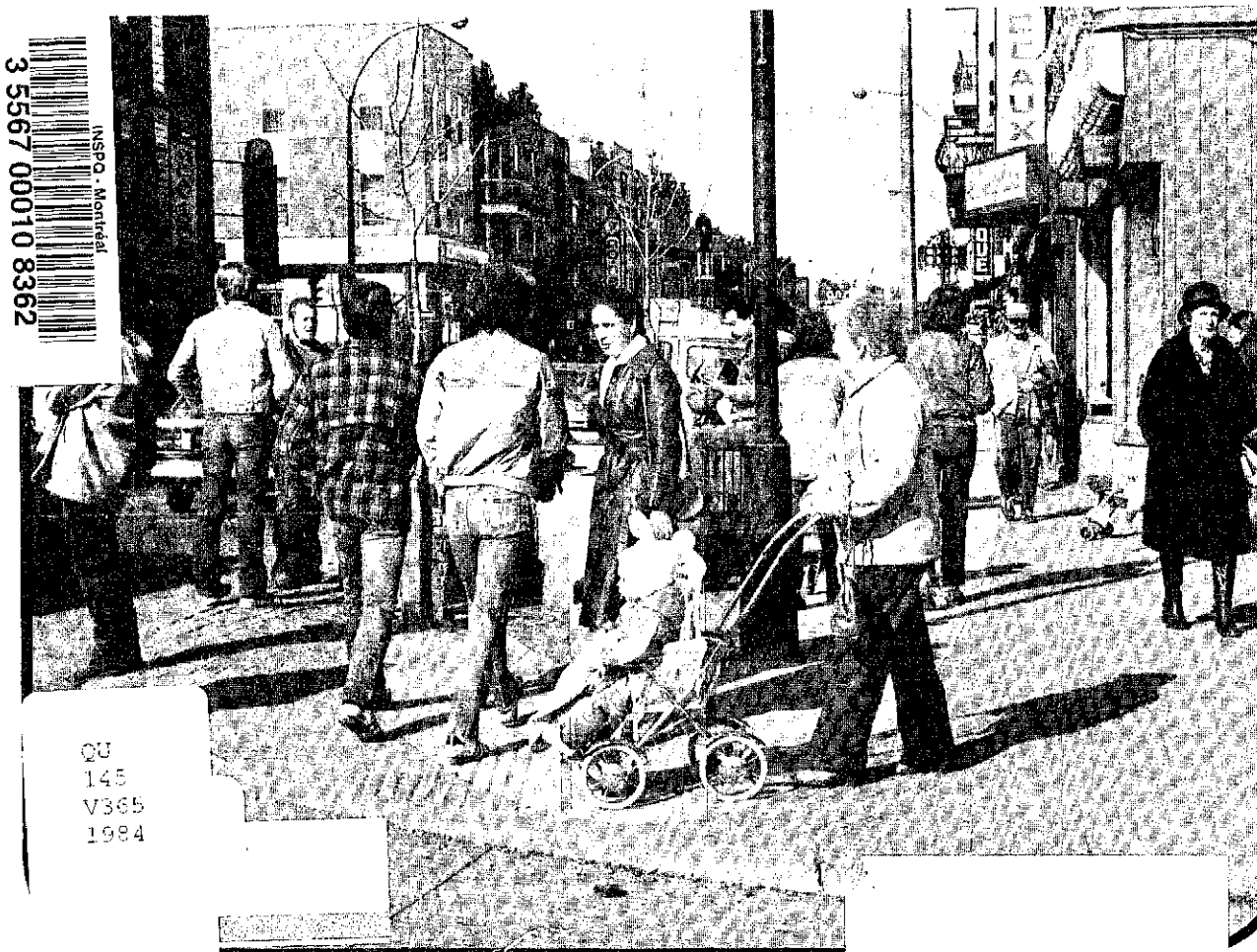


LES DOSSIERS DU DSC

**LA
NUTRITION:**

**UNE
QUESTION
DE
SANTÉ**

MARS 1984
Volume 1, numéro 2



SANTÉCOM

Recherche et rédaction: Lyse Vanier,
diététiste-nutritionniste
conseillère en programmation
Collaboration: Françoise Sauvé
diététiste-nutritionniste
conseillère en programmation
(nutrition des femmes
enceintes)

Traitement de textes: Secrétariat 2001 Inc.

Impression: Imprimerie Lemoyne Inc.

Réalisation: Blaise Lefebvre
conseiller en communication

Édition, distribution: Département de santé
communautaire
Centre hospitalier de Verdun
4000, boul. LaSalle
VERDUN, H4G 2A3
761-3551, poste 377

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du
Québec
Premier trimestre 1984

LES DOSSIERS DU DSC

LA
NUTRITION:

UNE
QUESTION
DE
SANTÉ

MARS 1984
Volume 1, numéro 2

TABLE DES MATIÈRES

Introduction			
Observation générale:			
un régime alimentaire déséquilibré	1	La nutrition des adultes (20-64 ans)	10
Des déficiences en minéraux	1	L'âge des conséquences	10
L'alimentation du nourrisson	1	Les maladies cardio-vasculaires	10
La surconsommation de gras	1	. Le régime alimentaire: préventif aussi	10
La surconsommation de sucre	1	. L'homme d'âge moyen: à surveiller	10
La sous-consommation de fibres	2	. Le programme: l'alimentation et	
L'absence de petit déjeuner	2	l'activité physique	11
Le manque d'aliments essentiels	2	. L'athérosclérose: contreverse et	
La nécessité de l'éducation	2	cholestérol	11
200\$ millions en hospitalisation par an	3	L'obésité	12
La nutrition des nourrissons et	4	. L'embonpoint: longévité réduite	12
des enfants (les moins de 5 ans)		. L'obésité: génétique et milieu	12
Une tendance: suralimenter	4	. L'enfance: début des problèmes ou des	
La pauvreté et la sous-alimentation	4	solutions	12
. une croissance handicapée	4	Le diabète	13
. un avenir compromis	5	. Celui de l'obèse: 10% des plus de 40 ans ..	13
L'intervention en santé communautaire	5	Les maladies du tube digestif	13
Des habitudes et carences à corriger	6	. Le cancer de l'intestin: 2 ^e en fréquence ..	14
La nutrition des jeunes (5-19 ans)	7	. La prévention: régime riche en fibres	14
La carence en minéraux: situation de risque..	7	La malnutrition et la pauvreté	14
Le petit déjeuner: pas le temps	7	. La situation locale: détérioration	14
La mal-bouffe: le régime le plus commun	8	. Faible revenu: faible santé	15
Des problèmes invisibles: pour le moment ...	8	. Pas d'argent: pas d'aliment	16
Le poids: trop et trop peu	8	La nutrition des personnes âgées (65 ans et plus) 17	
Becs sucrés et dents cariées	9	La malnutrition	17
La sous-alimentation: ici aussi	9	. Les causes: multiples	17
Les interventions: la publicité est plus forte	9	. Les carences: vitamines et minéraux	17
		. L'embonpoint: 50% des personnes âgées	18
		La pauvreté	18
		. La sous-alimentation: carences en vitamines	
		et minéraux	18
		La solitude	19
		. L'appétit revient: à manger avec d'autres ..	19

. Les repas communautaires: intervention efficace	19
. d'autres prolèmes	19
La malnutrition et le comportement	20
La fatigue léthargique	20
L'anémie et les réactions psychologiques ...	20
Une question de millions \$	20
La nutrition de la femme enceinte	21
Un groupe à risque	21
Les principaux problèmes	21
. Des risques	21
. Des interventions	22
Les mal-nourris avant de naître	23
. La malnutrition de la femme enceinte: la mal-naissance	23
. Les bébés de poids insuffisant	24
. Le facteur de pauvreté	24
. La classe moyenne aussi	24
La priorité: une grossesse bien nourrie	26
La politique québécoise en nutrition	27
1^{er} objectif: trois repas équilibrés	27
2^e objectif: réduire la consommation de sucre	27
3^e objectif: réduire la consommation de graisses	27
4^e objectif: l'allaitement et la nutrition du nourrisson	28
5^e objectif: l'augmentation de la consommation de fibres	28
6^e objectif: bien conserver les aliments	28
7^e objectif: diversifier le choix d'aliments.	28

Le rôle du DSC et des autres intervenants	29
Les objectifs des dernières années	29
Les activités	29
La collaboration nécessaire	29
L'apport de certaines institutions	29
L'apport des groupes communautaires	30
Une collaboration DSC-groupes communautaires	30
Une priorité	30
Bibliographie	31
Matériel d'information	35
Les publications	35
. DSC-Verdun	35
. Gouvernement du Québec	35
. Gouvernement du Canada	35
. Fédération des producteurs de lait	36
Les audio-visuels	36
. Films 16 mm	36
. Diaporamas	36
Annexe	37
Le dispensaire diététique de Montréal (DDM), une expérience convaincante	37

INTRODUCTION

Le Département de santé communautaire du Centre hospitalier de Verdun est heureux de vous présenter le deuxième de ses " DOSSIERS " .

Ces documents sont destinés aux professionnels de la santé et à tous les intervenants sociaux, politiques, éducatifs et culturels du territoire du DSC afin de mettre à leur disposition des instruments d'information et de réflexion qui puissent leur permettre de participer plus efficacement à la prise en charge par la communauté, des différents aspects de la santé.

La malnutrition, dans notre société, ne semble pas être une question vitale: pourtant les statistiques démontrent qu'elle est l'une des causes principales de maladie et de mortalité et les études prouvent que la sous-alimentation est un phénomène qui n'est pas exclusif au Tiers-monde. Le manque de nourriture est ici rarement la cause de mort, elle est cependant, beaucoup plus souvent qu'on ne le croit, cause d'hospitalisation et de maladies dont les conséquences handicapent l'avenir de milliers d'enfants et réduisent la vie de centaines de personnes âgées.

La malnutrition ici est aussi un véritable paradoxe: elle est à la fois sur et sous-consommation et une bonne partie de la population présente en même temps des carences et des surplus nutritionnels. Les maladies associées à ce régime déséquilibré coûtent plus de 200\$ millions par année en hospitalisation.

Pourtant, sauf pour ceux dont la situation économique limite la capacité de se nourrir convenablement, le régime alimentaire est une question de choix personnel. Malheureusement, la mauvaise alimentation n'a généralement pas de conséquences immédiates qui pourraient inciter à se nourrir mieux: les conséquences se manifestent plus tard, et souvent de façon irrémédiable.

Ce dossier présente les différents aspects de la problématique de la nutrition, au Québec principalement et dans les quartiers du territoire du DSC-Verdun.

Nous espérons que les intervenants, dans tous les secteurs de la communauté, pourront trouver dans ce document information et motivation susceptibles d'augmenter la préoccupation de la communauté aux besoins de la population démunie et à la nécessité de promouvoir une saine alimentation.

OBSERVATION GÉNÉRALE: UN RÉGIME ALIMENTAIRE DÉSÉQUILIBRÉ

Les enquêtes¹ ont démontré que l'obésité est très répandue dans notre population. Plus de 500 000 adultes en sont atteints tandis que plus de la moitié des hommes et des femmes au-delà de 40 ans présentent un embonpoint plus ou moins marqué. Un taux de cholestérol élevé, facteur prédisposant à la maladie coronarienne, se retrouve chez 160 000 Québécois de sexe masculin. On dénombrait encore récemment plus de 3 000 hospitalisations pour anémie et malnutrition, notamment chez les personnes âgées et les enfants.

Des déficiences en minéraux

Le régime alimentaire est déficient en fer chez 440 000 personnes de tous âges mais surtout chez l'adolescente et la femme avant la ménopause.

On sait que l'apport alimentaire en calcium est insuffisant chez un bon nombre d'adolescents, d'adultes et de personnes âgées en raison de la faible consommation de produits laitiers. Il est essentiel de maintenir l'équilibre calcium-phosphore en vue de prévenir l'ostéoporose, une déficience caractérisée par la décalcification des os, se manifestant principalement au moment de la ménopause.

L'alimentation du nourrisson

Le pourcentage de nouveaux-nés québécois nourris au sein est encore trop faible en moyenne et souvent la durée de l'allaitement n'excède pas six semaines. Selon plusieurs spécialistes l'introduction des aliments solides chez le nourrisson est beaucoup trop précoce et il en résulte un danger de suralimentation

qui peut aggraver l'obésité chez les sujets prédisposés. Il convient donc de revenir au mode d'alimentation le plus approprié pour les premiers mois: le lait maternel.

La surconsommation de gras

Il est inquiétant de constater que 40 pour cent des calories du régime alimentaire proviennent des matières grasses, celles-ci étant surtout d'origine animale. Dans toutes les nations où de telles quantités de matières grasses à prédominance animale sont consommées, on a observé chez des sujets encore jeunes des lésions d'athérosclérose qui sont à l'origine de maladies telles que l'infarctus du myocarde et les maladies cérébro-vasculaires. Toutes ces maladies sont très répandues au Québec: plus des deux tiers des décès leur sont attribuables et dès l'âge de 40 ans, elles représentent les premières causes d'hospitalisation.

La surconsommation de sucre

Un autre vice de l'alimentation est la quantité de sucre (saccharose) consommé tant aux collations qu'aux repas. Les Québécois sont particulièrement friands de sucre sous toutes ses formes. Aussi l'état de leurs dents est-il désastreux. Un programme d'amélioration de l'état dentaire doit nécessairement comporter la restriction des aliments sucrés, surtout entre les repas.

La sous-consommation de fibres

Dans un régime alimentaire moderne, composé en bonne partie d'aliments raffinés, les fibres alimentaires font souvent défaut. Selon certains auteurs, plusieurs maladies du tube digestif, dont la diverticulite et le cancer du colon-rectum, sont attribuables à la lenteur du transit intestinal... Une alimentation riche en fibres (céréales à grains entiers, fruits et légumes) peut protéger contre certaines maladies.

