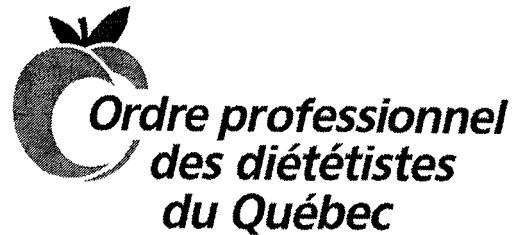


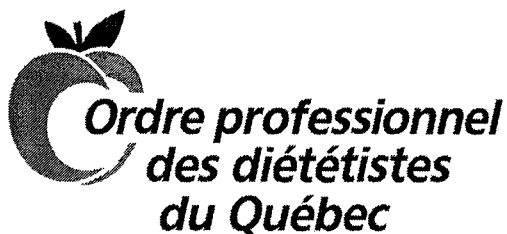
CI - 018M
C.P. - P.L. 50
Code des professions
Domaine santé mentale et
relations humaines



Mémoire

de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec
sur le Projet de loi 50 modifiant le Code des professions
et d'autres dispositions législatives dans le domaine
de la santé mentale et des relations humaines

Mars 2008



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

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

Nous tenons à remercier, pour leur précieuse collaboration à la rédaction du mémoire de l'OPDQ sur le projet de loi 50 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines :

Madame Jacinthe Dulude Barbeau, Dt.P.

Madame Linda Falcon, Dt.P.

Madame Chantal Robidoux, Dt.P.

Madame Louise Lavallée-Côté, Dt.P., Responsable des affaires professionnelles, OPDQ

Me Annie Chapados, Directrice générale et Secrétaire, OPDQ

Mars 2008

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER - COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	2
A- LA PERTINENCE DE L'INTERVENTION NUTRITIONNELLE EN SANTÉ MENTALE	2
1. L'impact de la maladie sur l'état nutritionnel	3
<i>Les troubles de l'humeur</i>	3
<i>La schizophrénie</i>	4
<i>Troubles de la conduite alimentaire</i>	4
<i>Les abus de substances</i>	5
<i>La démence</i>	5
<i>Les troubles neuro-développementaux</i>	6
2. L'impact de l'état nutritionnel sur la maladie	6
<i>Les déficiences nutritionnelles</i>	6
<i>Les maladies métaboliques</i>	7
3. L'impact de l'utilisation des médicaments sur l'état nutritionnel	7
4. L'impact des conditions sociales sur l'état nutritionnel	8
B- LE RÔLE DES DIÉTÉTISTES/NUTRITIONNISTES EN SANTÉ MENTALE	9
1. L'intervention préventive	9
2. De quelques exemples	10
<i>Les troubles de la conduite alimentaire</i>	10
<i>L'obésité</i>	11

TABLE DES MATIÈRES (SUITE)

	Page
CHAPITRE DEUXIÈME - COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES	12
A- NATURE DES PRÉOCCUPATIONS DE L'OPDQ	12
B- DISPOSITIONS EN CAUSE	12
1. Analyse	12
3. Recommandation	15
CONCLUSION	16
RÉFÉRENCES	18

«Les diététistes/nutritionnistes sont les seuls professionnels de la santé reconnus pour avoir fait de la nutrition et de l'alimentation humaine le cœur de leur champ de compétences»

Paul-Guy Duhamel, président de l'OPDQ

INTRODUCTION

En novembre 1999, la ministre responsable de l'application des lois professionnelles, Me Linda Goupil, annonçait un vaste plan d'action gouvernemental pour la mise à jour du système professionnel québécois. Des chantiers législatifs étaient mis sur pied, dont un visant le secteur de la santé. Le gouvernement d'alors entendait revoir d'abord le champ de la santé physique pour, par la suite, s'attarder à la santé mentale.

Le 14 juin 2002, des suites de la première phase des travaux en santé, était sanctionné le projet de loi 90. Ce dernier introduisait au Code des professions (L.R.Q., c. C-26) un nouveau partage des champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé et précisait, dans ce nouveau contexte, les activités désormais réservées à divers corps professionnels, dont celui des diététistes/nutritionnistes.

