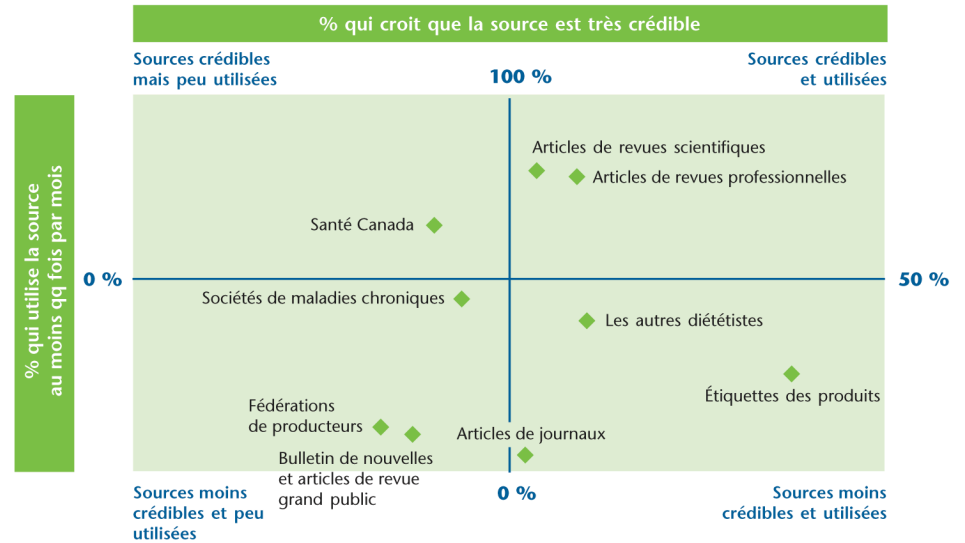


Figure 3

Pourcentage des diététistes trouvant ces types de produits bénéfiques et leur tendance à encourager leur consommation

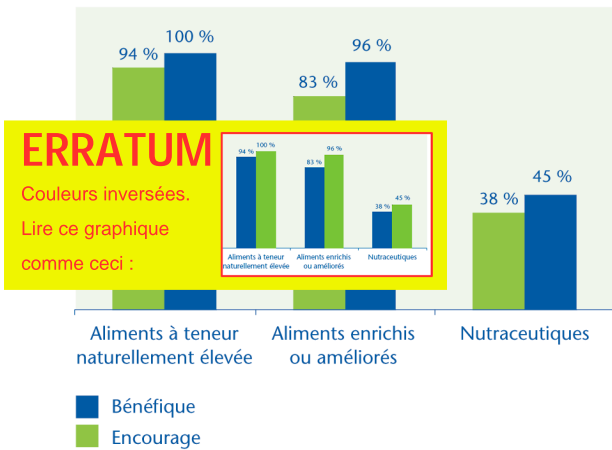
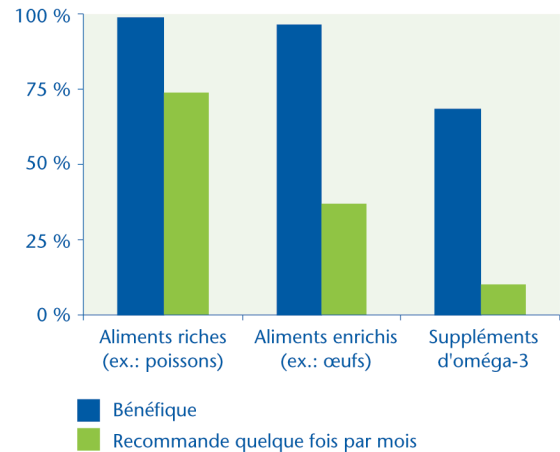


Figure 4

Pourcentage des diététistes trouvant ces sources d'oméga-3 bénéfiques et fréquence à laquelle elles les recommandent



Références

1. INSTITUT NATIONAL DE LA NUTRITION (2000), Que pensent les Canadiens des aliments fonctionnels? 2000, http://www.nin.ca/public_html/Publications/Other/floods-2000_fr.html, consulté le 27 mai 2005.
2. AGRICULTURE ET AGROALIMENTAIRE CANADA (2004), Demande de produits alimentaires bénéfiques pour la santé et le mieux-être, http://www.agr.gc.ca/misb/fb-ba/nutra/index_f.php?l=deman&page=decima, consulté le 27 mai 2005.
3. AGRICULTURE ET AGROALIMENTAIRE CANADA (2004), Aliments fonctionnels et nutraceutiques. Étude auprès des professionnels de la santé, http://www.agr.gc.ca/misb/fb-ba/nutra/index_f.php?l=fn-sa-fne&page=summ, consulté le 27 mai 2005.
4. SANTÉ CANADA (1998), Produits nutraceutiques/aliments fonctionnels et les allégations relatives aux effets sur la santé liées aux aliments, http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/ns-sc/ne-en/health_claims-allegations_sante/f_nutra-funct_foods.html, consulté le 27 mai 2005.
5. A.L. D'SOUZA, C. RAJKUMAR, J. COOKE et coll. (2002), « Probiotics in prevention of antibiotic associated diarrhea: meta-analysis », .
6. H. SZAJEWSKA, et J.Z. MRUKOWICZ (2001), « Probiotics in the treatment and prevention of acute infectious diarrhea in infants and children: A systematic review of published randomized, double-blind, placebo-controlled trials », J Pediatr Gastroenterol Nutr, vol. 33, suppl. 2, p. S17-S25.
7. A.B. HOWELL (2002), « Cranberry proanthocyanidins and the maintenance of urinary tract health », Crit Rev Food Sci Nutr, vol. 42, suppl. 3, p. S273-S278.
8. L. STOTHERS (2003), « A randomized trial to evaluate effectiveness and cost effectiveness of naturopathic cranberry products as prophylaxis against urinary tract infection in women », Canadian Journal of Urology, vol. 9, no 3, p. 1558-1562.
9. E. GIOVANNUCCI (1999), « Tomatoes, tomato-based products, lycopene, and cancer: Review of the epidemiologic literature », Journal of National Cancer Institute, vol. 91, no 4, p. 317-331.
10. E. GIOVANNUCCI, E.B. RIMM, Y. LIU et coll. (2002), « A prospective study of tomato products, lycopene, and prostate cancer risk », Journal of National Cancer Institute, vol. 94, no 5, p. 391-398.
11. M.J. MESSINA, et C.L. LOPRINZI (2001), « Soy for breast cancer survivors: A critical review of the literature », J Nutr, volé 131, suppl. 11, p. S3095-S3108S.
12. C. MULROW, V. LAWRENCE, R. ACKERMANN et coll. (2000), « Garlic: Effects on cardiovascular risks and disease, protective effects against cancer, and clinical adverse effects », Evid Rep Technol Assess, été, vol. 20, p. 1-4.
13. U. RISERUS, P. ARNER, K. BRISMAR et coll. (2002), « Treatment with dietary trans-10:cis-12 conjugated linoleic acid causes isomer-specific insulin resistance in obese men with the metabolic syndrome », Diabetes Care, vol. 25, no 9, p. 1516-1521.



Le *Code de déontologie des diététistes*¹ constitue un règlement fondamental en tant que guide de la bonne pratique de la profession, qu'il s'agisse de nutrition clinique, de nutrition en santé publique ou de nutrition en gestion, et vise la pratique de la profession tant en clinique privée, en établissement public, au sein d'une entreprise ou d'un ministère qu'au sein de l'Ordre lui-même. Les diététistes/nutritionnistes sont tenues, dans l'exercice de leur profession, de respecter ce code en tenant compte des réalités propres à leur domaine d'exercice, et ne peuvent se soustraire à une obligation ou à un devoir qui y est prévu. Cependant, à l'impossible nul n'est tenu, comme le rappelait la Cour d'appel du Québec, le 15 mars dernier².

Afin d'assurer la protection du public qui est la principale responsabilité de chacun des ordres professionnels au Québec, ceux-ci ont l'obligation d'adopter un code de déontologie, conformément à l'article 87 du *Code des professions*³, pour déterminer les devoirs et obligations dont chacun de leurs membres doit s'acquitter. Un tel code impose au professionnel des devoirs d'ordre général et particulier envers le public, ses clients et sa profession⁴. Le présent article, le premier de deux, résume une partie du contenu du *Code de déontologie des diététistes*.