L'absence de petit déjeuner

La répartition des apports alimentaires au cours de la journée est souvent mal équilibrée. En moyenne 30 pour cent des Québécois ne prennent pas de petit déjeuner. Cette mauvaise habitude est plus fréquente chez l'adolescente et la jeune femme que chez les autres membres de notre société.

Le manque d'aliments essentiels

Des enquêtes faites au Québec ont démontré que chez les enfants, notamment ceux de familles à faible revenu, le régime alimentaire est généralement pauvre en éléments nutritifs essentiels. L'Enquête Nutrition-Canada a montré que les familles à faible revenu présentent des risques de carence en fer et d'anémie. L'obésité est plus fréquente chez les femmes d'âge mur à faible revenu que chez les autres. Au Québec, d'autres sondages ont mis en évidence ces mêmes risques nutritionnels.

La nécessité de l'éducation

Finalement, il est certain qu'une alimentation équilibrée favorise la croissance et le maintien de

l'organisme, diminue la sensation de fatigue et améliore la performance physique. L'acquisition de saines habitudes alimentaires est un processus qui doit débiter à la naissance. L'éducation de la future mère en constitue un gage important mais il reste que toute la population doit être sensibilisée et renseignée.

200\$ MILLIONS EN HOSPITALISATION PAR AN

La relation entre la nutrition et la santé est très étroite et bien connue. La recherche a apporté assez de preuves qui rendent ce fait incontestable. Être en santé, c'est non seulement ne pas être malade mais éprouver un bien-être physique et mental. Parmi les facteurs contribuant à ce bien-être, l'alimentation est d'une importance primordiale.

Nos habitudes alimentaires ont évolué avec les années et le Québécois a raison de se poser des questions sur sa manière de se nourrir.

L'enquête Nutrition-Canada² n'a-t-elle pas fait ressortir entre autres le fait que près de la moitié de la population québécoise souffre d'embonpoint et qu'il y a plus d'obésité franche chez les adultes de 20 à 65 ans au Québec qu'ailleurs au Canada? Quant aux maladies cardio-vasculaires, nous faisons partie des populations vulnérables avec un apport calorique total élevé, une consommation de 35 à 40% de matières grasses dont les graisses animales constituent la majeure partie. Nul n'est besoin de mentionner la liste noire des maladies liées à l'alimentation: obésité, maladies cardio-vasculaires, diabète, maladies dentaires, maladies intestinales.

De plus, le retentissement économique (plus de 200 millions de dollars en hospitalisation et traitement par année pour les maladies directement attribuables ou étroitement associées au mode d'alimentation)³, et l'impact social de telles maladies de même que l'augmentation d'autres facteurs de risques tels le tabagisme, les croyances et mythes alimentaires, l'augmentation de la sédentarité liée à la mécanisation... sont d'autres éléments qui motivent une action concertée de tous: gouvernements, industries et professionnels de la santé... en vue d'améliorer non seulement le traitement mais aussi la prévention de ces maladies.

LA NUTRITION DES NOURRISSONS ET DES ENFANTS (les moins de 5 ans)

Une tendance: suralimenter

Selon les études réalisées pour établir la politique de nutrition du ministère des Affaires sociales (MAS) du Québec⁴, un faible pourcentage de nouveaux-nés sont nourris au sein et la durée de l'allaitement est relativement courte bien que le lait maternel soit considéré comme l'alimentation idéale pour le nourrisson.

L'introduction d'une alimentation solide est trop souvent précoce et peut entraîner une suralimentation. Les effets de la suralimentation chez les nourrissons ont été étudiés par certains auteurs qui estiment que c'est au cours de la phase critique des premiers six mois de vie que se situe la genèse de l'obésité. D'après le MAS, les enfants d'âge pré-scolaire constituent aussi un groupe où on a constaté plus d'un problème d'ordre alimentaire. Leur alimentation se caractérise par une abondance de sucres et de féculents et par une faible consommation de légumes et de fruits frais.

Une étude montréalaise⁵ rapporte qu'une forte proportion des nouveaux-nés reçoivent du lait de vache et que chez 84% des nourrissons, l'introduction des solides est précoce, soit avant l'âge de 4 mois. Une enquête effectuée sur le territoire du Département de santé communautaire de Verdun⁶, indique que 38% des nouveaux-nés sont allaités au sein mais à quatre mois, seulement 10% le sont encore; que 29,9% des nourrissons ont reçu du lait de vache avant l'âge de 2 mois et que 69,3% ont reçu des solides avant l'âge de 3 mois.

Les recherches de la Société canadienne de pédiatrie montre par ailleurs que le lait de vache entier, dilué ou non, ne devrait pas être donné avant l'âge d'au moins 6 mois et que les solides ne devraient être introduits dans l'alimentation du nourrisson qu'entre les 4^e et 6^e mois.

La pauvreté et la sous-alimentation

Au cours des dernières décennies, les problèmes de santé des enfants ont considérablement évolué. Il est bien connu que les taux de mortalité infantile et périnatale sont maintenant très bas au Québec. Toutefois, selon Séguin (1983)⁷, on retrouve encore une mortalité périnatale plus élevée dans le milieu économiquement défavorisés et des retards de croissance secondaires à une alimentation inadéquate. C'est là également que toutes ces "nouvelles morbidités" (retards de développement, retards de langage, difficultés d'apprentissage scolaire, problèmes de comportement, etc.) ont la prévalence la plus grande. Ainsi, les enfants qui naissent dans de telles conditions peuvent être considérés vulnérables à tous les points de vue.

Une croissance handicapée

On sait maintenant qu'à partir du moment où un enfant est conçu, la nutrition joue un rôle très important en ce sens qu'elle influence l'avenir même de cet enfant. Le développement du cerveau, des sens et du système nerveux central de l'enfant sera influencé par l'alimentation de la femme enceinte et par l'alimentation qui sera offerte au bébé et au jeune enfant⁸. On

sait aussi que les familles à faible revenu, particulièrement les assistés sociaux, ont une accessibilité financière limitée à une alimentation saine et satisfaisante⁹.

Ainsi, une alimentation suffisante est souvent hors de portée pour la mère nécessiteuse. Bien des enfants pauvres commencent donc à payer le prix de leur pauvreté par une croissance handicapée avant même leur naissance. Dans un rapport canadien¹⁰, on souligne que les enfants pauvres naissent beaucoup plus souvent que les autres de façon prématurée et sous le poids normal. Selon ce même rapport, plus d'un million et demi d'enfants canadiens vivent dans des conditions économiques tellement défavorables qu'elles peuvent occasionner des problèmes de santé causés surtout par les carences nutritionnelles.

Une étude effectuée à Montréal¹¹ sur les problèmes de santé de l'enfant en milieu défavorisé a démontré clairement l'existence d'une relation entre la pauvreté et l'état de santé: 21,3% de ces enfants étaient mal nourris; plus de 22% d'entre eux accusaient des retards de croissance aux points de vue taille et poids; 27,5% manifestaient des retards de développement psycho-moteur.

Selon un rapport du Conseil national du bien-être social¹⁰, il est universellement reconnu que la sous-alimentation constitue l'un des plus graves problèmes causés par la pauvreté. Les déficiences alimentaires et la sous-alimentation, alliés aux autres privations qui accompagnent la pauvreté, entraînent l'altération de la santé, ce qui, par ailleurs, déclenche le cycle du ralentissement de toutes les formes d'activité et entraîne l'apathie mentale et l'incapacité d'initiative.

Un avenir compromis

La recherche médicale a établi un rapport entre la sous-alimentation et l'anémie, la faible résistance aux infections, l'arriération mentale et les maladies mentales... La sous-alimentation peut réduire la capacité d'acquérir l'instruction nécessaire pour pouvoir échapper à la pauvreté. Indépendamment du retard de développement mental attribuable aux carences nutritives au cours de la vie foetale et de la première enfance, la condition de lassitude mentale et physique qui caractérise l'état de sous-alimentation, la diversion de l'attention causée par l'épuisement qu'entrave une faim harassante et le mauvais état physique causé par des maladies répétées, voilà autant de facteurs qui peuvent entraver l'éducation d'un enfant, même normalement doué.

L'intervention en santé communautaire

En santé communautaire, les principales interventions organisées en vue d'une action préventive envers les nourrissons et les jeunes enfants et que l'on retrouve un peu partout au Québec sont les suivantes: cours prénatals où on informe la future mère sur l'importance de la nutrition pré-natale et favorise la pratique de l'allaitement maternel; les cliniques de nourrissons; la visite au domicile des nouveaux-nés; les programmes conçus pour les enfants d'âge pré-scolaire offerts parfois dans les garderies. Enfin, on sait que la plupart de ces interventions n'atteignent pas en général la population socio-économiquement défavorisée. Par ailleurs, auprès de cette dernière, les interventions éducatives ne peuvent combler des besoins qui sont d'abord d'ordre économique.

Des habitudes et carences à corriger

En conclusion, la période post-natale en est une de croissance rapide et nous savons que des carences nutritionnelles sévères peuvent résulter en des handicaps anatomiques ou biochimiques permanents. Les carences observées dans la population nord-américaine sont rarement aussi graves, mais elles peuvent avoir des effets propres à compromettre l'état de santé et le développement des enfants. Parmi les habitudes et les carences en nutrition observées dans les recherches, dont celle du DSC St-Luc¹², quatre méritent de retenir une attention particulière et devraient faire l'objet de correctifs: 1) l'abandon de l'allaitement avant le moment prévu, par manque de support; 2) l'introduction trop hâtive du lait de vache; 3) un volume insuffisant de lait ou de formule remplacé par des aliments solides moins nutritifs; et 4) un apport insuffisant en fer à partir de quatre mois. De l'avis de certains intervenants, ces lacunes, et surtout les deux dernières, sont plutôt dues à un manque d'information que de motivation chez les parents. Il serait donc important que tous ceux qui reçoivent les jeunes parents en consultation s'informent bien de leurs pratiques alimentaires vis-à-vis de l'enfant et fassent en sorte qu'ils se rapprochent le plus possible des recommandations de la Société canadienne de pédiatrie.

LA NUTRITION DES JEUNES (5-19 ans)

Nutrition-Canada¹³ et les autres enquêtes menées au Québec ont permis de préciser les problèmes nutritionnels des jeunes d'âge scolaire.

Les adolescentes et les adolescents, plus que les plus jeunes enfants, présentent des caractéristiques de mauvaise nutrition, dont les suivantes sont les principales:

1. excès pondéral ou maigreur excessive de degré variable;
2. insuffisance dans l'apport en fer, en vitamine D et en calcium chez la fille;
3. insuffisance dans l'apport en vitamine D chez le garçon;
4. mauvaises habitudes alimentaires⁴⁻¹³.

La carence de minéraux: situation de risque

Bon nombre d'enquêtes portant sur les adolescents ont démontré de multiples insuffisances dans leur alimentation, notamment dans l'apport calorique total, dans l'apport en fer, en calcium et en vitamine D. Deux études effectuées chez les écoliers de 15 ans de la région de Montréal¹⁴⁻¹⁵ ont souligné la pauvreté en fer du régime alimentaire des adolescents. Environ le quart des 400 sujets de ces études se situait dans la catégorie à "risque élevé"; cette situation domine aussi chez les enfants plus jeunes.

Le petit déjeuner: pas le temps

D'autre part, on sait que les erreurs de comportement alimentaire, absence du petit déjeuner ou petit déjeu-

ner insuffisant, dîner incomplet, abus d'aliments à calories "vides" sont des pratiques nuisibles à la santé¹³.

Selon les études du MAS⁴, en moyenne 30% des Québécois ne prennent pas de petit déjeuner. Cette mauvaise habitude est plus fréquente chez l'adolescente et la jeune femme que chez les autres membres de notre société.

Au chapitre du petit déjeuner, il faut tirer l'alarme. Dans plus de la moitié des cas, ce repas est incomplet ou même inexistant. Les chiffres sont là. En 1972, l'enquête du MAS révélait que 57% des élèves du secondaire "déjeunent peu ou pas du tout". Ces données étonnantes ont été confirmées par l'enquête¹⁶ plus récente du DSC de Verdun montrant que 55% des élèves du secondaire ne prennent pas de petit déjeuner et que pour ceux qui en prennent un, il est insuffisant dans plus de deux tiers des cas. En somme, le petit déjeuner est sauté ou inadéquat pour 85% des adolescents.

Le dîner: inadéquat

À midi pourtant, tout devrait se rétablir, idéalement du moins. Mais là encore, entre les idéaux et la réalité la marge n'est pas mince. Qu'ils dînent chez eux ou à l'école, une forte proportion d'entre eux s'alimentent mal à ce repas. Selon l'enquête du MAS, 40% des élèves du secondaire prenaient un dîner franchement "inadéquat". Et selon celle du DSC de Verdun, c'est près de 60% des élèves qui consomment un dîner jugé "incomplet".

La mal-bouffe: le régime le plus commun

Un dossier publié dans Éducation-Québec sur la "mal-bouffe" des adolescents¹⁷ présente les résultats d'enquêtes québécoises qui ont fait ressortir les mauvaises habitudes alimentaires de ce groupe de population. Toutes les études, les enquêtes, tous les experts s'accordent facilement sur une chose: les adolescents se nourrissent mal. Dans une proportion "de plus de la moitié", précise même une recherche effectuée en 1979 par le DSC de Verdun. Fait à noter: la situation ne semble vouloir s'améliorer ni avec l'âge ni avec le temps.