Le 13 novembre dernier, le ministre responsable de l'application des lois professionnelles, M. Jacques P. Dupuis, déposait le projet de loi 50 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, lequel prévoit également un nouveau partage des champs d'exercice professionnel, cette fois dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Ce projet fait suite aux travaux et consensus atteints par les principaux corps professionnels qui interviennent usuellement en santé mentale (Rapport Trudeau).

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec (ci-après l'OPDQ) n'a pas participé à cette deuxième phase des travaux, l'entendement étant que bien que ses membres puissent intervenir dans leur champ d'expertise auprès d'une clientèle atteinte par ailleurs d'un trouble mental, leur intervention n'en demeurerait pas moins une intervention qui avait pour objet premier l'état nutritionnel des patients et non leur état mental. Soucieux néanmoins que les clientèles atteintes de troubles mentaux puissent toujours avoir accès aux compétences des membres de l'Ordre, l'OPDQ a effectué, au moment des travaux du Comité Trudeau, certaines représentations auprès de l'Office des professions du Québec et obtenu l'assurance qu'il en serait ainsi. Cette position semble refléter au demeurant celle des représentants des ordres concernés au premier chef par le projet de loi 50, lesquels ont affirmé encore récemment, dans le respect des champs d'expertise de chacun, ne pas vouloir priver leurs clientèles de quelque compétence professionnelle que ce soit.

Lecture faite du projet de loi cependant, certaines dispositions ont suscité malgré tout des préoccupations, lesquelles ont été transmises à la fois au groupe d'ordres ci-haut de même qu'à l'Office des professions. Une réunion a d'ailleurs été convoquée par ce dernier, réunion au cours de laquelle l'OPDQ a été en mesure de les exprimer à nouveau. Au moment d'écrire ces lignes, une recommandation de l'Office des professions susceptible de répondre à la problématique soulevée par l'OPDQ était sous étude. Bien qu'elle ne corresponde pas nécessairement à l'avenue que nous entendions recommander, l'OPDQ donne ici l'assurance qu'il est disposé à la considérer.

C'est donc dans ce contexte que vous est soumis le présent mémoire. Un premier chapitre est consacré aux commentaires d'ordre général, relatifs essentiellement aux liens entre la nutrition et la santé mentale; un deuxième, quant à lui, expose de façon plus spécifique les préoccupations que l'OPDQ désire soumettre à votre attention.

Mais en tout état de cause, il importe d'abord et avant tout de préciser que l'OPDQ accueille favorablement le projet de loi 50. Non seulement ce projet de loi répond-il à un besoin réel de modernisation du système professionnel dans le secteur de la santé mentale mais il intervient dans un contexte où il se fait de plus en plus pressant d'agir.

CHAPITRE PREMIER - COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

D'aucuns pourraient s'interroger sur la relation existant entre la nutrition et les problèmes de santé mentale. D'où l'importance de s'attarder d'abord sur cette question.

Les diététistes/nutritionnistes interviennent auprès de personnes qui présentent des troubles de la santé mentale en raison de leur vulnérabilité nutritionnelle inhérente à leur maladie et à leur traitement. De plus, les risques pour leur état nutritionnel sont particulièrement aggravés si les conditions dans lesquelles elles vivent sont précaires.

Ce premier chapitre du mémoire exposera donc dans un premier temps en quoi l'intervention nutritionnelle est pertinente auprès des clientèles visées par le projet de loi 50 pour, dans un deuxième temps, donner quelques exemples concrets du rôle des diététistes/nutritionnistes auprès de ce type de clientèle.

A- LA PERTINENCE DE L'INTERVENTION NUTRITIONNELLE EN SANTÉ MENTALE

Sommairement, la maladie mentale est une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, ou une combinaison des trois, associée à une importante détresse et à une dysfonction de longue durée. Elle peut se développer à tout âge, même chez une personne en bonne santé. L'étiologie est multifactorielle^{i,ii,iii,iv}. La recherche indique que les maladies mentales sont le résultat d'une interaction complexe de facteurs génétiques,

biologiques, environnementaux et de la personnalité: toutefois, le cerveau est le lieu commun final du contrôle du comportement, de la cognition et de l'humeur. Le diagnostic des maladies mentales est établi selon les critères de classification du DSM-IV¹. Nous soulignerons plus loin l'effet sur l'état nutritionnel de certaines maladies telles que définies selon cette classification. Nous nous en limiterons ici, et à titre indicatif seulement, à en désigner quelques-unes : la schizophrénie, les troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires), les troubles de conduite alimentaire (anorexie nerveuse, boulimie...), les troubles anxieux, les troubles alimentaires (pica²...), les troubles de déficit de l'attention et comportement perturbateur et les troubles neuro-développementaux (autisme, trisomie 21...).