Les obligations envers le public

La section I du *Code de déontologie des diététistes* énonce les devoirs et obligations envers le public. La diététiste/nutritionniste doit prendre les mesures nécessaires pour assurer au public la qualité et la disponibilité de ses services professionnels. À cette fin, elle doit veiller à la mise à jour de ses connaissances, mettre en pratique les nouvelles connaissances reliées à son domaine d'exercice et favoriser les mesures d'éducation et d'information dans son domaine d'exercice⁵. La diététiste/nutritionniste doit même tenir compte de l'ensemble des conséquences que ses recherches, ses travaux et ses interventions peuvent avoir sur la santé publique⁶.

Les obligations envers le client

La section II du *Code de déontologie des diététistes* énonce les devoirs et obligations envers le client⁷. Il y est prévu que la diététiste/nutritionniste doit tenir compte, dans l'exercice de sa profession, de ses capacités et de ses connaissances, de leurs limites, ainsi que des moyens à sa disposition⁸. Elle doit non seulement reconnaître en tout temps le droit du client de consulter un confrère, un membre d'un autre ordre professionnel ou une autre personne compétente⁹,

mais également, si l'intérêt du client l'exige, consulter elle-même un confrère, un membre d'un autre ordre professionnel ou une autre personne compétente, voire diriger le client vers l'une de ces personnes¹⁰.

La diététiste/nutritionniste doit s'abstenir d'exercer dans un état ou des conditions susceptibles de compromettre la qualité de ses services¹¹ doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle avec son client¹². La diététiste/nutritionniste doit s'abstenir d'intervenir dans les affaires personnelles de son client sur des sujets qui ne relèvent pas de l'exercice de sa profession¹³. Évidemment, toute diététiste/nutritionniste doit s'acquitter de ses devoirs professionnels avec intégrité¹⁴.

La diététiste/nutritionniste doit exposer à son client d'une façon complète et objective la nature et la portée du problème qui, à son avis, ressort de l'ensemble des faits qui ont été portés à sa connaissance; lui fournir les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'elle lui rend; l'informer de l'ampleur et des modalités des services que sa condition requiert¹⁵. La diététiste/nutritionniste doit s'abstenir d'exprimer des avis ou de donner des conseils sans avoir une connaissance complète des faits¹⁶, elle doit corriger le plus tôt possible toute erreur qu'elle aurait pu commettre en donnant un service¹⁷. Elle doit éviter de poser ou de multiplier sans raison suffisante des actes professionnels dans l'exercice de sa profession, et s'abstenir de poser un acte inapproprié ou disproportionné aux besoins de son client¹⁸. Il est dérogatoire à la dignité de la profession de procurer ou de faire procurer à un client des avantages injustifiés ou illicites, notamment en faussant une déclaration, un rapport ou tout document relatif à un client¹⁹, ou de faire une omission grossière dans l'évaluation des besoins d'un

client ou de les exagérer indûment²⁰.

La diététiste/nutritionniste doit s'assurer que les actes posés sont conformes aux normes professionnelles et aux données actuelles de la science²¹. Par exemple, dans l'affaire *Brière*²², il était reproché à la diététiste/nutritionniste d'avoir recommandé une alimentation en fonction des groupes sanguins dans un article de magazine sans s'être assurée que cette recommandation était conforme aux données actuelles de la science²³.

Dans l'exercice de sa profession, la diététiste/nutritionniste doit engager pleinement sa responsabilité civile personnelle; il lui est donc interdit d'insérer dans un contrat de services professionnels une clause excluant directement ou indirectement, en totalité ou en partie, cette responsabilité²⁴. De plus, la diététiste/nutritionniste doit subordonner son intérêt personnel à celui de son client dans l'exécution de ses devoirs professionnels et éviter toute situation où son jugement et sa loyauté envers celui-ci pourraient être affectés²⁵. En fait, elle doit sauvegarder son indépendance professionnelle et ignorer toute intervention d'un tiers qui pourrait influencer sur l'exécution de ses devoirs professionnels au préjudice de son client²⁶, et ne doit pas fournir ses services si elle est dans une situation de conflit d'intérêts. D'ailleurs, dès qu'elle constate qu'elle se trouve dans une telle situation, elle doit en aviser son client et prendre les mesures nécessaires pour faire cesser ce conflit²⁷.

La diététiste/nutritionniste est tenue au secret professionnel²⁸. Pour plus de détails sur cette obligation, nous renvoyons le lecteur à la chronique parue dans l'édition du printemps 2003²⁹. Ce sont les articles 24 à 29.2 du *Code de déontologie des diététistes* qui traitent du secret professionnel. Quant à l'accessibilité et à la rectification des dossiers, nous invitons le lecteur à consulter une chronique publiée dans l'édition d'automne 2003³⁰. Ce sont les articles 30 à 30.5 du *Code de déontologie des diététistes*, et les articles 60.5 et 60.6 du *Code des professions* qui traitent de cet aspect.

La diligence et la disponibilité envers le client selon la Cour d'appel

La diététiste/nutritionniste doit faire preuve de disponibilité et de diligence raisonnables³¹. Dans cette optique, la diététiste/nutritionniste ne peut, sauf pour un motif juste et raisonnable, refuser ou cesser d'agir pour le compte d'un client. La

perte de la confiance du client, le fait que la diététiste/nutritionniste soit en situation de conflit d'intérêts ou dans un contexte tel que son indépendance professionnelle pourrait être mise en doute, et l'incitation, de la part du client, à l'accomplissement d'actes illégaux, injustes ou frauduleux constituent des motifs justes et raisonnables³². Avant de cesser d'exercer ses fonctions pour le compte d'un client, la diététiste/nutritionniste doit lui faire parvenir un préavis de désistement et s'assurer que ce désistement ne lui est pas préjudiciable³³.

Récemment, dans l'affaire *Centre hospitalier de Trois-Rivières c. Syndicat professionnel des diététistes du Québec*³⁴, le plus haut tribunal de la province a été appelé à se prononcer sur la portée de cette obligation de disponibilité et de diligence édictée par le *Code de déontologie des diététistes*. Résumons les faits à l'origine de ce litige. Le 13 juin 2003, dans le cadre d'un grief, l'arbitre avait rendu une décision enjoignant le centre hospitalier d'éliminer la surcharge de travail des diététistes/nutritionnistes. L'employeur avait alors mis en place certaines mesures de redressement, dont une directive visant à prioriser les interventions nutritionnelles. Insatisfait, le Syndicat professionnel des diététistes du Québec était revenu à la charge en juillet 2004 et au cours d'une seconde audition, l'arbitre avait ordonné au centre hospitalier de créer trois nouveaux postes à temps complet pour des diététistes/nutritionnistes. La Cour supérieure avait rejeté la requête en révision judiciaire de la sentence arbitrale et le centre hospitalier avait porté ce jugement en appel. À la base de ce litige, le syndicat alléguait que les diététistes/nutritionnistes se sentaient responsables du suivi des patients et invoquait le respect pour celles-ci de leurs obligations professionnelles, dont celles édictées par les articles 18 à 20 du *Code de déontologie des diététistes*.

Rappelant que le 15 juin 2000, le gouvernement avait adopté la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*³⁵, la Cour d'appel précisait que l'arbitre ne pouvait faire fi du contingentement des ressources de l'État³⁶; cette loi imposant à un centre hospitalier des contraintes sévères quant à sa gestion des fonds publics³⁷. La Cour d'appel accueillait l'appel, infirmait la décision de la Cour supérieure et rejetait le grief collectif avec dépens contre le syndicat, tout en soulignant ce qui suit :


Je comprends la frustration et l'anxiété que peuvent éprouver les diététistes devant l'impossibilité, compte tenu des restrictions budgétaires, de répondre à toutes

*les demandes de service, mais il demeure que l'arbitre ne pouvait pas, dans les circonstances, décréter les mesures de redressement qu'il a identifiées*³⁸.

Pour la Cour d'appel, l'obligation de disponibilité et de diligence raisonnables ne signifie pas que les diététistes/nutritionnistes doivent toujours être disponibles, cela signifie plutôt que si elles ne peuvent pas l'être dans un délai raisonnable, elles doivent en aviser le client³⁹. De l'avis de la Cour, ce devoir de disponibilité et de diligence n'incite pas à mettre de côté les horaires de travail ou à travailler exagérément⁴⁰.