Il est bien connu que les enfants, à mesure qu'ils grandissent et que passe leur adolescence, attachent une valeur moindre à leur alimentation. Tout particulièrement "choyés" par la publicité et fortement sollicités par leur environnement social ou culturel, les adolescents vont plus facilement opter pour le hot dog que pour le filet de poisson, pour les frites que pour les pommes de terre en purée accompagnées d'un légume vert, pour le cola que pour le jus de fruit. Repas incomplets ou irréguliers, voire carrément escamotés comme c'est parfois le cas avec le petit déjeuner; trop grande popularité des boissons gazeuses, des pâtisseries et autres aliments camelote; consommation insuffisante de lait; monotonie dans la composition des menus, notamment du côté fruits et légumes... les adolescents n'ont pas de très bonnes habitudes alimentaires.

Dans une étude effectuée par le Centre de recherche en nutrition de l'Université Laval en 1978-79, on a constaté que 38% seulement d'entre eux prenaient le nombre de tasses de lait quotidiennes considérées dans le Guide alimentaire canadien comme le minimum que l'on devrait consommer à cet âge.

Des problèmes invisibles: pour le moment

Même s'ils sont parfois "silencieux", des problèmes de santé associés à une mauvaise alimentation existent bel et bien chez nos adolescents. Comme l'a relevé Nutrition-Canada, il y a des insuffisances en fer, en vitamine D et en calcium... Cela est d'autant plus grave, commente une diététiste du ministère des Affaires sociales du Québec, que l'adolescence est une période cruciale en terme de croissance. Et les conséquences de carences alimentaires à ce moment de la vie peuvent n'être ressenties que plus tard dans la vie ou à l'âge adulte. Le syndrome du ventre creux, le matin, touche plus d'un enfant sur les bancs d'école: maux de tête, étourdissements, distraction, mauvais rendement scolaire sont de la partie, et bien des enseignants ont remarqué que ces "bobos" sont plus fréquents chez les enfants qui ne déjeunent pas que chez les autres.

Le poids: trop et trop peu

Les problèmes de poids sont d'une fréquence étonnante chez les adolescents et surtout chez les adolescentes, que des pressions socio-culturelles très fortes obligent déjà à se conformer à une image stéréotypée et, pour ce faire, à suivre des "régimes amaigrissants" parfois catastrophiques pour leur santé. À un tel point que 31% des filles de cinquième secondaire avaient, lors d'une enquête effectuée en 1975 par le C.H. de l'Université Laval, un problème de sous-poids ou de maigreur (contre 15% des garçons); inversement, les garçons avaient un problème de surpoids ou d'obésité dans 22% des cas, contre 13% des filles. Globalement, de telles données signifient que 4 adolescents sur 10 s'éloignaient de la normale de 10% ou plus.

Becs sucrés et dents cariées

Rares sont les jeunes qui échappent à toute carie dentaire. Selon le MAS⁴, des enquêtes faites auprès des enfants montréalais ont démontré que, chez les enfants de 6 à 13 ans, l'indice CAO (nombre de dents cariées, absentes ou obturées) figure parmi les plus élevés du monde. En dépit, des mesures palliatives telles que les soins dentaires gratuits, en dépit des suppléments de fluorures, la carie dentaire persistera, à moins d'opérer un redressement dans l'alimentation des enfants. Les principales mesures à mettre de l'avant sont de diminuer la consommation de sucre aux repas, et surtout entre les repas...

conservent un impact et une permanence beaucoup plus efficaces.

La sous-alimentation: ici aussi

Selon Blanchet¹, le Comité pour la protection de la jeunesse qui a étudié 3 102 enfants maltraités estimait que 8,1% souffraient de malnutrition et 3,6% de retard staturo-pondéral. Dans un article récent, Séguin (1983)⁷ rapporte que dans les milieux économiquement défavorisés, on retrouve des retards de croissance secondaires à une alimentation inadéquate. Les problèmes de santé reliés à la malnutrition (sous-alimentation) sont à surveiller chez les défavorisés; de plus, en milieu défavorisé, 20% des naissances surviennent chez les adolescentes. Ces adolescentes sont des jeunes qui présentent des problèmes multiples.

Les interventions: la publicité est plus forte

Enfin, la majorité des interventions en nutrition auprès des jeunes se sont faites, jusqu'à maintenant, en milieu scolaire. Malgré la bonne volonté des dirigeants scolaires et des intervenants en santé, la publicité concernant l'alimentation rapide et toutes celles qui suggèrent minceur et loisirs alcoolisés

LA NUTRITION DES ADULTES (20-64 ans)

L'âge des conséquences

À l'adolescence, les résultats d'une mauvaise alimentation ne sont pas toujours visibles. Le cœur est encore bon et on fait de l'exercice, ne serait-ce que la danse en fin de semaine. Avec le temps cependant, on devient de plus en plus sédentaire et les effets d'un régime alimentaire déséquilibré s'accumulent et se traduisent en maladies.

Parmi les maladies dont la relation avec le mode d'alimentation a été mise en évidence, il convient de noter: les maladies cardio-vasculaires, l'obésité, le diabète et certaines maladies du tube digestif.

Les maladies cardio-vasculaire

Une étude conduite dans sept pays a démontré que la maladie coronarienne se rencontre avec une fréquence accrue dans les populations où le régime alimentaire comporte un apport calorique total dépassant 2 600 calories par jour, un apport en corps gras représentant plus de 30% du total des calories, un apport en graisses animales constituant plus de la moitié de l'apport en corps gras¹⁸. Le régime alimentaire des Québécois(es) présente ces caractéristiques. En 1974⁴, les maladies ischémiques du cœur faisaient plus de 12 600 victimes au Québec, dont près de 3 000 chez les hommes de 40 à 64 ans. Les hospitalisations pour ces maladies atteignaient 26 000 cette année-là.

On reconnaît généralement qu'une forte consommation de lipides (matières grasses) entraîne une élévation du taux de cholestérol sanguin, lui-même associé aux maladies ischémiques du cœur et à l'athérosclérose.

Il existe de bonnes présomptions selon lesquelles le régime alimentaire est un des éléments importants pouvant ralentir le processus athéroscléreux dans une perspective à long terme. C'est le principal traitement permettant de réduire l'hyperlipidémie, bien que certains médicaments puissent aider à la maintenir à un niveau acceptable.

Le régime alimentaire: préventif aussi

De nos jours, on ne nie pas l'efficacité du régime alimentaire pour diminuer l'hyperlipidémie dans les cas individuels. On en n'hésite pas moins à en encourager l'application à toute la population présentant un risque d'athérosclérose, à des sous-groupes importants par le nombre tels que les hommes de 40 à 64 ans ayant soit des antécédents familiaux d'infarctus, soit un cholestérol à plus de 260 mg et présentant d'autres facteurs de risque: tabagisme, hypertension, diabète. Or, dans une affection comme la maladie coronarienne qui frappe sans avertissement, dont le premier symptôme est souvent la mort subite, dont plus de la moitié des décès qu'elle provoque surviennent avant l'arrivée de la victime à l'hôpital, seule une stratégie de prévention primaire peut avoir quelque impact⁴.

Le contrôle de l'obésité ou plutôt sa présentation, est un aspect important de la prophylaxie des maladies coronariennes, car l'obésité s'accompagne souvent d'hypertension et d'anomalies lipidiques et glucidiques.

L'homme d'âge moyen: à surveiller

Selon le MAS, dans les programmes à mettre en oeuvre au profit de la population active, on aura pour tout

premier objectif de réduire la surmortalité masculine. L'homme d'âge moyen: le nouveau groupe vulnérable. Bien que la surmortalité masculine chez les sujets de 40 à 64 ans ne soit pas un phénomène récent, l'attention des responsables de programmes ne s'est pas portée aussi souvent sur eux que sur les femmes enceintes, les enfants et les personnes âgées par exemple. À ces groupes-cibles, il faudra désormais ajouter l'homme d'âge moyen et même à titre préventif, l'homme plus jeune, l'adolescent et l'enfant. Au Québec, la mortalité excédentaire chez l'homme d'âge moyen résulte essentiellement de la maladie coronarienne et du cancer du poumon. Dans le cas de la maladie coronarienne, les facteurs de risque, dont l'obésité et l'hypercholestérolémie et même l'hypertension, proviennent de l'alimentation. D'où la nécessité d'une intervention diététique. Cette dernière pour être efficace doit s'accompagner d'un programme approprié d'activité physique.

Le programme: l'alimentation et l'activité physique

Aucune étude n'a encore permis d'isoler nommément certains facteurs diététiques tout en contrôlant les autres variables dans l'environnement et les facteurs génétiques prédisposants. Nous prôtons (MAS) donc comme mesure générale de prévention de l'athérosclérose un régime équilibré allié à l'activité physique.

Un programme de lutte contre la mortalité coronarienne⁴, institué dans un milieu précis, le milieu de travail par exemple, devra comprendre le dépistage de l'hyperlipidémie et de l'actiposité et prévoir chez les individus les plus exposés une intervention sur le plan du régime alimentaire et de l'activité physique.

Enfin, pour la population en général, les mesures de lutte comprendront des modifications plus légères (inciter la population à adopter un régime alimentaire équilibré) des habitudes alimentaires et l'adoption

d'un programme d'activité physique approprié à chaque âge.

L'athérosclérose: controverse et cholestérol

La controverse qui entoure la question "régime alimentaire et maladies cardio-vasculaires", n'a pas fini d'ennuyer la communauté scientifique et de semer la confusion auprès du public. Selon Lussier-Cacan et collaborateurs¹⁹, on peut soulever des arguments qui vont à l'encontre de l'hypothèse lipidique et être opposé à des changements majeurs dans les habitudes alimentaires de la population; mais on ne peut pour autant ignorer l'acquis et passer sous silence l'impact des travaux scientifiques de nos prédécesseurs. Il faut cependant savoir faire la part des choses et se rendre compte que tout n'est pas matière à controverse. Il est établi, hors de tout doute, que le cholestérol sanguin est intimement lié à la pathogénie de l'athérosclérose; que les graisses saturées et le cholestérol alimentaire influencent le cholestérol sanguin et peuvent promouvoir l'athérosclérose dans pratiquement toutes les espèces animales étudiées; et que les maladies humaines où le cholestérol sanguin est très élevé, s'accompagnent d'une fréquence accrue des complications de l'athérosclérose; et cela, de façon prématurée. La question qui est au cœur des débats actuels, est la suivante: peut-on, par des modifications alimentaires, améliorer ou prévenir la maladie coronarienne?

Il faut se rendre compte que l'artériosclérose est une maladie multifactorielle, et qu'il serait téméraire de prétendre qu'un seul des éléments impliqués peut impliquer tout le processus pathologique. Certains facteurs ont un impact plus évident que d'autres, tant sur le plan épidémiologique que sur le plan expérimental, ce sont: l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, l'usage de la cigarette et le diabète. Mais il en existe d'autres très importants qui ont été

mis en évidence récemment et viennent expliquer les "exception" apparentes de l'hypothèse lipidique. On s'est rendu compte en particulier que, non seulement les niveaux sanguins de lipides étaient des déterminants pathologiques mais aussi la sorte de lipoprotéines impliquée et les modifications dans leur composition en lipides et en protéines. De plus, il faut distinguer athérogénèse et thrombogénèse, comprendre que les deux peuvent être impliqués dans l'accident cardio-vasculaire clinique, et qu'il existe des agents qui favorisent l'athérome, d'autres la thrombose et d'autres encore les deux à la fois. Les auteurs¹⁹ résument l'état actuel des connaissances qui ont amélioré notre compréhension de l'athérogénèse et nous incitent à favoriser des mesures préventives pour la population en général. En conséquence, ils recommandent à tous les Québécois de réduire substantiellement leur consommation de cholestérol, des graisses saturées, de substituer partiellement les graisses saturées (surtout d'origine animale) par des graisses polyinsaturées (surtout d'origine végétale), et d'éviter les excès de calories qui peuvent entraîner l'obésité.

L'obésité

La moitié de la population québécoise adulte souffre d'embonpoint plus ou moins marqué, et l'on y trouve, environ un demi-million d'adultes franchement obèses! Le rapport de Nutrition-Canada¹³ estime que 23,6% des femmes québécoises de 40 à 64 ans sont atteintes d'obésité franche (12,3% chez les hommes) tandis que 45-48% des adultes, de ce groupe d'âge présentent un excès pondéral de degré variable. L'obésité est plus fréquente chez les femmes d'âge mur à faible revenu que chez les autres²⁰.

L'embonpoint: longévité réduite

On sait qu'il existe une relation statistique entre le poids corporel et la longévité! Un excès de poids de l'ordre de 25% est associé à une hausse de mortalité. Au delà de 40 ans, l'embonpoint, même léger, entraîne une baisse de longévité. L'obésité est associée à plusieurs maladies: diabète, hypertension, athérosclérose, lithiase biliaire et certaines formes d'arthrose. Enfin, l'obésité entraîne des troubles d'ordre psychologique, surtout si elle remonte à l'adolescence alors que se développe l'image corporelle.

L'obésité: génétique et milieu

Pour que l'obésité se développe, il doit y avoir interaction et coexistence de facteurs génétiques et de facteurs liés au milieu (mode d'alimentation et inactivité principalement). Il est d'autant plus important d'intervenir tôt dans la vie que l'on sait qu'une fois l'obésité constituée, il se produit des changements irréversibles qui font que chaque reprise de poids est plus tenace que le premier gain pondéral. Une partie des adultes obèses, en particulier ceux qui ont un fort excédent de poids étaient déjà des enfants obèses.

L'enfance: début des problèmes ou des solutions

Il faut donc résoudre le problème chez les enfants. Une enquête britannique²¹ a démontré que les bébés nourris au lait de vache et d'aliments pour bébés ont un gain de poids beaucoup plus rapide au cours des six premières semaines que les enfants nourris au sein; et, que chez 59,6% des enfants nourris artificiellement, le poids dépasse le 90^e percentile, par rapport à 19% chez les enfants nourris au sein.