On doit savoir *a priori* que le lien entre la nutrition et la santé mentale s'observe sous plusieurs aspects. La maladie en soi peut par exemple avoir un impact défavorable sur l'état nutritionnel de la personne qui en est atteinte, de par sa nature même ou des suites du traitement médical de la maladie. Soulignons à cet égard les effets secondaires des médicaments, tel que le gain de poids, et les interactions médicaments-nutriments. Finalement, bien que rares, certaines conditions de santé reliées à l'utilisation ou au métabolisme des nutriments peuvent avoir un effet délétère sur le développement intellectuel de la personne.

1. L'impact de la maladie sur l'état nutritionnel

Un certain nombre de maladies mentales influencent négativement les apports alimentaires, et conséquemment l'état nutritionnel. Nous décrivons les principales situations en cause.

Les troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur sont définis comme un ensemble des maladies mentales caractérisées par une instabilité d'humeur ou des perturbations de l'humeur que la personne ne peut contrôler, allant de la dépression à l'exaltation et incluant les maladies bipolaires³. Dans ces cas, les problèmes nutritionnels les plus souvent observés sont l'anorexie, le refus de s'hydrater, la constipation et les difficultés de digestion. La perte de poids est fréquente au cours des épisodes de manie, alors que les personnes peuvent avoir des comportements hyperactifs et sont facilement détournées de leurs habitudes : ils

¹ DSM-IV de l'American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders . American Psychiatric Association. DSM-IV: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e éd. Paris: Masson, 1996.

² Pica : Perversion du comportement alimentaire caractérisée par la recherche et l'ingestion de substances non comestibles (encre, craie, charbon, etc). <http://www.granddictionnaire.com>

³ <http://www.granddictionnaire.com>

omettent de manger. Cela se rétablit dès que le traitement de la dépression ou de la manie est institué, mais des soins nutritionnels peuvent être requis au cours de la phase aiguë pour minimiser la perte de poids et les déficiences en nutriments. Une minorité de personnes qui présentent des troubles de l'humeur saisonniers peuvent au contraire gagner du poids, en raison de fringales et d'excès alimentaires. Ces personnes bénéficient d'une approche nutritionnelle différente, une fois l'humeur stabilisée.

La schizophrénie

La maladie se caractérise par une détérioration des schèmes de fonctionnement tant sur le plan social que sur celui des activités quotidiennes et des soins personnels. Au cours de la maladie se manifestent parfois des croyances relatives à la toxicité de certains aliments ou boissons et certaines hallucinations au cours desquelles la personne entend des voix qui dictent quels aliments consommer ou non. La qualité et la quantité de l'alimentation peuvent en être altérées. De plus, la médication anti-psychotique est associée à une prise de poids parfois difficile à contrôler de même qu'à la survenue de diabète de type 2^{vi}. L'intervention nutritionnelle en ces cas, portera donc tant sur les aspects comportementaux reliés à l'alimentation que sur l'apport adéquat en nutriments.

Troubles de la conduite alimentaire

Parmi les critères du DSM-IV soulignons que les personnes qui souffrent d'*anorexie nerveuse* présentent une peur intense de grossir, alors que le poids est inférieur à la normale, et une altération de la perception de leur image corporelle. Elles ont une attitude de déni à l'égard de leur état de maigreur. Elles mettent en œuvre différentes stratégies pour perdre du poids qui ont pour effet de mettre à risque leur état médical et nutritionnel : restrictions alimentaires, vomissements provoqués, abus de laxatifs, pratique d'activités physiques à outrance, etc. On observe chez cette clientèle un état de malnutrition avancée (ex. : protéines, calories) et une perte substantielle de la masse musculaire et grasse. La perte de poids sévère affecte tous les systèmes et accentue certains symptômes psychologiques et comportementaux. Des jeûnes prolongés compromettent la fonction immunitaire et augmentent le risque d'ostéoporose^{vii}. Le gain de poids est l'un des objectifs de traitement pour corriger l'état nutritionnel et ainsi améliorer les capacités cognitives utiles à la compréhension des problèmes sous-jacents à l'anorexie nerveuse.