Dans le même ordre d'idées, dans une affaire antérieure⁴¹, où le syndicat contestait la décision d'un employeur, un CLSC, d'abolir un poste de diététiste/nutritionniste, l'arbitre avait analysé la portée de l'obligation de disponibilité et de diligence prévue au *Code de déontologie des diététistes*. Le syndicat alléguait notamment que l'interdiction par l'employeur de faire des heures supplémentaires ne permettait pas aux diététistes/nutritionnistes de respecter le *Code de déontologie des diététistes*. Cependant, l'arbitre avait conclu que l'obligation de faire preuve de disponibilité et de diligence raisonnables édictée par le code signifie que si la diététiste/nutritionniste ne peut être disponible dans un délai raisonnable, elle doit en aviser le client; cela ne signifie pas qu'elle doit faire fi de son horaire de travail et travailler à s'en fendre l'âme pour donner des services qu'autrement, elle n'aurait pas le temps de fournir.

Conclusion

Au cours des dernières années, quelques modifications⁴² ont été apportées au *Code de déontologie des diététistes*, mais sans une véritable actualisation complète; or, le Comité lois et règlements de l'OPDQ travaille actuellement à l'élaboration d'un nouveau code de déontologie. Qu'il s'agisse du code actuel ou futur, il importe à toute diététiste/nutritionniste, comme à tout professionnel, de respecter les règles de conduite prévues à son code de déontologie. Dans le prochain numéro, nous traiterons des autres dispositions du *Code de déontologie des diététistes*⁴³. 

1. Code des professions, c. C-26, r.65.01.

2. Centre hospitalier de Trois-Rivières c. Syndicat professionnel des diététistes du Québec, 200 09 004947-047, 15 mars 2005 (C.A.).

3. Code des professions, c. C-26.

4. En vertu de l'article 87 du Code des professions, un code de déontologie doit contenir, entre autres, des dispositions déterminant les actes dérogatoires à la dignité de la profession; des dispositions définissant, s'il y a lieu, les professions, métiers, industries, commerces, charges ou fonctions incompatibles avec la dignité ou l'exercice de la profession; des dispositions visant à préserver le secret quant aux renseignements de nature confidentielle qui viennent à la connaissance des membres de l'ordre dans l'exercice de leur

profession; des dispositions énonçant les conditions et modalités d'exercice des droits d'accès et de rectification prévus au Code des professions à l'égard des dossiers des clients, de même que des dispositions relatives à l'obligation, pour un professionnel, de remettre des documents à son client; des dispositions énonçant les conditions et les modalités selon lesquelles un professionnel peut divulguer certains renseignements relatifs à ses clients; des dispositions énonçant des conditions, des obligations et, le cas échéant, des prohibitions quant à la publicité faite par les membres de l'ordre.

5. Code de déontologie des diététistes, art. 1.

6. Id., art. 2.

7. Code des professions, art. 57: Il est dérogatoire pour un professionnel de refuser de fournir des services à une personne pour des raisons de race, de couleur, de sexe, d'âge, de religion, d'ascendance nationale ou d'origine sociale de cette personne.

8. Code de déontologie des diététistes, art. 3.

9. Id., art. 4.

10. Id., art. 9.

11. Id., art. 5.

12. Id., art. 6.

13. Id., art. 7.

14. Id., art. 8.

15. Id., art. 10.

16. Id., art. 11.

17. Id., art. 12.

18. Id., art. 13.

19. Id., art. 43, par. 1.

20. Id., art. 43, par. 4.

21. Id., art. 14.

22. Ordre professionnel des diététistes du Québec c. Brière, C.D. Dié. 16-00-001, 16 novembre 2001.

23. La diététiste a plaidé coupable et le comité de discipline a imposé des sanctions, soit une amende de 600 \$ et une période de radiation temporaire d'un mois, de même que le paiement des débours au montant de 1 160,20 \$. Ordre professionnel des diététistes du Québec c. Brière, [2002] D.D.O.P. 77.

24. Code de déontologie des diététistes, art. 18.

25. Id., art. 19.

26. Id., art. 20.

27. Id., art. 21.

28. Code des professions, art. 60.4, et Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12, art. 9.

29. Voir J. PERREAULT, «Le secret professionnel», chronique juridique, NUTRITION science en évolution, printemps 2003, vol. 1, no 1, p. [?].

30. J. PERREAULT, «Le dossier du client», chronique juridique, NUTRITION science en évolution, automne 2003, vol. 1, no 2, p. [?].

31. Code de déontologie des diététistes, art. 15.

32. Id., art. 16.

33. Id., art. 17.

34. Centre hospitalier de Trois-Rivières c. Syndicat professionnel des diététistes du Québec, précité, note 2.

35. L.R.Q., c. E-12.0001.

36. Centre hospitalier de Trois-Rivières c. Syndicat professionnel des diététistes du Québec, précité, note 2, par. 20.

37. Id., par. 21.

38. Id., par. 32.

39. Id., par. 31.

40. Id., par. 27 et 30.

41. C.L.S.C. Châteauguay et Syndicat des travailleurs du CLSC Châteauguay, A.A.S. 2002A-105, 29 mai 2002.

42. Décret 48-94, 1994 G.O. II, 809; décret 450-99, 1999, G.O. II, 1639; décret 943-2003, 2003, G.O. II, 4309.

43. Voir le numéro qui paraîtra à l'hiver 2006



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

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

C'est normal.

Martine est membre d'un ordre professionnel.



1974-2004

Le système professionnel québécois a 30 ans



Conseil
interprofessionnel
du Québec

www.professions-quebec.org



Stress oxydatif et athérosclérose: impact sur le transport du cholestérol dans les macrophages

Les complications associées à l'athérosclérose constituent la première cause de mortalité dans les pays occidentaux. La progression des macrophages en cellules spumeuses s'avère une étape déterminante du développement de la maladie. De plus, un nombre croissant de données scientifiques probantes montrent que le stress oxydatif contribue de manière importante aux événements athérogéniques. Notre hypothèse de recherche stipule que le stress oxydatif altère les processus de transport du cholestérol dans les macrophages, et stimule ainsi le développement des lésions athéromateuses. Pour ce faire, nous avons utilisé la lignée macrophagique THP-1, cellules que nous avons peroxydées en présence des pro-oxydants fer et ascorbate. Les résultats démontrent que le

stress oxydatif diminue l'efflux de cholestérol, sans toutefois changer son influx. Les modifications constatées sont attribuables au transporteur «ATP-binding cassette A1» (ABCA1), qui joue un rôle dans la sortie cellulaire de cholestérol. Nos observations suggèrent donc que le niveau de stress oxydatif, pouvant être influencé par différents facteurs génétiques et environnementaux, abaisse les processus d'afflux de cholestérol dans les macrophages, ce qui stimule la formation des cellules spumeuses et le développement de l'athérosclérose.

Valérie Marcil, Dt.P., M.Sc.*, E. Lévy

Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal

Résumé de l'affiche :*

Valérie Marcil, diététiste, Étudiante-chercheuse au Département de recherche de l'Hôpital Ste-Justine, lauréate du Prix Andrée-Beaulieu pour communication scientifique sur affiche par un membre de l'OPDQ, édition 2005.

ve des apports en phylloquinone et par conséquent, des choix alimentaires. Les aliments sources sont les légumes, les matières grasses et les fruits, et ne diffèrent pas entre les deux groupes. Les résultats obtenus portent à croire que les apports en vitamine K sont diminués chez les personnes âgées atteintes de la MA. L'augmentation du nombre de participants et l'analyse biochimique du statut vitaminique K sont nécessaires à la validation de ces résultats préliminaires. Les auteurs remercient les Instituts de recherche en santé du Canada pour l'attribution de la bourse COPSE.

Nancy Presse*, B. Shatenstein, M.J. Kergoat et G. Ferland

Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Résumé de l'affiche :*

Nancy Presse, stagiaire au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, lauréate du Prix Andrée-Beaulieu pour communication scientifique sur affiche par une étudiante au premier cycle en diététique, édition 2005.