Enfin, pour reprendre une expression familière, l'obésité est un problème de taille. Selon Godard et Letarte²², il faut espérer que la recherche saura fournir une alternative aux seules méthodes utilisées jusqu'ici pour traiter l'obésité. Mieux vaudrait essayer de prévenir l'obésité chez l'enfant. En effet, la prévention est sûrement plus susceptible de réussir et plus souhaitable que les essais thérapeutiques utilisés actuellement chez l'obèse.

Le diabète

Les excès alimentaires et la sédentarité favorisent l'hyperglycémie et le diabète. La forme de diabète qui se traduit par une hyperglycémie non dépendante de l'insuline apparaît lors d'un apport excessif en sucre⁴. En effet, le tissu adipeux, qui s'accroît par la transformation du sucre en graisses, finit par se saturer chez l'individu devenu obèse. Si bien que, même produite en quantité normale, l'insuline ne permet plus la résorption du glucose excédentaire, dont la concentration s'élève dans le sang.

Celui de l'obèse: 10% des plus de 40 ans

Ce diabète de l'obèse survient surtout après la quarantaine. Sa fréquence dans une population obèse comme la nôtre, se situerait aux environs de 10% des personnes âgées de plus de 40 ans. Le Québec compterait donc environ 100 000 personnes souffrant de cette forme de diabète⁴. On compte sur le territoire du DSC-Verdun, environ 6 000 diabétiques.

Le diabète possède divers liens de mortalité ou de morbidité avec l'obésité, la cécité (20% des cas au Canada sont le résultat du diabète), les difficultés rénales, les affections cardio-vasculaires. On croit que ces complications peuvent être réduites ou amoindries par un contrôle plus adéquat du diabète.

Certains indicateurs peuvent influencer le développement du diabète²³. Ce sont:

- l'hérédité: les personnes ayant des antécédents de diabète dans leur famille sont plus susceptibles de développer la maladie;
- l'embonpoint: 80% des personnes qui développent un diabète non-insulino-dépendant (ou diabète de l'adulte) souffrent d'embonpoint, lors du diagnostic;
- l'âge: le diabète est plus fréquent chez les gens au-dessus de 40 ans;
- le sexe: à partir de 55 ans, le diabète est plus fréquent chez les femmes.

La prévention primaire du diabète réside dans la prévention de l'obésité. La prévention secondaire et tertiaire se fait par le biais d'une clinique du diabète où le personnel affecté à la clinique aide les populations-cibles à prévenir les risques possibles d'aggravation et pour que le diabétique prenne sa situation en charge²³.

Les maladies du tube digestif

Certaines maladies du tube digestif proviennent du mode d'alimentation dans les pays industrialisés. Burkitt et coll.²⁴, ont démontré que la durée s'écoulant entre l'absorption d'aliments et l'élimination des matières fécales passe de 33 heures chez les sujets nourris "à l'ancienne" à 83 heures chez ceux nourris "à la moderne". Le fait d'ajouter au régime occidental des céréales à grain entier et du son réduit du tiers la durée du transit.

Le cancer de l'intestin: 2^e en fréquence

La stagnation fécale favorise une prolifération bactérienne qui provoque à son tour une dégradation des sels biliaires en substances potentiellement carcinogéniques. Elle permet aussi à des substances toxiques diverses de séjourner longuement au contact de la muqueuse intestinale, d'où risques accrus de cancérisation. Il n'est donc pas étonnant que le cancer de l'intestin, pratiquement inconnu en pays sous-développé ou chez les Asiatiques, soit si fréquent chez nous⁴. Ce cancer est le plus fréquent chez la femme après le cancer du sein, et le deuxième chez l'homme après le cancer du poumon.

La prévention: régime riche en fibres

Le cancer de l'intestin n'est pas la seule maladie intestinale liée au manque de cellulose dans l'alimentation occidentale. D'autres maladies, telles que la diverticulite, la colite ulcéreuse, l'entérite chronique et les troubles fonctionnels de l'intestin entraînent des milliers d'hospitalisations chaque année au Québec. En outre, toujours selon Burkitt, la dilation abdominale entraînée par la constipation peut-être responsable de l'apparition d'hémorroïdes, de varices et de leurs complications. On aurait pu en prévenir plusieurs en corrigeant la constipation grâce aux aliments riches en cellulose et en fibres. On aura donc, intérêt selon le MAS, à favoriser comme mesure de santé publique les régimes riches en fibres.

La malnutrition et la pauvreté

En plus des maladies de sur-alimentation identifiées chez la population québécoise, il ne faut pas oublier que la malnutrition (sous-alimentation) et les carences nutritionnelles existent chez nous.

Selon des recherches du ministère des Affaires sociales⁴, en 1974 on dénombrait plus de 3 000 hospitalisations pour anémie et malnutrition. La sous-alimentation existe bel et bien chez nous et les plus récentes données semblent indiquer l'augmentation du problème. Ainsi, le nombre d'hospitalisations pour carences nutritionnelles dans la seule région du Montréal métropolitain était de 2 000 entre 1975-1977. La prévalence des carences diagnostiquées et identifiées était deux fois plus élevée dans les secteurs défavorisés que dans les plus favorisés²⁵.

Un Montréalais sur cinq vit au-dessous du seuil de la pauvreté: environ 225 000 personnes sont en effet gravement défavorisées à Montréal, ayant un revenu qui représente 60% ou moins du seuil de la pauvreté. Ces dernières données ont été établies par un groupe de recherche mixte formé de travailleurs sociaux du Centre des services sociaux Ville-Marie, de chercheurs de l'Université Concordia et de citoyens impliqués dans des organismes populaires. Ces données font l'objet du premier d'une série de rapports sur le revenu et les conditions de vie des personnes habitant la région métropolitaine.

La situation locale: détérioration

Selon le dossier socio-démographique et sanitaire (janvier 1984) du DSC de Verdun, 30% de la population de Verdun-Est vit sous le seuil de la pauvreté. La situation socio-économique dans Verdun-Est se détériore de plus en plus pour se rapprocher de celle de Pointe-Saint-Charles, où 43% de la population vit sous le seuil de la pauvreté, alors que jusqu'à ces dernières années elle était plutôt comparable à celle des quartiers Ville-Émard et Côte-Saint-Paul.

Dans Verdun-Ouest, Ville-Émard et Côte-Saint-Paul, la situation a peu bougé depuis 1976: entre 15 et 16% des résidents de Verdun-Ouest vivent sous le seuil de la pauvreté. Les pourcentages demeurent sous la moyenne de 19,8% pour tout le territoire du DSC de Verdun.

Selon ce même rapport, plus de 35% des citoyens de Verdun-Est n'ont pas complété une 9^e année et constituent autant d'analphabètes fonctionnels potentiels. Le nombre de familles monoparentales a passé de 26% en 1976 à 34% en 1981 et, autre indice de détérioration de la situation socio-économique dans ce secteur: en 1976, 35% des chefs de famille monoparentale occupaient un emploi, alors que cinq ans plus tard, ce chiffre tombait à 29%. En 1976 toujours, 75% des chefs de famille bi-parentale avaient un emploi, tandis qu'en 1981, ils n'étaient que 70%. Le taux de chômage, toujours pour l'Est de Verdun, a passé, pendant cette même période, de 2,4% à 5,6% alors que pour l'ensemble du territoire ce pourcentage est demeuré assez stable.

Faible revenu: faible santé

Le rapport de l'enquête nationale de Nutrition-Canada publié en novembre 1973, indiquait qu'un revenu très faible avait peut-être des répercussions néfastes sur l'état nutritionnel des familles touchées, et soulignait la nécessité d'analyser ces données plus en détail.

Une nouvelle étude des rapports entre le revenu et l'état nutritionnel²⁰ a été effectuée en se fondant sur le revenu réel des personnes examinées et sur les paramètres nutritionnels les plus précis mesurés pour ces personnes: les analyses de sang et d'urine et le rapport entre la taille et le poids (indice pondéral). Les individus ont été classés dans trois groupes économiques: revenu très faible, revenu faible et

revenu autre, en tenant compte du revenu et de la taille de la famille.

Les résultats indiquent qu'il existe effectivement un rapport entre le revenu et l'état nutritionnel pour la plupart des groupes physiologiques. Parmi les divers groupes physiologiques, il apparaît nettement qu'une mauvaise situation économique influence surtout l'état nutritionnel des femmes d'âge moyen (40 à 64 ans) et des femmes âgées (65 ans et plus). On remarque aussi une relation semblable chez les enfants les plus âgés et les adolescents des deux sexes (10 à 19 ans) et chez les femmes d'âge mûr (40 à 64 ans). Il semblerait qu'un faible revenu influence davantage l'état nutritionnel des femmes (20 à 64 ans) que celui des hommes du même âge.

Si l'on considère l'influence défavorable d'une mauvaise situation financière pour les divers éléments nutritifs, le résultat le plus frappant est le rapport marqué entre la situation économique et le niveau de vitamine C dans le sérum sanguin chez la plupart des groupes physiologiques. Il en est de même des taux sériques d'acide folique chez la plupart des groupes physiologiques, plus particulièrement chez les jeunes femmes et celles d'âge moyen (20 à 64 ans) et chez les hommes âgés (65 ans et plus). Dans ces mêmes groupes, la prédominance de l'anémie est aussi reliée au revenu.

Chez les enfants et les adolescents des deux sexes (9 à 19 ans), la carence en fer est aussi reliée au revenu. Le niveau de vitamine B₁ (thiamine) est aussi relié au revenu chez les adolescents et les personnes d'âge moyen des deux sexes.

On note aussi un rapport entre l'indice pondéral et le revenu: de faibles valeurs de l'indice pondéral (moins de 12,5), reflétant un excès de poids, se constataient plus fréquemment chez les femmes d'âge mûr à

revenu faible que chez les femmes d'âge mûr à revenu plus élevé. Habituellement, lorsque le revenu entraîne des effets défavorables dans la catégorie "très faible", on retrouve la même situation dans la catégorie "faible".

Pas d'argent: pas d'aliment

Aussi déplaisante que puisse être la réalité, la pauvreté oblige des centaines de milliers de personnes à se nourrir d'après un régime alimentaire inadéquat.

Une enquête effectuée à Pointe-Saint-Charles²⁶ a démontré la difficulté et l'impossibilité qu'ont les familles à faible revenu (assistés sociaux, chômeurs, travailleurs au salaire minimum) à se nourrir sainement. Ces groupes consacrent de 43 à 72% de leur revenu pour se procurer les aliments de base, afin de nourrir une famille de quatre personnes. Au cours de l'été 1983, une enquête* effectuée auprès d'informateurs-clés, par le DSC de Verdun, a permis d'identifier certains problèmes relatifs à l'alimentation des socio-économiquement défavorisés.

Le principal problème cerné est le manque de revenu pour se nourrir pour plusieurs individus et familles. Le projet S.O.S. Alimentaire du DSC avait aussi fait ressortir, en 1982, le même problème: à la fin du mois, il n'y a rien à manger. Le comité spécial du CASF⁹ sur la nutrition souligne dans son rapport annuel que les barèmes actuels de l'aide sociale ne permettent pas aux assistés sociaux d'accéder à une alimentation conforme aux objectifs prônés par la politique québécoise de nutrition.

* Rapport sur la problématique de la nutrition en milieu défavorisé. Disponible dans quelques mois.

Enfin, des statistiques (la plupart d'origine américaine) mettent en évidence la primauté du niveau de revenu comme variable explicative en ce qui concerne l'état de santé²⁷:

- les taux de mortalité en milieu urbain sont de 50 à 100% supérieurs dans les quartiers pauvres;
- les familles à faible revenu sont quatre fois et demie plus susceptibles de se déclarer en mauvais état de santé que les familles plus aisées;
- il existe un rapport certain entre la piètre santé de certains enfants et la pauvreté;
- les groupes à faible revenu ont des modes de vie qui les exposent davantage à la maladie que les groupes mieux nantis; ces constatations font ressortir le fait que les "sous-utilisateurs" des services de santé ont tendance à être victimes de l'inégalité sociale sous ses formes les plus diverses et que ces programmes sont conçus pour la classe moyenne;
- il existe une corrélation positive entre le taux de mortalité infantile et les faibles revenus;
- l'hypertension (qui représente un facteur de risque dans les maladies du coeur et des reins, les accidents cérébro-vasculaires et cardio-vasculaires et qui peut entraîner la mort) est deux fois plus courante dans les groupes économiquement faibles;
- on constate qu'il existe une corrélation positive entre la pauvreté et l'incidence accrue des maladies mentales;
- les taux de mortalité et de mortalité au Canada sont supérieurs dans les provinces où les niveaux de revenus sont plus faibles.

LA NUTRITION DES PERSONNES ÂGÉES (65 ans et plus)

L'état de santé des personnes âgées de 65 ans et plus est le résultat de l'interaction de nombreux facteurs tels l'hérédité, les habitudes de vie et la relation avec le milieu environnant. L'alimentation a donc exercé et exerce encore une action sur la santé de ces personnes qu'il est possible de rendre plus positive en privilégiant certains modes d'intervention.

La malnutrition

Sur le plan physique, il y a les répercussions à long terme d'habitudes alimentaires passées qui se traduisent par des manifestations cliniques telles le diabète adulte, l'ostéoporose, l'ostéomalacie, etc. À moyen terme, ces habitudes et les changements dans l'alimentation peuvent se traduire en cas de malnutrition par carences en vitamines et minéraux, obésité, maigreur excessive, anémie, etc. À court terme, peuvent se manifester les effets d'une digestion difficile tels la constipation, la diarrhée, l'appétit variable, etc.