La *boulimie*^{viii}, quant à elle, se caractérise par des épisodes récurrents de fringales incontrôlables de nourriture où des quantités très importantes sont consommées, suivis de comportements compensatoires visant à se débarrasser des calories ingérées et à prévenir un gain de poids. Ces épisodes se présentent au moins deux fois par semaine sur une période d'au moins trois mois. Le poids, bien que généralement normal en apparence, masque en fait un état de malnutrition. On observe fréquemment chez cette clientèle des troubles digestifs et des déséquilibres électrolytiques. Les personnes souffrant d'un trouble de la conduite alimentaire ont souvent d'autres troubles psychiatriques tels que la

dépression, l'anxiété et l'abus de substance. On observe également des troubles de la personnalité.

Or, on le comprendra aisément, l'intervention nutritionnelle en vue de rétablir et de maintenir par la suite la santé de même que de corriger les habitudes alimentaires, est au cœur même du traitement des troubles de la conduite alimentaire.

Les abus de substances^{ix,x}

Les abus de substances (cocaïne, alcool, amphétamines) peuvent modifier les besoins de nutriments et réduisent l'appétit, conséquemment l'apport alimentaire. L'usage à long terme de ces substances peut avoir un impact négatif sur l'état nutritionnel. Il peut être nécessaire de modifier l'alimentation pendant la période de désintoxication de manière à minimiser les symptômes de sevrage pour mettre en place, par la suite, un traitement en vue de corriger la malnutrition.

La démence

Parmi les critères de la démence énoncés dans le DSM-IV^{xi}, on note l'altération de la mémoire et au moins une des déficiences cognitives suivantes: aphasie⁴, altération de la pensée abstraite, apraxie⁵, agnosie⁶ ou atteinte des fonctions d'exécution^{xii}. La démence de type Alzheimer (DTA) représente environ la moitié des cas de démence. La DTA ainsi que les autres démences sont associées à des changements progressifs dans les comportements alimentaires. La précarité de l'état nutritionnel est liée à la perte de poids et à la consommation de nombreux médicaments qui peuvent entraîner certains déficits nutritionnels.

La perte de poids est maintenant reconnue comme un critère diagnostique de la démence. Généralement, cette perte pondérale se poursuit tout au long de la progression de la maladie^{xiii,xiv,xv}. Dans les premiers stades de la maladie, les problèmes de mémoire, les malaises sociaux et l'incapacité émotionnelle deviennent problématiques pour le maintien d'un comportement alimentaire normal^{xvi}. Les dernières phases de la maladie sont caractérisées par une difficulté à reconnaître la nourriture, à tenir les ustensiles, à porter la nourriture à la bouche, à mastiquer et même à avaler (dysphagie) ce qui s'aggrave avec le temps^{xvii, xviii, xix} et serait associé à une perte du contrôle intellectuel de la déglutition^{xx}. Vient un moment où le patient ne peut plus s'alimenter ni s'hydrater, ou refuse de le faire. Il est maintenant reconnu qu'une intervention précoce au plan nutritionnel peut

⁴ Altérations du langage oral et écrit causées par une lésion cérébrale circonscrite et unilatérale qui peut survenir à la suite d'hémorragies ou de tumeurs cérébrales, de traumatismes crâniens ou de certaines maladies dégénératives du cerveau chez des personnes mentalement saines qui ont terminé l'apprentissage du langage. <http://www.granddictionnaire.com>

⁵ L'apraxie est une perte de la faculté d'effectuer un mouvement ou un groupe de mouvements intentionnels ou coordonnés, volontairement ou sur ordre, en l'absence de troubles moteurs ou sensoriels. <http://www.granddictionnaire.com>

⁶ L'agnosie est un trouble spécialisé de la reconnaissance des choses, des personnes et des lieux, avec conservation des perceptions sensorielles élémentaires et des facultés intellectuelles générales. <http://www.granddictionnaire.com>

moduler le cours de la maladie. Des ajustements thérapeutiques des textures et des consistances des aliments et liquides doivent être apportés pour minimiser l'impact de la maladie sur l'état nutritionnel^{xxi}.