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

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

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

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

**DALE·
PARIZEAU
LM**

Cabinet de services financiers

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

Sans frais partout au Québec
1 877 807-3756

www.dplm.com

Statut vitaminique K dans la maladie d'Alzheimer: une étude pilote

La maladie d'Alzheimer (MA) est une maladie neurodégénérative se caractérisant par des déficits cognitifs étendus et conduisant à la démence. Des chercheurs ont récemment émis l'hypothèse qu'une déficience en vitamine K peut s'inscrire dans la pathogenèse de la MA, étant donné son rôle dans la synthèse des sphingolipides et l'activation de la protéine Gas 6 dans le cerveau. Cette étude pilote vise à fournir des données préliminaires quant aux apports en phylloquinone (vitamine K-1) alimentaire chez les personnes âgées avec un diagnostic probable de MA. La teneur en phylloquinone de la diète a été mesurée au moyen de trois relevés alimentaires chez 11 sujets âgés avec un diagnostic probable de MA à un stade précoce et 11 témoins appariés ne présentant pas d'atteinte cognitive. Les analyses démontrent que l'apport moyen du groupe avec déficit cognitif ($77 \pm 87 \mu\text{g}/\text{jour}$) est de 41 % inférieur à celui du groupe témoin ($130 \pm 209 \mu\text{g}/\text{jour}$). Toutefois, aucune différence significative sur le plan statistique n'a pu être démontrée compte tenu de l'étendue de la variance ($p = 0,08$). En outre, la variance intra-individuelle s'avère moins importante chez les participants atteints de la MA, ce qui montre une stabilité relative

Les acides gras trans d'origine naturelle et industrielle et les maladies coronariennes

Il existe deux principales sources d'acides gras trans (AGT): les animaux ruminants ainsi que les produits dérivés de leur viande et de leur lait, et les aliments transformés qui contiennent des matières grasses partiellement hydrogénées.

Plusieurs recherches ont démontré une corrélation positive entre la consommation d'AGT et le risque de maladies coronariennes. Les résultats portent à croire que les AGT d'origine naturelle seraient moins dommageables que les AGT d'origine industrielle. D'ailleurs, dans certains cas, la restriction des acides gras a été limitée aux AGT d'origine industrielle.

Une étude récente a comparé des données disponibles de consommation d'AGT totale, d'origine naturelle et d'origine industrielle sur les marqueurs de risques et le risque de maladies coronariennes. Les résultats révèlent que pour une consommation d'AGT quotidienne de 2,5 g ou moins, le risque de maladies coronariennes n'est pas différent, qu'il s'agisse de consommation d'AGT totale, d'AGT d'origine naturelle ou d'AGT d'origine in-

dustrielle. À plus de 3 g par jour, il existe un risque accru dans les cas d'une consommation d'AGT totale et d'AGT d'origine industrielle. Les données sur la consommation quotidienne de plus de 2,5 g d'AGT d'origine naturelle et les effets sur la santé sont insuffisantes pour permettre la comparaison.

Les données disponibles ne permettent pas d'établir, dans la législation ou les recommandations diététiques, une discrimination entre les AGT d'origine naturelle et industrielle sur le risque des maladies coronariennes.

Tiré de : R.M. WEGGEMANS, M. RUDRUM et E.A. TRAUTWEIN. « Intake of ruminant versus industrial trans fatty acids and risk of coronary heart disease: What is the evidence? », European Journal of Lipid Science and Technology, 2004, vol. 106, p. 390-397.

Dominique Ladouceur, Dt.P.

Apport en produits laitiers et augmentation de la perte de graisse totale et viscérale chez des sujets obèses

L'incidence de l'obésité ne cesse d'augmenter depuis les dernières années. L'obésité viscérale représente un risque important de développer diabète, accidents vasculaires cérébraux (AVC) et maladies cardio-vasculaires. De récentes études ont démontré l'effet anti-obésité du calcium alimentaire, qui provoquerait une stimulation accrue de la lipolyse et une diminution de la lipogénèse. La présente étude visait à vérifier si le yogourt augmenterait la perte de poids et de graisse viscérale chez 38 obèses adultes durant une restriction énergétique. Des 38 sujets, 34 ont complété l'étude. Ces derniers étaient répartis dans deux groupes : le groupe contrôle (n = 16), qui consommait une diète pauvre en calcium (495 ± 28 mg) sous forme de placebo et trois portions journalières d'un dessert faible en calories (10 Kcal/portion), et le groupe yogourt (n = 18), qui consommait une diète riche en calcium ($1\ 077 \pm 22$ mg) sous forme de trois portions journalières de yogourt faible en gras (100 Kcal/portion). Chaque sujet devait suivre durant 12 semaines une diète personnalisée selon ses besoins (BMR selon la WHO), à laquelle une restriction énergétique de 500 Kcal/jour était appliquée. Les résultats de l'étude révèlent que même si tous les sujets ont perdu du poids, en raison de la restriction énergétique, ceux ayant suivi la diète au yogourt

ont perdu 22 % de plus de poids corporel et 61 % de plus de masse grasse que les sujets du groupe contrôle. On a également observé des réductions significatives du tour de taille et de la graisse viscérale chez les participants soumis à la diète yogourt.

En conclusion, la substitution iso-calorique d'un yogourt ou d'un autre produit laitier faible en matières grasses combinée à une diète restreinte en énergie pourrait faciliter la perte de poids et de graisse viscérale chez les obèses et s'inscrit très bien dans une stratégie de perte de poids.

Tiré de : M.B. ZEMEL, et coll. « Dairy augmentation of total and central fat loss in obese subjects », International Journal of Obesity, 2005, vol. 29, no 4, p. 391-397.

Amélie Bernier, stagiaire en nutrition

Centre de recherche clinique de l'Hôpital Laval

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie, Université Laval

Annie Ferland, Dt.P., MSc, superviseure de stage

Comparaison directe d'une diète combinant des aliments hypolipémiants versus une statine chez des patients hypercholestérolémiques

Une étude récente effectuée par Jenkins et son équipe a démontré que la consommation d'aliments possédant des propriétés hypolipémiantes (diète portfolio) peut rivaliser avec une statine, en prévention primaire, afin de réduire les niveaux de cholestérol-LDL. L'objectif de cette étude était de comparer, chez les mêmes sujets, le potentiel hypolipémiant de la diète portfolio avec le Lovastatin. Trente-quatre sujets ayant une hyperlipémie ont suivi différentes interventions pendant un mois (l'ordre avait été déterminé aléatoirement). Le premier traitement consistait à suivre une diète très faible en gras saturés (diète contrôle), le deuxième à suivre la même diète en y ajoutant 20 mg de Lovastatin ou de placebo par jour (diète statine) alors que pour le troisième traitement (diète portfolio), les sujets devaient consommer des stérols végétaux (1 g/1 000 kcal), des protéines de soya (21,4 g/1 000 kcal), des amandes (14 g/1 000 kcal) et des fibres visqueuses (10 g/1 000 kcal). Des analyses sanguines ont été faites au début, au milieu et à la fin de chaque mois de diète. Les chercheurs ont

constaté une diminution des concentrations de cholestérol-LDL de l'ordre de 8,5 % pour la diète contrôle, de 33,3 % pour la diète statine et de 29,6 % pour la diète portfolio. Même si la différence absolue de la diminution des taux de cholestérol-LDL entre la diète statine et la diète portfolio était significative à quatre semaines, neuf sujets (26 %) ont atteint leur plus faible taux de cholestérol-LDL avec la diète portfolio. L'étude n'a pas montré de différence significative entre le nombre de sujets ayant réduit leur cholestérol-LDL sous 3,4 mmol/L avec les statines, et ceux qui étaient parvenus à ce même résultat avec la diète portfolio. En somme, le pouvoir hypolipémiant des combinaisons diététiques ne se différencie pas de celui de la première génération de statines pour atteindre les valeurs cibles de lipides. En prévention primaire, la diète portfolio peut être utile pour diminuer la dose de statines prescrite, particulièrement chez les patients ayant de hauts taux d'enzymes hépatiques et musculaires. Sans nécessairement suivre la diète portfolio à la lettre, l'introduction de ces aliments à une alimentation équilibrée semble améliorer les niveaux de cholestérol-LDL.

Tiré de : D.J. JENKINS, et coll. « Direct comparison of a dietary portfolio of cholesterol-lowering foods with a statin in hypercholesterolemic participants », American Journal of Clinical Nutrition, février 2005, vol. 81, no 2, p. 380-387.

Geneviève Dumont, stagiaire en nutrition

Centre de recherche de l'Hôpital Laval

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie, Université Laval

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



Le plaisir d'être actif !