Sur le plan psycho-social, les changements entourant le contexte de vie demandent une adaptation où bien des gens de 65 ans et plus rencontrent beaucoup de difficultés d'adaptation. Que l'on songe seulement aux années où les repas étaient pris en famille alors qu'ils deviennent au troisième âge une activité solitaire présentant beaucoup moins d'intérêt et provoquant même une perte d'appétit. Par ailleurs, le corps âgé s'accommode moins bien d'un régime alimentaire déséquilibré.

Les causes: multiples

Les recherches menées par le MAS en 1977⁴ montrent que le problème de l'alimentation des personnes âgées est complexe. Certains s'alimentent mal parce que leur pouvoir d'achat est trop faible; d'autres parce qu'elles se sentent isolées ou inutiles dans un monde préoccupé d'efficacité; d'autres enfin n'ont plus la capacité physique de s'approvisionner, ni de préparer des repas satisfaisants. Selon Grenier (1983)²⁸, l'individu âgé ne s'alimente pas pour plusieurs raisons:

1. socio-économiques: 42,3% des hommes âgés de 65 ans et plus sont au seuil inférieur de la pauvreté;
2. conditions physio-pathologiques chroniques;
3. diminution des facultés olfactives et gustatives;
4. changement mental survenant chez l'individu âgé.

Les carences: vitamines et minéraux

L'un des problèmes nutritionnels principaux que présentent les personnes âgées consiste en carences manifestes ou risques de carences en la plupart des vitamines et minéraux. Cette particularité provient, en partie, d'un apport calorique trop faible et, en partie, à un déséquilibre dans le régime alimentaire.

Les femmes âgées constituent le seul groupe chez lequel on trouve une consommation marginale de protéines avec des taux de protéines et d'albumines sériques relativement bas. De plus, les apports en vitamine A, thiamine, riboflavine et vitamine C sont chez elles les plus faibles constatés par l'enquête Nutrition-Canada¹³. En outre, les données concernant le calcium et la vitamine D indiquent un régime déficient en pro-

duits laitiers et en autres bonnes sources de calcium et de vitamine D. Par ailleurs, on constate que l'homme âgé souffre plus souvent que la femme d'une alimentation pauvre en fer et de réserves en fer insuffisantes. Les taux de folates sont bas comme chez les adultes.

L'embonpoint: 50% des personnes âgées

Fréquence de l'obésité: une femme sur quatre et un homme sur dix sont atteints d'une obésité importante. En outre, la moitié des personnes âgées souffrent d'embonpoint plus ou moins marqué.

Cette surcharge pondérale s'accompagne de taux élevés de cholestérol sérique (50% des femmes et 10% des hommes). Elle est due au caractère sédentaire de toute une vie et à une consommation trop élevée en calories dans le passé. Avec l'âge, le régime alimentaire se modifie et la quantité et la diversité sont souvent devenues insuffisantes pour garantir un apport satisfaisant en vitamines et en minéraux. Cette situation expose les personnes âgées à des carences alimentaires et en fait certainement le groupe social dont on doit le plus surveiller l'alimentation.

La pauvreté

Une enquête récente effectuée auprès de la population âgée du Québec²⁹ indique que le troisième âge représente près de 500 000 personnes au Québec et que 65% de ces personnes vivent en-dessous du niveau de pauvreté (7 370\$/an pour une personne seule et 12 300\$/an pour 2 personnes). Selon l'A.Q.D.R., "il n'y a aucun doute que le revenu affecte directement nos dépenses pour notre nourriture". Notons que 36% se disent à court d'argent à la fin du mois.

La sous-alimentation: carences en vitamines et minéraux

Une enquête³⁰ effectuée dans le Centre-ville de Montréal, auprès des personnes âgées socio-économiquement défavorisées, a mis en évidence d'importants problèmes nutritionnels chez ce groupe de population. En effet, on révèle que 32% du groupe étudié ne consommait jamais de lait et 25% jamais de fromage et que ce fait explique la forte incidence des carences en calcium et vitamine D. Connaissant la vulnérabilité des personnes âgées aux problèmes du métabolisme osseux, il serait peut-être désirable de subventionner pour ce groupe le lait, comme on le fait pour les enfants d'âge scolaire.

En 1980, une étude³¹ menée auprès de la population de 65 ans et plus, vivant à domicile, sur le territoire du DSC de Verdun, révèle aussi un problème de consommation de produits laitiers: 40,7% des personnes âgées ne consomment jamais de lait ou en consomment rarement et 10% ne consomment jamais de fromage.

L'étude de Imbach et coll.³⁰ souligne l'insuffisance en fer chez les personnes âgées défavorisées. En effet, 61,7% des femmes et 71,4% des hommes ne reçoivent pas les 9 à 10 mg de fer requis quotidiennement.

Selon Nutrition-Canada¹³, ce sont les personnes âgées qui sont les plus dépourvues en fer et, cette situation est plus critique chez l'homme d'où la fréquence d'anémies ferriprives retrouvées chez l'homme âgé.

Imbach et coll.³⁰ soulignent qu'une attention spéciale doit être apportée à ce groupe de population pour les garder autonomes et en santé le plus longtemps possible: visites à domicile, repas communautaires, regroupements, séances d'information.

La solitude

Selon Brunet³², il semble y avoir chez les personnes âgées à la retraite une forte corrélation entre la solitude subjective ressentie, une mauvaise alimentation et une dévalorisation de soi.

L'appétit revient: à manger avec d'autres

Ainsi, tout schéma visant à une amélioration de l'état nutritionnel des personnes âgées, (vivant à domicile) ne peut ignorer ces facteurs. Il doit y avoir la possibilité pour les participants âgés de trouver: des rôles valorisants, des rapports sociaux agréables et une alimentation saine.

Les repas communautaires: intervention efficace

Le repas pris en compagnie d'autres, où il y a un maximum de participation des personnes âgées elles-mêmes, semble satisfaire ces critères. Ainsi un programme ou un service de repas communautaires autogéré par des bénévoles semble être une intervention efficace.

Selon l'A.Q.D.R., la solitude chez les gens âgés n'est pas une illusion et les repas communautaires pourraient corriger cette solitude comme l'a montré son enquête. À la question "S'il y avait un dîner communautaire près de chez vous, iriez-vous?" 45% ont répondu "oui". Quelques C.L.S.C. à Montréal organisent ces repas communautaires auxquels participent plus de 1 600 personnes. Selon l'A.Q.D.R., ces initiatives sont bien trop rares encore et nous les recommandons.

Enfin, d'après la politique québécoise en matière de nutrition⁴, les modes d'intervention vont différer selon que les personnes âgées habitent seules ou dans un centre d'accueil. Il faut avant tout chercher à

établir un contact humain pour lutter contre la tendance à l'isolement et à la dépression qui caractérise très souvent les personnes du troisième âge.

Le MAS a mis sur pied un dispositif de surveillance de l'alimentation des personnes âgées habitant dans des centres d'accueil grâce à des visites périodiques de diététistes-conseils.

Pour les invalides âgés, vivant seuls, des groupes de bénévoles ont créé un réseau de popotes roulantes qui préparent et livrent des repas chauds à domicile.

D'autres problèmes

La liste des difficultés d'ordre alimentaire des personnes âgées pourrait s'allonger encore. Il est certain que la surconsommation de médicaments qui caractérise ce groupe pourrait diminuer grâce à un meilleur régime alimentaire et à un style de vie moins sédentaire⁴. Enfin, l'enquête de l'A.Q.D.R. rapporte que 45% des personnes âgées disent avoir une mauvaise digestion; 52,3% précisent que leur santé est passable (42,2%) ou mauvaise (10,1%).

LA MALNUTRITION ET LE COMPORTEMENT

Les déficiences nutritionnelles se développent progressivement, commençant par la diminution des réserves corporelles des nutriments. Lorsque la déplétion tissulaire atteint un point critique, on observe l'altération des réactions biochimiques normales de tissus spécifiques ou de l'ensemble de l'organisme. Cette condition entraîne des modifications fonctionnelles telles que la réduction de la résistance à l'effort et des perturbations gastrointestinales et neurologiques. Si les déficiences nutritionnelles se poursuivent, des lésions anatomiques mineures d'abord, puis majeures ensuite se développent et les signes cliniques de déficience deviennent manifestes⁵¹.

La fatigue léthargique

Parmi les signes non-spécifiques de carence nutritionnelle, les perturbations du comportement sont les premiers à survenir, avant même que tout autre symptôme ne soit décelable. La fatigue et la léthargie s'installent chez les sujets recevant une quantité insuffisante de riboflavine, de thiamine et de vitamine C. Ceci pourrait être relié au rôle de ces vitamines dans l'utilisation de l'énergie, tant au cerveau que dans l'ensemble de l'organisme. La force musculaire est également réduite dans ces carences⁵²⁻⁵³).

L'anémie et les réactions psychologiques

L'anémie, consécutive à la carence en fer, en acide folique ou en vitamine B12, conduit également à la fatigue, à la faiblesse et à la léthargie. D'autres troubles de la personnalité accompagnent les carences nutritionnelles. L'anxiété, l'hypersensibilité à la douleur, l'irritabilité sont des caractéristiques des

déficiences sous-cliniques en vitamines impliqués dans la synthèse des neuromédiateurs du système nerveux central, tels que la sérotonine, ou l'acide x-amino-butyrique. C'est le cas de la vitamine C⁵⁴ et de la vitamine B6⁵⁵.

Il semble donc évident qu'on ne peut s'attendre de la part de sujet souffrant de multiples carences nutritionnelles sous-cliniques à une attitude super-énergique, à une vigilance et à un optimisme égal à celui du sujet bien alimenté. Ses ressources physiques sont extrêmement réduites et ses chances d'échapper à sa condition sont fortement handicapées. Sans aide, ces carences nutritionnelles sous-cliniques évolueront vers des maladies nutritionnelles qui nécessiteront des soins hospitaliers et coûteront alors des sommes importantes à la société.

Une question de millions \$

Ce phénomène existe déjà et risque bien de s'accroître. Ainsi le nombre d'hospitalisations pour carences nutritionnelles dans la région du Montréal métropolitain était de 1 000/an entre 1975-1977²⁵.

La prévalence des carences diagnostiquées et identifiées comme telles (notons que ces cas constituent l'infime minorité des maladies de carence) était deux fois plus élevée dans les secteurs défavorisés que dans les plus favorisés.

Puisque au niveau de la province les maladies reliées à la nutrition coûtaient déjà plusieurs millions de dollars par an, des mesures préventives s'imposent si l'on veut sauvegarder la santé physique et mentale de nos jeunes adultes.

LA NUTRITION DE LA FEMME ENCEINTE

Plusieurs enquêtes nutritionnelles ont été faites auprès de la population des femmes enceintes.

Un groupe à risque

L'enquête nationale, Nutrition-Canada au Québec, réalisée entre 1970-72, visant à évaluer la situation nutritionnelle des Québécois est certes la plus importante¹³⁻². Au Québec, d'autres enquêtes nutritionnelles ont été réalisées auprès de la population des femmes enceintes: l'enquête Higgins du Dispensaire diététique de Montréal (DDM) en 1976²³, l'enquête Medina du Jewish General Hospital en 1977, l'enquête de Turgeon, O'Brien et leurs collaborateurs en 1978³⁴, l'enquête de Vobecky dans les Cantons de l'Est en 1975³⁵, et finalement l'enquête du Centre de recherche sur la Croissance humaine de l'Université de Montréal (Villamon et Brault-Dubuc) en 1978³⁶.

Les résultats de ces enquêtes plus modestes se rapprochent des données de l'enquête Nutrition-Canada et identifient trois principaux problèmes nutritionnels chez la femme enceinte:

- une consommation insuffisante de lait et de produits laitiers (aliments riches en calcium et en vitamine D);
- une consommation insuffisante de pain et de produits céréaliers (principale source d'énergie);
- une déficience en fer et en acide folique.

Ces enquêtes ont permis d'identifier les femmes enceintes comme un groupe à risque nutritionnel potentiel.

Les principaux problèmes

Dans l'énoncé de sa politique en matière de nutrition, le ministère des Affaires sociales (MAS) identifie les femmes enceintes comme une clientèle à la fois vulnérable aux carences et privilégiée pour les programmes de nutrition communautaire.

Des risques

Trois genres de problèmes alimentaires chez la femme enceinte sont clairement identifiés dans la politique⁴:

Problème 1

Le risque de carence en fer et en acide folique chez toutes les femmes enceintes.

Problème 2

Le risque de mauvaise alimentation pouvant se répercuter sur le poids du nouveau-né chez un certain pourcentage de femmes enceintes appartenant à des catégories particulières:

1. adolescentes de moins de 18 ans ou en état de grossesse involontaire;
2. femmes ayant suivi un régime amaigrissant mal équilibré;
3. diabétiques;
4. femmes présentant des signes de dénutrition ou d'un poids de moins de 100 livres;
5. femmes ayant déjà eu un bébé de poids insuffisant;
6. fumeuses.

Problème 3

La majorité des femmes enceintes n'adoptent pas le régime alimentaire qu'exige leur état.

Des interventions

Pour corriger cette situation et répondre à certains besoins des femmes enceintes, la politique québécoise en matière de nutrition recommande certaines mesures d'intervention. Ainsi, pour répondre au besoin de suppléments alimentaires chez la femme enceinte et face à la nécessité d'un dépistage précoce et d'un meilleur suivi des grossesses à risque nutritionnel élevé, il est proposé que le MAS intervienne auprès des médecins pour qu'ils ordonnent systématiquement des suppléments de fer et d'acide folique à toutes les femmes enceintes et pour qu'ils veillent au dépistage et au suivi des cas à risque élevé sur le plan de l'alimentation.