Les troubles neuro-développementaux

Les troubles neuro-développementaux se définissent comme un ensemble de syndromes le plus souvent d'origine génétique caractérisés par une atteinte des fonctions cognitives. Ces affections influencent négativement la qualité de l'alimentation pouvant mettre en péril la croissance chez l'enfant. Une intervention précoce et attentive est requise à cet égard. L'atteinte, présente dès le début du développement, laisse à l'âge adulte un profil de fonctions atteintes, profil qui est spécifique et propre à chacun de ces syndromes^{xxii}. À titre d'exemple, l'autisme (un trouble envahissant du développement) : sur le plan alimentaire, les patients présentent des traits autistiques tels que la rigidité quant à l'acceptation de nouveaux aliments et une sensibilité à leur goût, texture, odeur et couleur. Par ailleurs, certains autres syndromes génétiques présentent des caractéristiques conduisant à une vulnérabilité nutritionnelle certaine. Voici quelques exemples :

- Trisomie 21 : Obésité, métabolisme basal abaissé, troubles métaboliques (ex : carence vitaminique, chute de la glycémie) ;
- Syndrome de Prader-Willi : Obésité morbide, obsession pour la nourriture, métabolisme basal abaissé, trouble métabolique (mauvaise assimilation du calcium), petite taille (courbe de croissance spécifique), absence d'atteinte de l'état de satiété ;
- Maladie de William : Retard staturo-pondéral (courbe de croissance spécifique) ;
- Maladie de Wilson : Trouble du métabolisme du cuivre ;
- Syndrome Smith-Lemli-Opitz : Défaut de synthèse du cholestérol, retard de croissance.

De plus, ces affections peuvent s'accompagner de problèmes moteurs ou de la mastication et de la déglutition, d'allergies alimentaires ou simplement d'aversion alimentaires qui nécessiteront des modifications de la composition ou de la consistance des aliments.

2. L'impact de l'état nutritionnel sur la maladie

Les déficiences nutritionnelles

Plusieurs études ont mis en évidence un lien entre la déficience en certains éléments nutritifs, tels que vitamines et minéraux (particulièrement l'acide folique, les vitamines B12 et C), et les troubles de santé mentale. Il semblerait même que certaines de ces carences puissent conduire à des troubles mentaux, sans toutefois que la relation causale ne soit établie^{xxiii}. À titre d'exemple, on a remarqué que des carences en acide folique

peuvent réduire l'efficacité de médicaments antidépresseurs et que des taux sanguins très bas de vitamine B12 étaient associés avec une augmentation de symptômes psychologiques et comportementaux chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.^{xxiv}

Plusieurs autres nutriments ont été étudiés et on recherche actuellement si la supplémentation (prise de suppléments alimentaires) pourrait apporter des avantages chez les personnes aux prises avec des troubles psychiatriques.

Les maladies métaboliques

Des maladies métaboliques impliquant des troubles de l'utilisation de sous produits de la digestion, de certaines protéines ou glucides, peuvent, à défaut d'un plan de traitement nutritionnel adapté, conduire à un retard mental assuré. Ces affections, bien que rares, font l'objet d'un dépistage systématique à la naissance de manière à pouvoir instaurer le traitement nutritionnel essentiel dès que possible. Il s'agit de la phénylcétonurie et de la galactosémie. Pour ce qui de la **phénylcétonurie**, le retard mental en est la manifestation la plus grave, le cerveau étant endommagé par l'accumulation excessive de la phénylalanine et de ses métabolites dans le sang^{xxv,xxvi}. Le traitement consiste à calculer la teneur en phénylalanine du régime alimentaire en fonction des tests sanguins, effectués régulièrement, qui indiquent la tolérance enzymatique individuelle de l'enfant. Ce traitement nécessite parfois d'être poursuivi à l'âge adulte. La **galactosémie**^{xxvii, xxviii}, quant à elle, est une maladie métabolique héréditaire résultant d'un défaut enzymatique empêchant la conversion du galactose en glucose et dont les sous-produits s'accumulent dans les tissus (principalement dans le foie, les reins, les yeux et le système nerveux central) pour produire des effets toxiques. Les signes cliniques comprennent notamment la perte de poids, les vomissements, l'ictère prolongé et la cirrhose. Chez l'enfant non traité, un retard mental devient apparent après quelques mois de vie. Le défaut enzymatique demeurant présent pour la vie, la personne atteinte de galactosémie devra suivre un régime sans galactose en permanence. On constate ici l'importance d'une intervention nutritionnelle en amont de la maladie.