Marielle Ledoux, Dt.P., Ph.D., professeure titulaire, Adjointe au directeur et responsable du programme de 1^{er} cycle, Département de nutrition, Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Parmi les projets et thèmes qui retiendront l'attention au cours des prochains mois, il faut mentionner la mise sur pied de la Clinique universitaire de nutrition, les retombées du symposium *Early Nutritional Influences on Obesity, Diabetes and Cardiovascular Disease Risk* tenu en juin 2004, ainsi que les programmes de baccalauréat et d'études supérieures.

Comme mentionné dans la mise à jour précédente, la nouvelle *Clinique universitaire de nutrition* a pour but d'offrir de nombreuses occasions d'apprentissage, qu'il s'agisse de cours offerts aux diététistes ou de stages en nutrition préventive pour les étudiants de 1^{er} cycle, notamment en ce qui a trait à l'exploration de l'état nutritionnel et à l'éducation nutritionnelle, la nutrition visant à permettre aux patients de modifier leur alimentation afin de prévenir l'apparition ou la récurrence d'un état pathologique. Mme Marilyn Manceau a commencé en janvier 2005 ses activités de coordonnatrice pour cette clinique en élaborant plus particulièrement diverses activités à intégrer dans les cours et stages offerts dans le programme de baccalauréat en nutrition. Des activités pour les diététistes membres de l'OPDQ sont aussi en cours d'élaboration. Les étudiants de première année qui ont commencé le programme en septembre 2004 ont déjà accès aux nouveaux cours et stages dont les modifications avaient été approuvées à l'hiver 2004 par le Conseil de la Faculté de médecine et par la Commission des études de l'Université. Le développement du programme de « bacc-maîtrise » progresse normalement et devrait avoir franchi toutes les étapes au cours de l'année qui vient. Plusieurs nouveaux cours de 2^e cycle sont déjà en place et d'autres seront élaborés durant l'année. Alors que le cours « Nutrition et Maladie I » a été modifié en profondeur et est maintenant coordonné par le Dr Jean-Marie Ékoé, les cinq cours suivants sont en voie d'élaboration : « Nutrition artificielle de l'adulte », « Sciences et technologie des aliments », « Cancer, infertilité et toxicologie alimentaire », « Nutrigénomique » et « Méthodes d'évaluation de la consommation alimentaire ». Pour suivre l'évolution de ce dossier et vous inscrire aux cours de 2^e cycle, vous pouvez consulter le site Web du département au www.mdnut.umontreal.ca.

Les Actes du symposium *Early Nutritional Influences on Obesity, Diabetes and Cardiovascular Disease Risk* – The evidence, policy implications, and research priorities, première réalisation

officielle du Centre collaborateur de l'OMS en transition nutritionnelle Transnut, font l'objet d'un numéro complet de la nouvelle revue *Maternal and Child Nutrition* (2005, vol. 1, no 3). Le résumé et le document Powerpoint de chacune de ces présentations sont disponibles sur le site www.mdnut.umontreal.ca/internationalworkshopnutrition.

L'encouragement à poursuivre des études supérieures est toujours une priorité de l'Université. À ce chapitre, il faut noter l'offre de nombreuses bourses, dont la toute nouvelle bourse de passage direct du B.Sc. au Ph.D., octroyée à Geneviève Dulude (B.Sc. nutrition 2004), et la bourse offerte aux étudiants de 1^{er} cycle dans le cadre du cours « Initiation à la recherche ». En 2005, les récipiendaires de cette bourse ont été Alexia de Macar et Nancy Presse. Le nombre d'admissions aux études supérieures est en progression, particulièrement au 3^e cycle. De nombreux projets coordonnés par différents directeurs de recherche sont aussi disponibles pour les étudiants intéressés aux études supérieures, et particulièrement à la maîtrise en recherche.

L'intérêt croissant pour le programme de baccalauréat mérite par ailleurs d'être souligné, les 630 demandes d'admission de cette année représentant une augmentation de plus de 20 %

par rapport à l'an dernier – un record pour l'Université. La première étudiante du programme pilote de Stage d'initiation à la recherche clinique sera diplômée en décembre prochain. Ce stage, débutant dès la première année et s'échelonnant sur les quatre niveaux de stage, pourra être offert prochainement à un plus grand nombre d'étudiants. À la collation des grades de juin dernier, Caroline Lalande et Geneviève Dulude ont rafflé les honneurs en obtenant la majorité des bourses offertes aux étudiants de leur promotion. À cette même occasion, la Faculté de médecine a souligné le départ à la retraite de la Dre Michèle Houde-Nadeau en lui décernant le prix de carrière 2005 pour sa contribution exemplaire à l'évolution et à la renommée du Département de nutrition, de la Faculté de médecine et de l'Université de Montréal. De plus, la Dre Christine Desrosiers y a reçu le prix d'excellence de l'enseignement, secteur Sciences de la Santé, nutrition, qu'elle a obtenu par un vote majoritaire des étudiants inscrits au programme de Nutrition. ☺

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

Allergique ? Pas de panique !

No d'organisme de charité:
875944738RR0001



ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DES ALLERGIES ALIMENTAIRES

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



REPORTAGE

Colloque « Prise en charge de l'obésité : qu'est-ce qui est éthique et justifié »

Par Marie-Hélène Carrier, Dt.P., nutritionniste en pratique privée

Colloque organisé par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec et la division de kinésiologie de l'Université Laval, le 17 juin 2005 à Québec.

Perdre du poids: est-ce toujours un objectif thérapeutique?

Présentation : Catherine Bégin, Ph.D., École de psychologie, Université Laval

Pour les personnes obèses, la seule façon d'augmenter leur estime de soi est l'atteinte du poids idéal. Soixante-sept pour cent des personnes en traitement d'amaigrissement considèrent leur perte de poids comme étant de décevante à pire que décevante.

Dans le cadre d'un projet nommé CHOIX, on a mesuré l'effet d'une intervention s'inspirant du nouveau paradigme sur le profil psychologique, alimentaire et physiologique de 150 femmes préménopausées ayant un indice de masse corporelle (IMC) entre 25 et 35. Les femmes ont été divisées en trois groupes, soit le groupe Choisir de maigrir? (Groupe Équilibre, le nouveau paradigme), le groupe Soutien social (discussions en groupe non dirigées, abordant des thèmes similaires à Choisir de maigrir?, afin de vérifier l'effet relié à l'appartenance à un groupe) et un groupe contrôle.

Les objectifs du nouveau paradigme sont :

- augmenter la conscience des effets néfastes des diètes ;
- connaître les bases biologiques du poids ;
- apprendre à utiliser les indices internes (signaux de faim et satiété) plutôt que les indices externes comme les calories pour guider ses comportements alimentaires ;
- augmenter l'estime de soi et l'image corporelle à travers l'acceptation du poids plutôt que la perte de poids ;
- augmenter l'activité physique ;
- faire prendre conscience que le poids n'est que l'un des facteurs décrivant la personne, et non ce qui la définit ;
- faire le point sur les motivations à maigrir.

Les résultats préliminaires laissent entrevoir des effets significatifs à court terme pour le programme Choisir de maigrir? quant aux variables psychologiques (niveau de dépression moins élevé) et alimentaires (moins d'hyperphagie alimentaire), ainsi que des effets pour le groupe Soutien social sur le profil psychologique des femmes.

Insécurité alimentaire et obésité: le manque d'aliments fait-il grossir?

Présentation : Anne-Marie Hamelin, Dt.P., Ph.D., Département des sciences des aliments et de nutrition, Université Laval

L'insécurité alimentaire et l'obésité sont en association positive chez les femmes seulement et les enfants plus âgés. Les explications possibles :

- accès à des aliments moins chers et plus calorifiques (la palatabilité joue sur la surconsommation de ces aliments) ;
- périodes de suffisance inciteraient à la surconsommation (le jour du chèque) ;
- adaptation physiologique (le stress chronique du manque de nourriture entraîne une augmentation du cortisol, qui augmente la lipoprotéine lipase et qui favorise donc le stockage de graisse corporelle).

Le manque de sommeil est-il un prédicteur de l'obésité?