D'autre part, pour s'assurer que les femmes enceintes reçoivent une meilleure information sur l'alimentation particulière à leur état, le MAS préconise l'introduction de cours d'alimentation à l'intérieur des rencontres prénatales.

Le cours de nutrition, tel que conçu actuellement, porte uniquement sur la diffusion d'information et sur l'acquisition de connaissances. Il importe non seulement d'informer les femmes enceintes mais de leur donner les moyens pour modifier leur comportement et leurs habitudes alimentaires. Cette remarque s'inscrit dans le cadre de l'analyse des cours prénatals par Madeleine Blanchet et Madeleine Levasseur qui constatent que les cours prénatals ne semblent pas influencer de façon significative les habitudes de vie⁴⁸.

Nous croyons donc que d'autres types d'intervention seraient souhaitables pour les femmes enceintes à risque nutritionnel surtout si l'objectif visé est l'amélioration de la nutrition maternelle. Cet objectif devrait être d'après The Community of Maternal Nutrition of the National Academy of Sciences des U.S.A., le comité sénatorial permanent de la santé, du bien-être et des sciences du Canada et l'Institut canadien de la Santé infantile, le premier but des séries de mesures requises pour réduire la mortalité et la morbidité périnatale.

En 1973, l'American College of Obstetricians and Gynecologists proposait que chaque patiente se présentant pour la première fois à une clinique prénatale devrait y faire évaluer son état de nutrition par le médecin ou par une personne compétente à laquelle le médecin peut la référer. D'après les Wynn, peu de médecins ont le temps ou possèdent les connaissances spécialisées pour entreprendre une évaluation poussée de l'état de nutrition de leurs patientes et les nutritionnistes compétents pour s'occuper de toutes les patientes sont en nombre insuffisant⁴⁴.

Le British Columbia Medical Association est d'avis que les femmes à risque nutritionnel devraient être triées par le médecin pour être envoyées au nutritionniste comme comportant des risques probables de nutrition.

Le dépistage de celle dont l'état de nutrition exige une attention supplémentaire étant fait, le programme à recommander ensuite est l'orientation nutritionnelle⁴⁴.

Enfin, plus près de nous, le Conseil national du bien-être social, dans son rapport sur la nutrition, Un enfant, une chance, publié en 1978, recommande:

"Que des programmes soient créés, à travers le Canada, qui donneraient à toutes les femmes enceintes l'accès facile à une gamme complète de services de nutrition y compris de l'orientation en matière de nutrition, de la direction en matière de régimes alimentaires et là où la situation l'exige, des suppléments alimentaires".

Les mal nourris avant de naître

En 1970, The National Academy of Sciences des États-Unis a produit un rapport intitulé Maternal Nutrition and the Course of Pregnancy. Ce rapport fait une revue exhaustive de la littérature sur le sujet de l'alimentation et la grossesse et conclue qu'une alimentation prénatale adéquate est "le plus important facteur de l'environnement affectant la santé de la femme enceinte et de son enfant"²⁰.

La malnutrition de la femme enceinte: la "malnaissance"

Depuis 1943, les études sur l'alimentation de la femme enceinte sont nombreuses³⁸. De ces recherches, il ressort que la malnutrition en cours de grossesse entraîne une plus forte incidence de complications pendant la grossesse et lors de l'accouchement (bébés morts-nés, avortements spontanés, accouchements prématurés, bébés avec des défauts congénitaux plus fréquents, etc.).

Selon une étude écossaise, l'insuffisance de poids à la naissance quadruple le risque de handicap sous toutes ses formes à l'âge de 5 ans³⁹.

TABEAU I

RELATION ENTRE LA DIÈTE MATERNELLE ET DES COMPLICATIONS DE GROSSESSE*		
	Diète satisfaisante	Diète pauvre
Nombre de gestantes	170	120
. Protéines (g)	81	56
. Lipides (g)	95	66
. Hydrates de carbone (g)	261	213
. Calcium (g)	0,886	0,537
. Fer (mg)	14,2	10,7
Effets (%)		
. Saignements prénatals	2,4	5,9
. Menace d'avortement	2,4	8,4
. Avortement spontané	1,2	6,0
. Naissance prématurée	3,0	8,0

* Les chiffres sont basés sur le premier enregistrement de la consommation journalière.

Source: Higgins, A., The influence of Prenatal Diet on the mother and Child, cité dans: Laroché, D., Arseneau, G., Lévesque, H., La paralysie cérébrale: ça se prévient, Association de paralysie cérébrale du Québec Inc., 1983, p. 63.

De nombreuses preuves montrent que les femmes mal nourries deviennent stériles et que celles qui s'alimentent juste assez pour assurer leur fertilité ne donnent naissance qu'à des bébés de faible poids (2500 grammes; 5½ livres)⁴⁰. Il est généralement reconnu que ces enfants ont plus souvent besoin de soins médicaux et demeurent en pouponnière plus longtemps.

D'après une recherche réalisée au DSC de Verdun, "les trois quarts des bébés nés prématurément (prématurés pris dans le sens de bébés de poids insuffisant qu'ils soient nés à terme ou pas) demeurent à l'hôpital moins de deux semaines. Les autres, en majorité restent de 3 à 4 semaines"⁴¹.

• les bébés de poids insuffisant

Les bébés de poids insuffisant sont aussi plus exposés aux infections, aux maladies et aux allergies, plus susceptibles de souffrir de malformations, d'handicaps et d'arriération mentale ou d'avoir plus tard des problèmes de comportement⁴². Comme l'ont rapporté Wynn et Wynn dans leurs travaux déjà cités, il existe un rapport inversement proportionnel entre le poids à la naissance et l'incidence des déficiences mentales et des désordres cérébraux. Le cerveau est tout particulièrement vulnérable aux déficiences nutritionnelles. La malnutrition peut affecter son développement et occasionner des dommages permanents et irréversibles sur ses capacités fonctionnelles. De nombreuses études ont démontré qu'il existe un rapport assez net entre la malnutrition intra-utérine et les aptitudes mentales et physiques de l'enfant.

"The growth retardation caused by maternal malnutrition during pregnancy and early lactation could have more severe consequences in terms of mental development and learning potential than malnutrition of the infant in the post natal period. Later balanced meals may come too late and may not be able to reverse the deficits in intellectual capacity..."⁴³

D'après Statistique Canada, il naît au pays environ 330 000 bébés par année. Parmi ceux-ci, il y en a 25 000 (environ 7,5%) en moyenne dont le poids à la naissance est insuffisant (moins de 2500 grammes) et nombre d'entre eux courent le risque d'être handicapés⁴⁴.

Au Québec en 1979, 6,5% des naissances vivantes soit 6 375 bébés étaient de poids insuffisant. À Verdun, pour la période de 1976 à 1978, 7,2% des naissances vivantes soit 508 bébés étaient de poids insuffisant. (Tableau II, page suivante)

• Le facteur pauvreté

C'est toutefois chez les enfants de familles pauvres que la sous-alimentation semble causer le plus de retard de croissance prénatale.

"Parmi les pauvres, il y a deux fois plus de naissance avant terme et deux fois plus de mortalité périnatale ainsi que deux fois plus de bébés de poids insuffisant à la naissance."⁴⁵

Pour le territoire du DSC de Verdun, l'analyse des données statistiques des années 1976 à 1980 permet de constater le même phénomène. Le taux de nouveaux-nés de moins de 2500 grammes est deux fois plus important dans le secteur "est" plus défavorisé, que dans le secteur "ouest".

Ce constat est d'autant plus important que certains auteurs affirment qu'un enfant bien nourri in utero et dans les premiers mois de sa vie peut-être plus capable de passer à travers les conditions particulièrement difficiles d'un milieu économiquement défavorisé⁴⁶.

• La classe moyenne aussi

Cependant, il ne faudrait pas croire que la malnutrition chez la femme enceinte n'existe que dans les milieux défavorisés. Le culte de la minceur, les régimes alimentaires "à la mode", l'ignorance, les mauvaises habitudes alimentaires font que les problèmes reliés à la malnutrition foetale se retrouvent aussi dans les milieux plus aisés.

TABLEAU II

Comparaison de la proportion (%) de nouveaux-nés de petit poids (moins de 2500 grammes) dans diverses populations: Québec (1979), DSC Verdun et composantes (1976-1978).

	Québec 1979	DSC Verdun 1976- 78	Pointe- St- Charles	Côte- St- Paul Ville- Émard	Verdun	LaSalle
# total naissances vivantes	99893	7632	554	1260	2292	3526
% naissances poids indéterminé	1,9%	7,1%	9,4%	6,0%	5,5%	8,1%
# naissances petits poids (moins 2500 gr)	6375	508	48	90	166	205
% petit poids (parmi naissances de poids déterminé)	6,5%	7,2%	9,5%	7,5%	7,7%	6,3%

Sources: - Québec 1979: annuaire du Québec 1979-1980, p. 26.
- DSC Verdun et ses composantes, 1976-78: données du dossier socio-démographique du DSC Verdun, 1983, (à paraître).

TABLEAU III

Pourcentage de nouveaux-nés prématurés* vivants parmi les naissances vivantes du territoire du DSC de Verdun, C.H. LaSalle et Verdun, 1976-80.

Lieu de résidence	1976	1977	1978	1979	1980	1976-80
Secteur "Ouest"						
Verdun-ouest	1,9%	1,8%	1,9%	2,1%	3,8%	2,3%
LaSalle-sud	n=28	n=26	n=27	n=30	n=54	n=165
LaSalle-nord						
Secteur "Est"						
Pointe-St-Charles	4,8%	5,2%	5,0%	6,4%	6,3%	5,5%
Ville-Émard	n=44	n=54	n=48	n=60	n=59	n=265
Verdun-est						

Source: Archives des C.H. Verdun et LaSalle.
Extrait de: Morin, J.-Jacques, Importance des populations-cibles prioritaires en vue de l'élaboration d'un programme de prévention en santé mentale chez les enfants de moins de cinq ans. DSC Verdun, 1982, p. 12.

Une analyse faite en 1975 en Californie sur 1,5 millions de naissances a permis de constater que même parmi la classe moyenne et de race blanche, la croissance foetale moyenne était en retard par rapport à l'âge gestationnel⁴⁵.

La priorité: une grossesse bien nourrie

Au Canada, le rapport du comité sénatorial permanent de la santé, du bien-être et des sciences, L'enfant en péril, publié en 1980, "recommande que les gouvernements, à tous les niveaux, et les organismes de santé intensifient leurs efforts afin d'offrir des services et de donner des renseignements au public, en particulier aux femmes, sur l'importance que revêt la nutrition pour la croissance et la formation de l'enfant"⁴⁶.

Le MAS estimait atteindre, en 1980, un taux de 4% pour les naissances de poids insuffisant⁴⁸. Certains pays industrialisés, comme la Suède, ont un taux qui se situe autour de 3% alors que le taux actuel du Québec est d'environ 6,5%.

Les naissances de petit poids étant encore trop nombreuses au Québec, on retrouve parmi les priorités du MAS "la diminution des naissances avant terme et de l'insuffisance de poids"⁴⁹. La distinction étant faite entre la naissance avant terme (avant la 37^e semaine de grossesse) et la naissance de poids insuffisant (moins de 2500 grammes); puisque les facteurs causals ne sont pas nécessairement les mêmes dans les deux cas.

Une bonne nutrition au début et pendant la durée de la grossesse est donc primordiale. Les exigences nutritionnelles sont alors considérablement élevées en comparaison avec celles de l'âge adulte; notamment en calories, en protéines, en certaines vitamines (A, B,

C, B6, B12, acide folique) et en certains minéraux (fer, calcium, phosphore, zinc, magnésium, iode)⁵⁰. (c.f. Tableau IV). De plus, des situations particulières telles celles des mères très jeunes, ou très maigres, celles qui souffrent de situations de stress, celles qui vivent une grossesse gémellaire... nécessitent des apports nutritifs spécifiques.

Un grand nombre des problèmes qui découlent d'une mauvaise alimentation en cours de grossesse pourraient être évités par un meilleur suivi diététique. Comme le souligne le comité sénatorial permanent de la santé, du bien-être et des sciences dans son rapport déjà cité, "Des problèmes de consultation en diététique, mis en oeuvre par des dispensaires diététiques, se sont révélés un excellent moyen de voir naître des bébés en bonne santé et de poids normal"⁵⁰. À titre d'exemple, l'annexe I résume l'expérience d'un de ces dispensaires, le Dispensaire diététique de Montréal (DDM).

TABLEAU IV			
BESOINS SUPPLÉMENTAIRES EN CALORIES ET EN PROTÉINES PENDANT LA GROSSESSE			
Apport suppl. par jour	calorique		protéinique
Période de grossesse	kcal	MJ	G
Premier trimestre	100	0,4	15
Deuxième trimestre	300	1,3	20
Troisième trimestre	300	1,3	25

Source: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Apports nutritionnels recommandés pour les canadiens, Canada, 1983, pp. 28-201.

LA POLITIQUE QUÉBÉCOISE EN NUTRITION

Les habitudes alimentaires des Québécois, sans contre-dit préjudiciables à la santé, et le coût élevé des traitements des maladies associées à ces habitudes alimentaires sont les principaux facteurs qui ont incité le ministère des Affaires sociales à instaurer une Politique québécoise en matière de nutrition en 1977.

Dans une perspective d'amélioration de l'état de santé, l'objectif général proposé par cette politique est de rééquilibrer le régime alimentaire de façon, d'une part, à prévenir l'apparition de la malnutrition et de maladies de carence et d'autre part, à prévenir les maladies dentaires et les maladies de pléthore dont principalement l'obésité, le diabète, les maladies coronariennes et cérébro-vasculaires ainsi que les maladies intestinales attribuables au manque de cellulose dans l'alimentation.