3. L'impact de l'utilisation des médicaments sur l'état nutritionnel

Certains médicaments peuvent interagir avec des aliments. À titre d'exemple, le café réduit l'efficacité des anxiolytiques. Un arrêt brusque de sa consommation peut par ailleurs provoquer une intoxication au lithium car cette boisson stimulante en augmente l'élimination par l'organisme. Le sodium quant à lui, favorise l'élimination du lithium. Or, le sodium est retrouvé dans le sel de table ainsi que dans une multitude de produits alimentaires. Conséquemment, une réduction subite du sodium de la diète peut aussi conduire à une intoxication. Autre exemple : la vitamine C altère l'absorption des antipsychotiques.

De façon plus générale, les médicaments psychotropes utilisés pour le traitement ont des effets secondaires qui affectent l'appétit, la fonction gastro-intestinale (nausées et vomissements) ainsi que l'absorption et le métabolisme des nutriments. Certains antidépresseurs et anti-psychotiques réduisent la production de salive, rendant plus difficile la déglutition. Certains ralentissent alors que d'autres accélèrent l'élimination intestinale. Le cas des médicaments prescrits pour traiter les problèmes d'hyperactivité tel que le Ritalin (méthylphénidate) est connu : la prise de Ritalin serait associée à une réduction de l'appétit chez l'enfant ce qui amène des conséquences sur le gain de poids et le rythme de croissance, soulevant ici encore l'importance d'un suivi nutritionnel.

On observe plus communément un gain de poids, pouvant affecter jusqu'à 50% des patients^{xxix} qui prennent des médicaments psychotropes ou du lithium, produit de choix pour les troubles bipolaires. Certains autres médicaments (olanzapine et clozapine) sont associés avec l'apparition de diabète de type 2^{xxx}. Il importe ici d'insister sur le fait que le gain de poids incontrôlable apparaît comme le motif principal de non-observance du traitement médicamenteux. Tout comme il importe de rappeler que l'association entre l'obésité et l'augmentation de la morbidité et la mortalité dues à l'hypertension, au diabète, aux maladies coronariennes est fort connue et documentée^{xxxi}.

Cela étant, il est recommandé de surveiller étroitement et de traiter adéquatement le gain de poids qui accompagnent les traitements médicamenteux. De manière optimale, tous les patients recevant ces traitements devraient bénéficier de counselling nutritionnel.

4. L'impact des conditions sociales sur l'état nutritionnel

Avec la désinstitutionnalisation, la clientèle aux prises avec des problèmes chroniques de santé mentale, vivant dans la communauté, court davantage de risques d'avoir des ressources financières limitées : leur employabilité semble être limitée par leur maladie ou par la stigmatisation dont elle est victime^{xxxii}. On observe ainsi que trop de fois, leurs revenus ne leur permettent pas un approvisionnement suffisant et de qualité. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont aussi très souvent une alimentation inadéquate en raison d'habiletés limitées pour les activités culinaires ou les achats de denrées. La pauvreté, l'isolement social, l'itinérance, l'abus de substances et la prévalence élevée de morbidités sont des descripteurs bien connus associés à la maladie mentale et à des risques nutritionnels^{xxxiii}. Cette clientèle est vulnérable et mérite qu'on lui porte une attention nutritionnelle particulière.

B- LE RÔLE DES DIÉTÉTISTES/NUTRITIONNISTES EN SANTÉ MENTALE

Tel que nous l'avons exposé précédemment, les troubles de santé mentale ont un spectre de présentation très large et peuvent avoir un impact majeur sur l'état nutritionnel, sur le développement de maladies physiques concomitantes ainsi que sur la croissance lorsqu'elles touchent la clientèle pédiatrique. Le diététiste/nutritionniste comprendra les distinctions propres à chacun de ces troubles et sera en mesure de détecter les problèmes nutritionnels potentiels qui en découlent.