Présentation : Jean-Philippe Chaput, étudiant au doctorat, Division de kinésiologie, Université Laval

Entre 1960 et 2000, alors que la prévalence de l'obésité doublait, la nuit de sommeil moyenne perdait entre une et deux heures. Les dernières analyses ont permis de découvrir, après ajustement pour certaines variables confondantes (telles que l'âge, l'activité physique et l'apport énergétique), que moins les sujets dorment, plus leur adiposité est élevée. Les personnes qui dormaient cinq à six heures par nuit étaient les plus grasses, tandis que celles qui dormaient sept à huit heures (ou davantage) étaient les plus minces. Y aurait-il influence hormonale sur le métabolisme de l'appétit?

Le travail mental peut-il nuire au contrôle de l'appétit?

Présentation : Frédérique Bélanger-Ducharme, étudiante à la maîtrise, Division de kinésiologie, Université Laval

Les résultats de deux études pilotes montrent que le travail intellectuel, testé sous forme de rédaction d'une demande de subvention et d'exercice de synthèse d'un article scientifique, a le potentiel de perturber l'équilibre homéostatique et de provoquer un déséqui-

bre de la balance énergétique supérieur à celui engendré par le repos sédentaire. En effet, à la suite de la période de travail mental, les sujets ont consommé deux fois plus de lait au chocolat qu'à la suite de la période de repos, alors que la dépense énergétique des deux activités était sensiblement la même. Ainsi, ce déséquilibre pourrait favoriser le gain de poids excessif à moyen et long terme.

L'obésité infantile telle que perçue par les parents: est-ce visible?

Présentation : Frédérique Bélanger-Ducharme, étudiante à la maîtrise, Division de kinésiologie, Université Laval

On peut s'interroger sur la capacité des parents à reconnaître si leur enfant a un surplus de poids. Des entrevues téléphoniques ont été effectuées en 2002 auprès de 500 parents et enfants de Trois-Rivières. À la question « Si votre enfant avait un poids largement supérieur au poids des enfants de son âge, aimeriez-vous que l'école offre des ressources pour aider votre enfant? », la majorité des parents d'enfants avec surplus de poids ont répondu par l'affirmative. Mais le problème est que parmi les parents ayant un enfant avec surplus de poids, trois sur quatre ne se rendent pas compte que leur enfant a un surplus de poids.

Que peut-on espérer du thé vert en ce qui a trait à la régulation du bilan d'énergie?

Présentation : Sonia Bérubé-Parent, Dt.P. M.Sc., Division de kinésiologie, Université Laval

Le thé vert contient plus de catéchines (dont le pouvoir antioxydant est plus grand que celui de nombreux fruits et légumes) que les autres thés. La catéchine la plus abondante et la plus active dans le thé vert est le EGCG, et l'effet du thé vert sur la perte de poids serait dû à deux mécanismes : 1) une augmentation de la dépense énergétique, la thermogénèse ; 2) une augmentation de l'utilisation des gras comme substrat énergétique. La caféine du thé possède aussi le potentiel d'augmenter la thermogénèse. Des études ont montré que l'administration (trois fois par jour) d'un comprimé de thé vert contenant 90 mg d'EGCG et 50 mg de caféine a augmenté la dépense énergétique de 78 kcal au cours d'une période de 24 heures et l'oxydation des gras. L'Université Laval a vérifié si une dose égale ou plus forte d'EGCG (90 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg) combinée à une dose fixe de

200 mg de caféine augmenterait encore plus la dépense énergétique. En raison de la dose plus importante de caféine dans les produits étudiés, la dépense énergétique a augmenté significativement, d'environ 178 kcal, dans le cas de tous les mélanges d'EGCG-caféine, en comparaison avec le placebo. Aucun effet n'a été constaté sur l'oxydation des lipides. La tension diastolique a augmenté significativement, de 7 mmHg, dans le cas de tous les mélanges. Compte tenu de ces résultats, il n'apparaît pas pertinent d'augmenter le contenu en EGCG au-delà de 90 mg par comprimé (soit six à sept tasses de thé vert par jour entre les repas). Afin d'éviter que la tension artérielle n'augmente, il est important de combiner le traitement à la pratique d'activité physique.

Les végétaliens sont-ils moins pollués ?

Présentation : Marina Sanchez, étudiante à la maîtrise, Division de kinésiologie, Université Laval

Les organochlorés (OC) comme les BBP et DDT se retrouvent principalement dans les aliments contenant du gras animal. Comparativement au régime alimentaire omnivore, le régime alimentaire végétalien mène à une concentration plasmatique en OC plus faible due à une diminution de l'exposition aux OC par l'entremise de la nourriture. Une diète végétalienne pourrait donc diminuer les risques potentiels sur la santé associés aux OC comme la détérioration de la fonction thyroïdienne, qui joue un rôle dans le contrôle du métabolisme énergétique au repos.

La perte de poids accroît-elle la vulnérabilité au stress ?

Présentation : Fanny Therrien, étudiante au doctorat, Division de kinésiologie, Université Laval

Le but était de comprendre les effets de la perte de poids sur l'état de stress de l'organisme. Trois groupes de sujets ont été sélectionnés pour évaluer le niveau de cortisol au réveil : personnes de poids normal, obèses, personnes ayant perdu du poids (minimum de 5 kg). Le cortisol est une mesure reconnue pour mesurer la réactivité de l'organisme au stress.

On a constaté que la sécrétion de cortisol était particulièrement élevée chez les femmes ayant perdu du poids par rapport aux hommes ayant perdu du poids et par rapport aux femmes minces ou obèses. Hausse de cortisol signifie augmentation du stress et de l'appétit. Pour éviter le stress infligé par la perte de poids chez les femmes, on a suggéré de viser une perte de poids de 5 %, plutôt que l'atteinte du poids idéal. Une telle perte de poids avait des effets positifs sur l'estime de soi alors qu'une perte de poids de 10 % avait plutôt des effets néfastes sur la santé mentale (hausse de dépression, d'hyperphagie).

Nutraceutiques et alimentation fonctionnelle: Une solution à la portée de tous ?

Présentation : Gale West, Ph.D., professeure, Département d'économie agroalimentaire et sciences de la consommation, Université Laval

Le public à la recherche d'information sur les aliments fonctionnels estime que les diététistes sont des sources crédibles. Le groupe de recher-

che a sondé 459 diététistes du Québec pour évaluer leurs croyances, leurs connaissances ainsi que leurs perceptions de leurs connaissances à l'égard des aliments fonctionnels et des nutraceutiques. Leurs connaissances sur les composés bioactifs des aliments fonctionnels sont moyennes. Elles peuvent associer les composés à leur effet bénéfique ou à leur lien avec une pathologie surtout pour les probiotiques (93 %), les oméga-3 (96 %), les phytoestrogènes (91 %) et le lycopène (80 %). L'association du composé avec l'aliment de même que les questions « vrai ou faux » sont moins bien réussies. Les diététistes préfèrent recommander les aliments qui sont naturellement riches en composés bioactifs plutôt que les aliments fonctionnels. Elles ne recommandent pas les nutraceutiques.

Perte de poids chez la personne obèse: qu'est-ce qui est justifié ?

Présentation : Angelo Tremblay, professeur titulaire et chercheur, Division de kinésiologie, Université Laval

Une intervention justifiée cible spécifiquement les facteurs à l'origine du déséquilibre énergétique. Mais cette intervention :

- ne peut se faire au même rythme que le gain de poids ;
- devrait compter sur des interventions complémentaires (activité physique, consommation d'aliments santé et de nutraceutiques, etc.) ;
- devrait entraîner une perte de poids spontanée, qui soit la moins restrictive possible ;
- favorise une amélioration de la fonctionnalité du corps (impact significatif sur le contrôle de l'appétit et de la dépense d'énergie). ☺

Voici les réponses aux questions de reconnaissance de formation continue du volume 1 (no 1 à 3) et volume 2 (no 1 et 2)

Les questions sont présentées sur le site Web de l'OPDQ, section extranet, revue Nutrition science en évolution.