1^{er} objectif
Trois repas équilibrés

Dans cette perspective, il faut d'abord favoriser la consommation journalière de trois repas équilibrés, satisfaisant environ 80% des besoins caloriques, le reste pouvant être pris aux collations.

Trois mesures paraissent essentielles:

- 1. insister sur l'importance d'un petit déjeuner complet;
- 2. accorder à l'heure des repas l'importance et le temps nécessaires;
- 3. éviter de manger au-delà de la satiété.

Cet objectif met en question les habitudes alimentaires tant des adolescents que des cadres d'entreprise

qui n'ont pas le temps de s'alimenter convenablement, ou qui pour différentes raisons ne prennent pas le temps de le faire. Trois repas équilibrés par jour supposent aussi les ressources économiques pour se les payer, ce qui n'est pas le cas pour tout le monde.

2^e objectif
Réduire la consommation de sucre

La réduction de 50% dans l'apport en sucre (saccharose) est aussi nécessaire par quatre mesures:

- 1. aux collations: remplacer les aliments à faible valeur nutritive (boissons gazeuses, friandises, gâteaux et biscuits) par des fruits ou produits laitiers maigres);
- 2. diminuer la consommation de biscuits, gâteaux et tartes aux repas et les remplacer par des desserts à base de fruits et de laitages;
- 3. éviter d'ajouter l'addition de sucre aux céréales, yogourt, jus, café ou thé;
- 4. boire de l'eau de préférence à toute boisson sucrée aux repas et entre les repas.

3^e objectif
Réduire la consommation de graisses

La surconsommation de matière grasse est généralisée dans la population et sa réduction de 25% apparaît nécessaire. Pour le faire, six moyens sont à privilégier:

- 1. réduire la consommation de viande; choisir les coupes les plus maigres et, avant de la faire cuire, dégraisser la viande;

2. éviter les fritures. Faire bouillir ou griller les viandes et le poisson. Consommer les pommes de terre cuites au four ou bouillies et non pas frites;
3. dégraisser les bouillons, soupes et sauces;
4. éliminer le gras ayant servi à faire rôtir les aliments ou utiliser des marmites pour cuisson sans gras;
5. utiliser très peu ou pas du tout de beurre ou de margarine sur le pain;
6. consommer de préférence des produits laitiers maigres.

4^e objectif

L'allaitement et la nutrition du nourrisson

La hausse de 100% dans le taux de l'allaitement maternel (de 16-17% à 35%) et l'amélioration de l'équilibre alimentaire du nourrisson au cours de la première année de vie sont de première importance pour éviter de compromettre la santé des nouveaux-nés.

5^e objectif

L'augmentation de la consommation de fibres

La consommation de fibres (cellulose) permet une meilleure digestion et peut éliminer le recours aux laxatifs. Parmi les moyens d'augmenter l'apport en cellulose, on peut suggérer:

1. la consommation de fruits frais entiers plutôt que de jus de fruits;
2. l'augmentation de l'apport en légumineuses et légumes crus;
3. l'usage quotidien de céréales à grain entier et de pain complet.

6^e objectif

Bien conserver les aliments

La conservation de la valeur nutritive des aliments exige certaines précautions:

1. conserver les aliments au réfrigérateur;
2. consommer le plus tôt possible après la préparation, surtout dans les cas de salade;
3. ne pas prolonger la cuisson des légumes et utiliser l'eau de cuisson dans les soupes et les sauces.

7^e objectif

Diversifier le choix d'aliments

La diversification du régime alimentaire par l'adoption d'une grande variété d'aliments est à favoriser afin de pallier certains risques de carence en oligo-éléments dont le rôle est actuellement mal connu.

Dans le document intitulé "Une politique québécoise en matière de nutrition", on retrouve en plus du chapitre sur les objectifs, plusieurs autres chapitres traitant des mesures de l'état nutritionnel, de l'état nutritionnel des Québécois et leur comportement alimentaire, des problèmes de santé reliés à l'alimentation, des moyens d'action à mettre en oeuvre pour réaliser les objectifs, des programmes à élaborer pour les groupes-cibles identifiés (femmes enceintes, nourrissons, enfants d'âge pré-scolaire, enfants et adolescents d'âge scolaire, population active et personnes âgées), de l'évaluation des programmes, de la formation et finalement des aspects économiques.

LE RÔLE DU DSC ET DES AUTRES INTERVENANTS

Le programme de nutrition du DSC de Verdun a comme objectif général de promouvoir la pratique de saines habitudes alimentaires par l'information et l'éducation auprès des différents groupes-cibles et par la sensibilisation des intervenants à s'impliquer dans la démarche de prévention des problèmes de santé reliés à l'alimentation.

Les objectifs des dernières années

Au cours des trois dernières années (1981-1984) les objectifs plus spécifiques qui ont été visés par le programme de nutrition furent les suivants: améliorer l'alimentation des nourrissons; favoriser une saine alimentation chez les enfants qui fréquentent les garderies; favoriser chez les adolescents, l'acquisition de connaissances en nutrition; améliorer l'impact des cours pré-natals; définir la problématique des femmes enceintes à risque nutritionnel; identifier les besoins et les problèmes de nutrition des travailleurs; informer le grand public sur la nutrition; définir la problématique de la nutrition des adultes, particulièrement des familles à faible revenu afin d'atténuer leurs contraintes vis-à-vis une saine alimentation; répondre aux besoins identifiés par le programme des maladies infectieuses; favoriser l'amélioration de la qualité de vie liée à une saine alimentation chez les personnes âgées vivant à domicile.

Les activités

Les principaux moyens ou les activités d'éducation sanitaire qui furent mis de l'avant pour atteindre ces objectifs ont jusqu'à date impliqué surtout la parti-

cipation d'intervenants professionnels. Par exemple, les infirmières en santé des jeunes qui travaillent dans les écoles, les infirmières en santé maternelle et infantile, en périnatalité, les pédiatres, les diététistes, etc.

La collaboration nécessaire

La promotion d'une saine alimentation et la prévention des problèmes de santé reliés à l'alimentation n'est pas seulement l'affaire des spécialistes de la nutrition. Les autres professionnels de la santé, notamment le personnel infirmier des différents organismes, les médecins, les professionnels de l'éducation physique, les professionnels du côté social (ex.: travailleurs sociaux), les enseignants et les autres comme les auxiliaires familiales, les travailleurs de quartier, etc. ont aussi une responsabilité vis-à-vis la santé et les habitudes de vie reliées à l'état de santé bio-psycho-sociale.

Ainsi l'amélioration de l'état de santé et la prévention des problèmes de santé est l'affaire de tous: du gouvernement, de professionnels dont l'objectif vise l'amélioration de la qualité de vie et la santé des individus, des groupes communautaires et des individus eux-mêmes.

L'apport de certaines institutions

En plus des interventions en nutrition planifiées par le DSC, d'autres interventions élaborées par des organismes comme la Fédération des producteurs de lait du Québec (F.P.L.Q.), le Conseil scolaire de l'île de

Montréal (C.S.I.M.) et les Commissions scolaires, certains ministères, etc., ont été dirigées vers certains groupes de la population du DSC de Verdun. Mentionnons le programme Éducation-nutrition de la F.P.L.Q. qui vise les élèves du primaire via les enseignants, la politique alimentaire du C.S.I.M. qui vise le milieu scolaire via les cafétérias scolaires et les diététistes des C.S., le programme lait-école, au primaire, du ministère de l'Agriculture, etc. Le DSC apporte son entière collaboration à de telles initiatives.

L'apport des groupes communautaires

Plusieurs groupes communautaires ou populaires font un travail extraordinaire et travaillent à améliorer les conditions de vie de différents groupes de population qui vivent des situations difficiles. Ces groupements sont des ressources humaines dont les interventions devraient être soutenues de plus en plus. Un travail de concertation et de collaboration à tous les niveaux est essentiel vis-à-vis la nutrition et la santé.

Une collaboration DSC — groupes communautaires

À la fin de l'automne 1982, un nouveau projet fut démarré dans le but de venir en aide aux familles socio-économiquement défavorisées. Ce projet "SOS Alimentaire", mesure de dépannage alimentaire, fut mis sur pied par une équipe du DSC conjointement avec des intervenants du territoire pour répondre aux besoins pressants de personnes dont les revenus n'assurent même pas la capacité de s'alimenter convenablement. De plus en plus d'actions seront menées avec la collaboration de groupes communautaires ou populaires du territoire.

Une priorité

Une étude menée par le DSC Verdun au cours de l'été 1983, sur la problématique de la nutrition et de l'alimentation en milieu socio-économiquement défavorisé, a fait ressortir les problèmes des défavorisés vis-à-vis l'alimentation. En effet, les faibles revenus ont une accessibilité financière limitée à une alimentation saine et satisfaisante. Cette situation aura sûrement un impact sur l'apparition (ou la recrudescence) de certains problèmes de santé parmi la population. Par conséquent, les objectifs et les interventions du programme de nutrition, pour les prochaines années, seront prioritairement axés vers les plus démunis qui constituent une population à risque à tous les niveaux.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Blanchet, M.: Une politique québécoise en matière de nutrition. La Vie médicale du Canada français, Vol. 7, p. 437-443, mai 1978.
- 2 Nutrition-Canada (1977): Rapport sur les habitudes alimentaires. Bureau des Sciences de la nutrition. Ministère de la Santé et du Bien-être social, Ottawa.
- 3 Mavrikakis, S.: Les maladies associées à l'alimentation coûtent 200\$ millions. L'Actualité médicale, vol. 4, No 18, p. 54, 21 septembre 1983.
- 4 Ministère des Affaires sociales: Une politique québécoise en matière de nutrition. Direction générale de la planification; Service des études épidémiologiques. Québec, Mai 1977.
- 5 Mongeau, M.: Problématique nutritionnelle des nourrissons de un à six mois. D.S.C. St-Luc, septembre 1982.
- 6 Brunet-Rhéaume, F.: Alimentation des nourrissons. Rapport de recherche. D.S.C. Verdun, juillet 1980.
- 7 Séguin, Louise: Nouveaux problèmes de santé des enfants, rôle des centres et des départements de santé communautaire. L'Union médicale du Canada. Tome 112, p. 1680172, février 1983.
- 8 Conseil national du bien-être social: Un enfant, une chance (un rapport sur la nutrition). Ottawa, mars 1973.
- 9 CASF (conseil des Affaires sociales et de la famille): Rapport annuel 1979-80. Éditeur officiel du Québec, 1980.
- 10 Conseil national du bien-être social: Les enfants pauvres. Rapport sur les enfants pauvres au Canada. Mars 1975.
- 11 Paquin, A.: Problèmes de santé et d'éducation; tiré de: L'enfant en milieu défavorisé. Rapport du colloque de la C.E.C.M., avril 1970.
- 12 Mongeon, M. et R. Allard: Enquête sur l'alimentation des nourrissons. Mille un, Vol. 2 (no 1): 2 et 3, avril 1983 (Mille un = Journal du D.S.C. St-Luc).
- 13 Ministère de la Santé et du Bien-être social: Nutrition-Canada. Compte rendu de l'étude menée au Québec. 1975.
- 14 Lahaie-Caron, L.: Étude sur le régime alimentaire d'un groupe d'adolescentes canadiennes-françaises de Montréal. Mémoire de maîtrise es sciences (nutrition). Université de Montréal, J. Can. Dietet. Assoc., 29: 182-188, 1968.
- 15 Gélinas, M.D.: État de nutrition d'un groupe d'adolescentes de la région de Montréal. Mémoire de maîtrise es sciences (nutrition), Université de Montréal, 1970.
- 16 Vanier, L.: Les habitudes alimentaires des étudiants du secondaire. Rapport de recherche sur la nutrition des adolescents du territoire du D.S.C. de Verdun, septembre 1979.