1. L'intervention préventive

La revue de la documentation nous permet de convenir que la clientèle présentant des troubles de santé mentale est à risque nutritionnel et particulièrement de malnutrition. Des outils de dépistage sont utilisés dans plusieurs pays pour repérer les clientèles à risque nutritionnel et porteuses de maladie affectant l'état physique de manière à les diriger vers des diététistes/nutritionnistes en vue d'une intervention appropriée. Des recherches soulèvent maintenant l'importance de créer et d'utiliser des outils d'intervention nutritionnelle conçus spécifiquement pour les clientèles aux prises avec des troubles de santé mentale^{xxxiv}.

L'intervention du diététiste/nutritionniste permet de prévenir ou de traiter la malnutrition afin de contrer ses conséquences, d'adapter l'alimentation de manière à composer avec les caractéristiques de la maladie mentale et de limiter la survenue de complications liées aux comorbidités. Son intervention se déroulera en plusieurs étapes dont la première, incontournable s'il en est pour pouvoir déterminer au besoin un plan de traitement nutritionnel, est l'évaluation de l'état nutritionnel. Le diététiste/nutritionniste évalue l'état nutritionnel en faisant appel à une combinaison de données relatives à l'état clinique, aux données biochimiques, aux mesures anthropométriques simples (poids, taille, indice de masse corporelle, tour de taille...) ou détaillées (plis cutanés, mesure de la force musculaire) de même qu'aux examens cliniques. Le diététiste/nutritionniste établit un profil clair des habitudes alimentaires, tant en quantité qu'en qualité, de même que du comportement alimentaire associé en questionnant la personne ou son entourage, au besoin. Il conclut à l'existence ou non de problèmes nutritionnels et les qualifie. Son plan de traitement ou stratégie sera toujours personnalisé et adapté au problème, à l'âge et au stade de développement (enfant). Il peut inclure :

- des modifications de choix des aliments et selon les cas, de leur texture et leur consistance
- des modifications dans les proportions de certains nutriments (ex. : plus de zinc, moins de calcium, plus de fibres...)
- des suppléments nutritifs
- la détermination de la voie d'alimentation (orale, entérale ou parentérale)

- des séances de counselling individuelles ou de groupe
- des services de soutien (traiteur, popote roulante, cuisine collective...)
- l'éducation de l'entourage ou des intervenants.

Mais en tout temps, son intervention impliquera des modifications de comportement alimentaire. Pour ce faire, on appliquera individuellement des techniques de modifications cognitivo-comportementales, régulièrement, en prenant le temps nécessaire, à long terme et dans un environnement adéquat.

2. De quelques exemples

Les troubles de la conduite alimentaire

Plusieurs diététistes au Québec ont développé une expertise dans le domaine des troubles de la conduite alimentaire et interviennent à titre de thérapeute nutritionnel auprès de cette clientèle, que ce soit en milieu hospitalier psychiatrique, en psychiatrie communautaire, en CLSC ou en pratique privée. Ils jouent un rôle majeur dans le dépistage des troubles de la conduite alimentaire, leur prévention, leur évaluation et dans leur traitement en accompagnant le client dans le processus de réadaptation. D'ailleurs, une littérature abondante traite de l'expertise particulière du diététiste/nutritionniste pour aborder cette clientèle de manière optimale. L'American Psychiatric Association reconnaît l'intervention du diététiste/nutritionniste en tant que partie intégrante du traitement de ces troubles^{xxxv}. L'American Dietetic Association^{xxxvi} a récemment émis un énoncé de position à l'effet que : « L'intervention nutritionnelle par un diététiste, incluant le counselling, constitue une composante essentielle du traitement prodigué par l'équipe de soins spécialisée auprès des patients présentant un diagnostic d'anorexie nerveuse, de boulimie ou de troubles alimentaires non spécifiés ».