Réponses

Volume 1 no 1 – printemps 2003

1-e, 2-e, 3-c, 4-b, 5-a, 6-vrai

Volume 1 no 2 – automne 2003

1-c, 2-e, 3-toutes les réponses, 4-a, 5-f, 6-c

Volume 1 no 3 – hiver 2004

1-d, 2-c, 3-non, 4-non, 5-b, 6-b

Volume 2 no 1 – printemps 2004

1-d, 2-c, 3-c, 4-c, 5-f, 6-a

Volume 2 no 2 – automne 2004

1-b, 2-d, 3-d, 4-c, 5-c, 6-b, 7-b, 8-d

Questionnaire de reconnaissance de formation continue

Les réponses des questionnaires d'évaluation de formation continue seront dorénavant publiées dans la revue un an après 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 de 10 \$ pour chaque questionnaire complété à l'ordre de l'OPDQ avant le :

Avant le 31 janvier 2006

Volume 2 no 3 – hiver 2005

Avant le 31 mai 2006

Volume 3 no 1 – printemps 2005

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



Pour votre AUTO

- Obtenez une couverture complète avec l'option **Sans tracas^{MD}**, un forfait de protections à un prix très avantageux.
- Profitez d'un rabais supplémentaire si vous assurez deux véhicules ou plus.



Pour votre HABITATION

- Vivez en paix avec notre assurance de type « tous risques » et accédez **GRATUITEMENT** à l'**Assistance juridique de La Personnelle**.
- Confiez votre résidence à **TéléVeille^{MD}**, un service de télésurveillance hors pair au meilleur prix sur le marché, et économisez jusqu'à 25 % sur votre prime !

En tant que membre de l'**Ordre professionnel des diététistes du Québec**,
DEMANDEZ UNE SOUMISSION AUTO EN LIGNE
en tout temps à **www.lapersonnelle.com/opdq**
ou appelez dès maintenant pour UNE SOUMISSION
et vous serez automatiquement inscrit au concours
Plaisirs assurés pour l'année !

1 888 GROUPES

4 7 6 8 7 3 7





RECONNAISSANCE DE FORMATION CONTINUE

Questionnaire détachable pour l'obtention de crédits

La section du bas devra être retournée à l'OPDQ pour l'obtention des crédits de formation continue inscrits au dossier du membre. Nombre de crédits alloués: 0.4 UFC. Un chèque de 10,00 \$ (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 octobre 2006.

Questions sur l'article de Martine Bienvenue «Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel»

1. Quel énoncé est faux? Les compagnies contreviennent au Code:
 - a) en donnant des échantillons gratuits aux professionnels de la santé.
 - b) en offrant au public des rencontres sur l'alimentation du nourrisson.
 - c) en offrant gratuitement les formules pour nourrissons aux hôpitaux.
 - d) en donnant aux professionnels de la santé des informations sur leurs produits, basées sur des études scientifiques reconnues.
2. Quels sont les risques associés au non-respect du Code par les diététistes/nutritionnistes?
 - a) Ne pas respecter les recommandations en matière d'alimentation du nourrisson.
 - b) Nuire à la santé des enfants et des mères.
 - c) Se placer en situation de conflit d'intérêts.
 - d) Toutes ces réponses.

Questions sur l'article de Lydia Rocheleau, «Initiative des amis des bébés: un moyen concret à l'intention des établissements de santé visant le respect des rythmes physiologiques et biologiques du nourrisson et de sa mère»

3. Au regard du but visé par l'Initiative des amis des bébés/Initiative des hôpitaux amis des bébés, quel énoncé est faux:
 - a) Créer des milieux où l'allaitement constitue la norme.
 - b) Proposer des normes de pratique fondées sur des données probantes pour soutenir et promouvoir l'allaitement maternel.
 - c) Augmenter l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel.
 - d) Faire en sorte que toutes les mères allaitent leur bébé.
4. Au regard du rôle des diététistes/nutritionnistes dans l'implantation de l'Initiative des amis des bébés, quel énoncé est faux:
 - a) Les diététistes/nutritionnistes doivent informer les femmes enceintes, leur conjoint et leur famille des conséquences du non-allaitement, des recommandations sur la durée et l'exclusivité de l'allaitement et des pratiques qui facilitent l'amorce et le maintien de l'allaitement.

- b) Les diététistes/nutritionnistes doivent soutenir adéquatement les mères pour favoriser le maintien de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois et la poursuite de l'allaitement après six mois, avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés.
- c) Les diététistes/nutritionnistes doivent profiter de toutes les tribunes pour informer les femmes enceintes, leur conjoint et leur famille des avantages de l'utilisation des préparations commerciales pour nourrissons et des différentes sortes offertes sur le marché.
- d) Les diététistes/nutritionnistes doivent respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans leurs actions auprès de la clientèle et au sein de l'organisation pour laquelle elles travaillent.

Questions sur l'article d'Emmy Maten, «Initiating and maintaining breastfeeding»

5. Quels sont les facteurs qui jouent un rôle dans le succès de l'allaitement?
 - a) Garder le bébé peau à peau.
 - b) Éviter de donner une suce.
 - c) Reconnaître les signes de faim du bébé.
 - d) Réponses a et c.
 - e) Toutes ces réponses sont bonnes.
6. Quelle est la façon de maximiser la stimulation des seins pour un bon départ de l'allaitement?
 - a) La mère doit attendre deux heures après la naissance avant la première tétée.
 - b) Donner un biberon une fois par jour.
 - c) Donner toutes les tétées au sein.
 - d) Donner le sein 4 fois par 24 heures aux nouveau-nés.

Questions sur l'article de Mélanie Gingras, «Prolonger le plaisir? Pourquoi pas!»

7. Laquelle de ces affirmations est fausse:
 - a) La femme mobilise ses graisses et les élimine lorsqu'elle allaite son bébé sur une plus longue période.
 - b) Les femmes ayant un surplus de poids avant la grossesse sont moins enclines à avoir des difficultés d'allaitement et à sevrer tôt.
 - c) Certaines études démontrent une réduction du risque de cancer du sein de 4 % par année d'allaitement.
 - d) Les cliniciens et les travailleurs de la santé publique doivent tenir compte des données probantes sur l'allaitement et la prévention de l'obésité.
8. Quel est l'allergène principal pour le nourrisson:
 - a) la caséine.
 - b) la a-lactalbumine.
 - c) la bêta-lactoglobuline.



Découpez et postez à l'adresse ci-dessous

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Numéro de téléphone (_____) _____

Numéro de membre _____

Signature _____

Retournez cette section avec votre paiement par la poste avant le 31 octobre 2006 à:

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

L'allaitement: la norme en matière d'alimentation des nourrissons

Volume 3, numéro 2, automne 2005

Réponses

1. a b c d

2. a b c d

3. a b c d

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



HOMMAGE

Louise Desaulniers, diététiste récipiendaire du Prix d'excellence en carrière Suzanne-Simard-Mavrikakis de Proviso inc.

Le 30 septembre dernier, à l'occasion du colloque de l'OPDQ réunissant plus de 150 diététistes/nutritionnistes, Mme Louise Desaulniers, diététiste-conseil, recevait le prestigieux Prix d'excellence en carrière Suzanne-Simard-Mavrikakis de Proviso inc. pour l'ensemble des réalisations accomplies au cours de sa carrière. Une bourse de 5 000 \$ lui a été remise par Proviso inc. membre du groupe Loblaws.

Consœurs de travail et amies nous ont transmis de chaleureux témoignages.

Louise Desaulniers est une des grandes diététistes du Québec. Elle sert la cause de la nutrition avec doigté et beauté depuis plus de quarante ans. Elle a fait sa marque par ses talents de communicatrice dans le sens le plus large du terme : travail dans les médias, cours, articles, conférences, livres, consultation individuelle.

Louise est une femme de cœur qui vibre d'empathie pour tous ceux qui l'entourent : parents, amis, collègues et clients. Son dévouement et sa capacité de donner ne connaissent pas de limite. Sa disponibilité est exemplaire.

Louise est une femme de courage qui a traversé l'adversité sans jamais restreindre ses mandats ni perdre son intense soif de vivre. Sa persévérance dans l'effort, sa détermination tranquille méritent toute mon admiration.

Louise est une femme de goût au singulier comme au pluriel. Sa passion pour toutes les belles choses du monde ne porte jamais ombrage à sa passion pour les beaux et bons aliments, d'où qu'ils viennent. Elle n'hésite pas à faire des kilomètres pour dénicher un nouvel aliment, ne rate aucune occasion de déguster un nouveau plat. Elle sait rehausser la saveur du moindre haricot et faire saliver les plus récalcitrants. Elle a su partager cet amour des aliments les plus sains avec l'ensemble de la population.

Au fil des ans, elle est devenue une diététiste exceptionnelle et reconnue comme telle à travers la province.