- 17 Villedieu, Yanick: La "mal-bouffe" des adolescents. Éducation Québec, Vol. II, No 4: 10-14, janvier-février 1981.
- 18 Keys, A.: Coronary heart disease in seven countries. Circulation, Vol. 41, No 4, Supplément 1, avril 1970.
- 19 Lussier-Cacan, S., R. Dufour, N.G. Leboeuf et J. Davignon: Lipides, nutrition et athérosclérose. Le Médecin du Québec, septembre 1982, p. 119-122 et 131.
- 20 Ministère de la Santé et du Bien-être social: Nutrition-Canada. Rapport sur la relation entre le revenu et la nutrition. Ottawa, 1975.
- 21 Taitz, L.S.: Infantile overnutrition among artificially fed infants in the Sheffield region. Brit. Med. J., Vol. 1: 316, 1971.
- 22 Godard, M. et J. Letarte: La prévention de l'obésité chez l'enfant. L'Actualité médicale, 5 octobre 1983, p. 55-56.
- 23 Marcotte, G., Dumont, C. et coll.: Programme du diabète. D.S.C. de Shawinigan, novembre 1980.
- 24 Burkitt, D.D., Wajjer, A.R.P. and Painter, N.S.I.: Effect of dietary fiber on stools and transit times and its role in the causation of disease. Lancet, Vol. 11: 1408, 1972.
- 25 INRS-Urbanisation: Dossier démographique et socio-sanitaire des D.S.C. du Montréal métropolitain (région 06-A). Novembre 1980.
- 26 Action-Alimentation de Pointe-Saint-Charles: Ma commande me fait mourir. 1979.
- 27 Labonté, R. et S. Penfold: Analyse critique des perspectives canadiennes en promotion de la santé (document de travail). Éducation sanitaire, avril 1981, p. 4-10.
- 28 Grenier, Gilles: Étroite relation entre la nutrition et le vieillissement. L'Actualité médicale, 7 septembre 1983, p. 50.
- 29 A.Q.D.R. (Association québécoise pour la défense des droits des retraités et préretraités): L'alimentation du 3^e âge au Québec. Avril 1983.
- 30 Imbach, A., M. Dallaire et G. Denis: Problèmes nutritionnels de la personne âgée socio-économiquement défavorisée en milieu urbain. Dénutrition et malnutrition, 9^e Congrès européen de gérontologie clinique, Grenoble 1980, p. 40-44.
- 31 Département de santé communautaire de Verdun: Rapport d'étude sur la population âgée (à domicile) du territoire. Août 1980.
- 32 Brunet, Diane: Les "lunchs-clubs" pour personnes âgées en Angleterre: étude en vue de leur implantation au Québec. Septembre 1981.
- 33 Higgins, A., Nutritional Status and the Outcome of Pregnancy, Journal of Canadian Dietetic Association, 1976, p. 17-35.
- 34 Forget, M. et coll., Problématique jeunes familles, D.S.C. Cité de la Santé Laval, Québec, 1981.
- 35 Vobecky, J., Vobecky, J., Nutrition des femmes enceintes: les habitudes alimentaires durant la grossesse et leur changement, l'Union médicale du Canada, Tome 104, 1975, p. 1252-1259.
- 36 Villalon et Brault-Dubuc, Les habitudes alimentaires et la diète de la femme enceinte: comparaison entre deux méthodes d'évaluation, Journal of the Canadian Dietetic Association, Vol. 39, No 4, octobre 1978, p. 305-323.
- 37 National Academy of Sciences, Committee on Maternal Nutrition/Food and Nutrition Board, Maternal Nutrition and the Course of Pregnancy, National Academy of Sciences, Washington DC, 1970, 241 p.
- 38 Articles résumant très bien l'état actuel de la recherche sur le sujet:

Lalonde, A., La nutrition et les soins maternels de santé. La Vie médicale au Canada français, Vol. 11, mars 1982, p. 129-145.

U.S. Department of Health Education and Welfare, Factors Associated with Low Birth Weight, Public Health Service, avril 1980, 37 p.

Jacobson, H., Diet and Pregnancy, Nutrition and the M.D., Vol. VI, No 11, novembre 1980, p. 1-2.

Leader, A., Kevin, L., Mervyn, D., Maternal nutrition in pregnancy, Part 1: a review, CMA Journal, Vol. 125, septembre 1981, p. 545-549.

Rush, D., Nutritional Services during pregnancy and with weight: a retrospective matched pair analysis, CMA Journal, Vol. 125, septembre 1981, p. 567-576.
- 39 Grant, M.P.S., Child population Report 1977, cité dans Blanchet M. Levasseur M., loc. cit.
- 40 Wynn, M., Wynn, A., Nutritional Counselling in the Prevention of Low Birth Weight, Foundation for Education and Research in Child Bearing, Londres, 1975, p. 4.
- 41 Morin, J.J., Importance de populations-cibles prioritaires en vue de l'élaboration d'un programme en santé mentale chez les enfants de moins de cinq ans, D.S.C. Verdun, 1982, p. 12.
- 42 Shnedure, A., the Malnourished Mind, cité dans l'Enfant en péril, op. cit. p. 13.
- 43 Shanklin, D., Hodin, J., Maternal nutrition and Child Health, Charles C. Thomas publisher, Illinois, U.S.A., 1979, 205 p.
- 44 Brown, J.C., La prévention du handicap: pour l'amélioration des soins prénatals et périnatals, l'Institut de la santé infantile, Ottawa, 1978, 64 p.
- 45 Séguin, L., Nouveaux problèmes de santé des enfants: rôle des centres et départements de santé communautaire, l'Union médicale du Canada, tome 112, février 1983, p. 168-172.
- 46 State of California, Department of Health, Nutrition during pregnancy and Lactation, Sacramento, 1975, p. 7.
- 47 Canada, L'enfant en péril, Rapport du comité sénatorial permanent de la santé, du bien-être et des sciences, Approvisionnement et Services Canada, Hull, 1980, p. 76.
- 48 Blanchet, M., Levasseur, M., Périnatalité: bilan et prospective, Carrefour des Affaires sociales, Vol. 2, édition spéciale, septembre 1980, p. 10-28.
- 49 Levasseur, M., Des problèmes prioritaires dans la collection La santé des Québécois, Direction générale des publications gouvernementales du ministère des Communications, 1983, p. 9.

- 50 Pitkins, R.M., Assessment of Nutritional Status of mother foetus, and newborn, The American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 34, 1981, p. 658-668.
- 51 Burton, B.T.: Human Nutrition. McGraw-Hill Book Co. 3th ed. 1976.
- 52 Sterner, R.T. et W.R. Price: Restricted riboflavin: Within - subject behavioral effects in humans. AM. J. Clin, Nutr. 26: 150, 1973.
- 53 Hughes, R.E. et coll.: Dietary ascorbic acid and muscle carnitine in guinea pig. Brit. J. Nut. 43: 385-387, 1980.
- 54 Sourbes, T.L.: Disorders of eating and nutrients in the treatment of brain disease. Dans Nutrition and the brain. Wurtman, R.J. et Wurtman, J.J. éd. Vol. 3, Raven Press, N.Y., p. 265-299, 1979.
- 55 Roberts, E.: Some thoughts about x-aminobutyric acid system in Nervous Tissue. Nut. Rev. 21: 161-165, 1963.

MATÉRIEL D'INFORMATION

Les publications

Ces publications sont généralement disponibles au DSC-Verdun. Cependant, compte tenu des politiques d'édition des gouvernements, il peut y avoir limitation ou épuisement des stocks. Quant à ses propres publications, le DSC doit dans certains cas en demander paiement afin d'en assurer la production.

Productions du DSC-Verdun

Mission projectibus. Bande dessinée couleur, à l'intention des 10-14 ans.

Des lunchs-santé pour ensoleiller vos midis! Brochure.

L'alimentation du nourrisson (de la naissance à 3-4 mois), (de 4 à 6 mois, (de 6 à 23 mois). Trois dépliants.

L'alimentation et le jeune enfant. Livret de 95 pages à l'intention des intervenants. (3\$)

Productions du gouvernement du Québec

Ministère des Affaires sociales
Direction des communications
Production et diffusion
845, avenue Joffre - 1^{er} étage
QUÉBEC G1S 3L8

Brochures

Bien manger pour être aux petits oiseaux
Guide alimentaire québécois
Résumé de la politique québécoise en matière de nutrition

Dépliants

Coupez le sucre
Est-ce vrai qu'une banane vaut un steak?
Goûgoûter
Inspiration pour le petit déjeuner
Laissez-vous prendre au jus
L'eau à la bouche
Les fibres alimentaires
Lunch de toutes les couleurs
Quand la faim vous travaille
Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les légumineuses
Trucs pour manger moins

Livret

Mieux vivre avec son enfant

Productions du gouvernement canadien

Direction de la promotion de la santé
Centre de distribution
Ministère de la Santé et du Bien-être social
Édifice Jeanne-Mance, Bureau 451
Tunney's Pasture
OTTAWA (Ontario) K1A 1B4

Brochure

Valeur nutritive de quelques aliments usuels

Feuillets

Guide alimentaire canadien
Manuel du guide alimentaire

Productions de la F.P.L.Q.

Fédération des producteurs de lait du Québec
Service de promotion et de publicité
555, boulevard Roland-Therrien
LONGUEUIL (Québec) J4H 3Y9

Brochures

La nouvelle vie d'Eglantine
Se nourrir pour le plaisir

Dépliant

Ça commence à table

Les audio-visuels

Le matériel audio-visuel est disponible au DSC-Verdun.

Films 16mm

Aliment-Action (série de 4). Steinberg Inc., 1981
• Le lait et les produits laitiers, 15 min 3
• Les fruit et le légumes, 9 min 11
• Le pain et les produits céréaliers, 12 min 41
• La viande et ses substituts, 15 min 11

Diaporamas

Les intoxications alimentaires, D.S.C. de Verdun, 1983, 10 min.
J'mange bien, j'me sens bien (série de 4), Santé et Bien-être social Canada et ONF, 1982
• Grand-maman muffin
• Des jumeaux choisissent comme il faut
• Le capitaine-Santé et les 4 groupes d'aliments
• Je mange + tu manges = nous mangeons

Moi, je mange bien, Santé et Bien-être social Canada, 1980, 12 min.

Le petit déjeuner, D.S.C. CHUL et Service audiovisuel de l'Université Laval, 1981, 20 min.

Serpentin et Nénuphar, D.S.C.-Hôpital du St-Sacrement, 1979.

Une bonne alimentation, ça porte fruit, A.S.P.Q., 1977, 18 min.

Winnie the Pooh-Nutrition and You (série de 2), Productions Walt Disney, 1977
• Need for Healthy Habits, 11 min 32
• Personal Choices, 12 min 40

Y'a pas d'âge pour bien manger, Siscom Enr., 1980, 13 min 30.

ANNEXE

**Le dispensaire diététique de Montréal (DDM),
une expérience convaincante***

Célèbre à l'étranger (les chercheurs Wynn et Wynn citent abondamment, dans leurs récits, l'expérience de la petite clinique; on vient des États-Unis pour suivre les cours de celle-ci), le Dispensaire diététique est encore trop peu connu chez-nous, sauf par des spécialistes de la nutrition. Il a pourtant développé une approche simple, efficace et fort peu coûteuse pour diminuer significativement le taux de prématurité parmi sa clientèle. Une approche qui gagnerait à être davantage connue et pratiquée.

Fondé en 1979, le Dispensaire a été, depuis surtout la fin des années quarante, un véritable laboratoire d'expérimentation dans le domaine de l'alimentation de la femme enceinte. On y a mis au point la fameuse méthode Higgins, du nom du Dr Agnès Higgins, une pionnière.

Le Dispensaire diététique de Montréal recrute très largement sa clientèle parmi les familles de milieu socio-économiquement défavorisé et chez les femmes immigrantes. La publicité du centre se fait de bouche à oreille (54% de la clientèle est ainsi référée) et est surtout le fait de femmes satisfaites de l'accueil chaleureux et respectueux qu'elles y ont trouvé. En 1981-82, le Dispensaire diététique de Montréal a procuré un suivi individuel à 1774 clientes, 58% de cette clientèle requérant un supplément alimentaire (coût moyen de ce supplément: 72,00\$ par individu). Le Dispensaire offre également un programme de formation dont peuvent se prévaloir des médecins, des infirmières, des nutritionnistes et autres spécialistes.

La méthode Higgins, fort simple, repose sur des années d'expérimentation couronnées de résultats probants. Elle comporte notamment:

- une évaluation du statut nutritionnel de la nouvelle clientèle par une nutritionniste du centre: "histoire diététique" des dernières 24 heures. Cette évaluation tient compte de l'ensemble des conditions de vie de la femme qui consulte: revenu personnel et revenu du conjoint, conditions de travail, enfants à la maison, etc. si le bilan établit qu'il y a sous-alimentation ou alimentation carencée, des correctifs seront apportés.

- une prise en considération du poids de la future mère et de son niveau de stress nutritionnel;

• si le poids avant la grossesse de la mère se trouvait à 5% ou plus en-deça du poids normal pour la taille et l'âge, un programme correctif est alors proposé pour que la femme gagne, durant sa grossesse, les kilos manquants;

• cette prise de poids est extrêmement importante pour le développement de l'enfant, comme nous le verrons plus loin. Pour y arriver, on compte 20 grammes de protéines et 500 calories additionnels par jour, à la diète de grossesse normale;

• le stress nutritionnel. Il est présent lorsqu'on retrouve un ou plusieurs des facteurs suivants: vomissements incoercibles, grossesses rapprochées (moins d'un an entre les grossesses), histoire obstétricale difficile¹, gain de

Le counseling du Dispensaire diététique de Montréal repose essentiellement sur la motivation de la cliente. On évite absolument des phrases comme: "Si vous ne mangez pas assez et mal, votre bébé risque d'être trop petit et d'avoir de sérieux problèmes". On mettra plutôt l'accent sur le plaisir et la fierté de "bâtir" un bébé en forme et sur le fait que pour y arriver, la mère doit manger sainement, à la fois pour elle et pour son enfant. À celles qui ont besoin d'un supplément, on remet un oeuf et une pinte de lait par jour (on donnait une orange, mais les restrictions budgétaires...), en spécifiant bien qu'il s'agit là d'aliments "pour bébé". Pour éviter que ce supplément n'aille au reste de la famille - surtout dans les foyers démunis - on demande à la cliente de tracer un gros B (pour bébé) sur la pinte de lait, pour se rappeler l'usage particulier de cet aliment. Le lait doit être consommé aux repas, mais aussi au milieu de la matinée, au milieu de l'après-midi et au coucher. On appelle cela "nourrir le bébé".

Quand la nutritionniste constate des problèmes sociaux, économiques ou de santé, qu'elle n'est pas en

Comme on peut le constater, une bonne partie de la méthode repose sur la faculté d'empathie, de compréhension et de sincérité de l'intervenante. Une approche qui donne des résultats hautement significatifs, si l'on en juge par les statistiques produites par le Dispensaire diététique de Montréal.

L'ensemble des services offerts par le Dispensaire diététique de Montréal ne coûtait, en 1981, que 171,00\$ par cliente, incluant les suppléments quotidiens. Tellement moins que le maintien en institution, à vie, d'une personne lourdement handicapée... Tellement moins de vies handicapées.

Source: Laroche, D., Arseneau, G., Lévesque, H., La paralysie cérébrale: ça se prévient!, Association de la paralysie cérébrale du Québec Inc., 1983, p. 63-64.

E-2388

[illegible]

D 896
ex. 2