Pour sa carrière si bien remplie, je lui présente au nom de l'OPDQ le grand prix de l'excellence.

Louise Lambert-Lagacé, Dt.P.

Clinique de nutrition Louise Lambert-Lagacé et associées

Quand je pense à Louise, trois mots me viennent tout de suite à l'esprit : quelle femme resplendissante !

Au premier regard, on tombe tout de suite sous le charme de cette belle dame élégante et raffinée. Au premier contact, sa beauté intérieure, d'autant plus remarquable, nous touche davantage. Sa sensibilité, son professionnalisme, sa passion pour le pouvoir des aliments et sa grande

créativité en cuisine en font une diététiste exceptionnelle. Je garde de doux souvenirs des cours de cuisine santé, des dégustations de ses superbes créations et de ses heureuses découvertes. Je voue à Louise une grande admiration, un grand respect. Cette femme de cœur, entière et chaleureuse, on la voudrait pour mère, sœur et amie. Merci Louise d'instiller dans nos vies ces heureux moments de bien-être.

Josée Thibodeau, Dt.P.

diététiste-conseil chez Global Medic et auteure de Du nouveau dans la boîte à lunch



Passionnée par la profession de diététiste, Louise a la foi dans le pouvoir de la nutrition pour maintenir ou rétablir la santé. Cette foi se traduit par son sens de la communication en clinique, en conférence ou par ses écrits. Sa carrière est marquée par son souci de l'excellence.

Dotée d'une générosité sans bornes, Louise se consacre pleinement aux causes qu'elle embrasse. Le Dispensaire diététique de Montréal (DDM) a bénéficié de son engagement de 1987 à 2002, à titre de membre du conseil d'administration qu'elle a présidé durant deux mandats, de 1994 à 1996. Alliant ferveur, élégance et diplomatie, elle a su mener à bien les divers projets dont elle a assumé l'organisation au profit de notre organisme.



De gauche à droite :

M. Daniel Tremblay, vice-président principal, achats, approvisionnement et affaires agroalimentaires pour Proviso inc., Mme Louise Desaulniers, diététiste récipiendaire et M. Paul-Guy Duhamel, président de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec.

Photo : Patrice Bériault/Alpha Presse

Elle n'a jamais hésité à apporter son soutien et sa contribution. De tout cœur, nous la remercions. Et aujourd'hui, Louise, nous sommes heureuses de te voir récompensée, tu le mérites grandement.

Marie-Paule Duquette, Dt.P.

directrice, Dispensaire diététique de Montréal

La passion de Louise pour la diététique ne s'est pas atténuée au cours des ans. Ses connaissances en nutrition constamment mises à jour, son talent de communicatrice, sa générosité et son empathie naturelle pour l'humain et l'humanité tout entière sont mis au service des personnes qui la consultent et qui l'apprécient.

Qui, après avoir entendu Louise vanter les mérites des meilleurs aliments, n'a pas envie de les essayer et de les adopter ? Ce sont ses outils de travail préférés. Elle les met en vedette, les manipule avec une main de maître et une âme d'artiste.

Travailler avec Louise oblige à ne jamais se contenter d'un à-peu-près, et a permis de partager, semaine après semaine depuis seize ans déjà, expérience et découvertes avec un plaisir toujours renouvelé.

Michelle Laflamme, Dt.P., M.Sc.

Clinique de nutrition Louise Lambert-Lagacé et associées

Louise est ce tableau dont on veut découvrir le peintre. Sa générosité marquante révèle le besoin de partage. Or celui-ci ne peut être comblé car il est rattaché à cette autre soif de Louise, qui est celle de connaître, d'explorer, d'expérimenter, encore et toujours plus, afin de donner davantage aux autres.

Nous venons de vivre une excursion en pleine nature, à pied et à vélo, qui n'a pas manqué de Oh!, de Que c'est beau! et bien sûr, de Que c'est bon!

Mais, insatiable, Louise entretient mille et un rêves de découvertes, de nouveaux plaisirs. Étant donné son énergie, elle en réalisera plusieurs.

Comment résister à une telle amie, attachante et passionnée de tout!

Lise Bertrand, Dt.P., M.Sc.

Direction de la santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal

À mes yeux, Louise Desaulniers incarne la professionnelle dans toute l'acception du terme. D'une belle intelligence qui allie l'ouverture d'esprit à la probité scientifique, elle a innové en démocratisant les connaissances en nutrition et en jetant les bases de la communication en nutrition auprès du consommateur, laissé trop longtemps dans l'ignorance. Reconnue et respectée dès le début de sa carrière, elle a introduit sur la scène québécoise le modèle de la professionnelle polyvalente, présentant une personnalité fortement médiatique bien sûr, mais aussi l'image d'une femme de conviction. À toutes les étapes de sa carrière, elle a su livrer à son public des concepts nutritionnels ayant des assises scientifiques solides et guider les aspirations de la population à un meilleur mode de vie. Son passage à des postes d'autorité a été marqué par un grand respect de l'autre, la délicatesse dans ses relations interpersonnelles et un art achevé de la conciliation des opinions divergentes. Personne talentueuse et sincère, personnalité à la fois souple et déterminée, caractère rigoureux doublé d'un système de valeurs humaniste, Louise est une collègue pour qui j'ai toujours eu une grande admiration et la plus haute estime.

Michèle Houde-Nadeau, Dt.P., Ph.D.

Département de nutrition, Université de Montréal

Nous avons connu Louise il y a vingt ans au bureau de la Corporation, et sa compagnie nous est toujours aussi agréable. C'est une femme chaleureuse, attentive aux autres, qui peut aller jusqu'à s'oublier. Son intense regard gris acier nous fait nous sentir importants quand elle nous parle. C'est une personne généreuse qui partage spontanément ses découvertes. Elle est si charismatique qu'on se laisse facilement convaincre par sa détermination. Louise est une diététiste passionnée qui donne le goût de la saine alimentation, par la découverte des aliments et le plaisir de manger. Et elle sait si bien communiquer sa passion, tout en faisant preuve de rigueur professionnelle. Elle met en pratique ce qu'elle dit puisqu'elle resplendit de santé, l'âge ne semble avoir aucune prise sur elle!

Pierrette Bergeron, Dt.P., M.Sc.

Nutri-Sport, Québec

Lise Giroux, Dt.P.

Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal

Francine Labrie, Dt.P.

CHA universitaire de Québec

Lina Lapointe, Dt.P.

CLSC Basse-Ville, Québec

Je pense, connaissant Louise, que si elle avait à décrire sa plus belle réalisation de vie, elle dirait assurément que ses deux filles sont ses plus chers trésors, sa plus belle réussite.

Son passage à la présidence de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec a été également marquant, signifiant et déterminant, tant pour les diététistes et le monde de la nutrition que la population. Son engouement pour sa profession, sa passion quand elle parle de nutrition me font souvent dire qu'il est rare de rencontrer sur son chemin des êtres autant animés par leur carrière et leur travail au quotidien. Cette flamme qui l'habite est toujours aussi brûlante, brillante aujourd'hui qu'au tout début de carrière, j'en suis assurée.

Quant à la personne qu'il est bon d'apprécier, bien avant l'œuvre, j'utiliserais pour la qualifier l'expression de beauté dans tous les sens du terme, car sa beauté intérieure, sa dimension spiri-

tuelle sont des qualités qui touchent l'essentiel et qu'elle possède à un degré élevé.

Femme intelligente et digne, femme de respect, de classe, de passion et d'émotion, elle sait rester humble et consciente de ses faiblesses. Elle porte en elle une diplomatie inégalée qui en fait une excellente ambassadrice de sa profession et de la nutrition.

De plus, j'ai toujours remarqué chez elle cette capacité indéniable d'apprécier les êtres; tous et toutes se sentent valorisés à son contact.

Voilà pour ma plume d'amitié en ce beau jour, seulement pour dire qu'on ne peut pas ne pas aimer Louise.

Reine-Marie Roy,

Rimouski



En santé...

... dans votre assiette

La qualité et la diversité sont des ingrédients vitaux pour bien s'alimenter. Le contenu de votre assiette vous préoccupe ?

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

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

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



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



**Ordre professionnel
des diététistes
du Québec**



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

L'apport important des diététistes/nutritionnistes est désormais légalement reconnu lorsqu'il s'agit d'évaluer l'état nutritionnel d'une personne, de déterminer et d'assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé.

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

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