Soulignons ici l'exemple du programme des Troubles de l'Alimentation de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas de Montréal qui s'inspire du modèle d'interdisciplinarité pour son approche thérapeutique. L'équipe est composée de professionnels de la santé du domaine de la psychiatrie, de la psychologie, de la nutrition, du nursing, de l'ergothérapie et du travail social. Tous les membres de l'équipe ont développé les compétences pour mener une entrevue d'évaluation globale qui consiste à identifier la nature du trouble de la conduite alimentaire ainsi que les facteurs contribuant à son développement et à sa perpétuation. Tous les membres de l'équipe contribuent à l'élaboration d'un plan de traitement et jouent un rôle de coordination auprès des patientes qui leur sont assignées. Dans ce contexte, le diététiste/nutritionniste est responsable plus particulièrement de l'histoire diététique, de l'évaluation de l'état nutritionnel et de la section nutritionnelle du plan de traitement.

Depuis quelques années, le titre de 'nutrition therapist' est utilisé dans le milieu pour désigner le professionnel qui a une expertise en nutrition et qui emprunte des techniques de la thérapie cognitivo-comportementale et de l'entrevue motivationnelle pour encourager le patient à normaliser ses comportements alimentaires et à élargir sa zone de confort à l'égard de l'alimentation et de l'image corporelle.

L'obésité

Que l'excès de poids soit considéré comme un facteur de risque pour la santé des individus et des populations ne fait plus de doute. L'excès de poids est un résultat d'un déséquilibre énergétique, où l'apport excède la dépense et dont l'ensemble des facteurs explicatifs sont encore mal compris. En effet, ce désordre de la régulation de l'appétit ou du métabolisme de l'énergie fait appel à des facteurs individuels, physiologiques, environnementaux ainsi qu'à des facteurs psychologiques. Il importe de distinguer les facteurs étiologiques qui expliquent l'obésité chez les individus et ceux qui expliquent l'augmentation du poids des populations. Cette compréhension permettra d'élaborer des stratégies prometteuses et sans effet néfaste, adaptées respectivement au travail clinique et aux interventions de santé publique. Il y a lieu de considérer l'ensemble des facteurs associés au corps et à l'alimentation dans une perspective de rapport coûts-bénéfices. Les problèmes de comportement alimentaire ou d'image corporelle résultent aussi d'un ensemble de facteurs. Toutefois, ces facteurs sont autant d'ordre culturel, social, et psychologique que physiologique^{xxxvii}.

Selon le Manuel de nutrition clinique de l'Ordre, le traitement de l'obésité et le contrôle du poids s'avèrent fort complexes puisqu'ils se caractérisent par un taux d'échec très élevé qui peut atteindre selon les études 90%^{xxxviii}. Dans un tel contexte, l'échec à produire une perte de poids qui sera maintenue à long terme et la perte d'estime de soi qu'entraînent ces échecs ont conduit plusieurs professionnels à privilégier la santé physique et mentale plutôt que la perte de poids. Le traitement de ces problématiques devrait passer, notamment au nom de la protection du public et de ses intérêts, par l'évaluation bio-psycho-sociale de la personne. Cette évaluation est cruciale et doit se poursuivre dans le cadre de plusieurs rencontres^{xxxix, xl, xli}. Les diététistes/nutritionnistes ont développé une expertise dans le traitement des problèmes de poids leur permettant d'identifier des problèmes de consommation alimentaire et d'intervenir⁷ de manière à favoriser une relation positive à la nourriture, exempte de comportements excessifs (restriction, compulsions, suralimentation) et d'attitudes négatives (culpabilité et honte), à faciliter l'atteinte et le maintien d'un poids naturellement stable et ce, de manière durable, de même qu'à faciliter la reconnaissance et l'écoute des signaux corporels de faim et de satiété. L'approche utilisée s'inspire largement de celle qui est employée dans le cadre du traitement des troubles alimentaires et est fondée sur l'autodétermination et l'appropriation par la personne de ses compétences à gérer son problème.

⁷ tel que suggéré par le groupe Équilibre

CHAPITRE DEUXIÈME – COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES

La pertinence de l'intervention nutritionnelle auprès de personnes atteintes d'un trouble mental ne fait donc l'ombre d'un doute. D'où nos préoccupations à l'égard du projet de loi 50. En fait, elles découlent essentiellement du libellé de certaines dispositions ayant pour finalité de réserver des activités aux membres de certains ordres professionnels, plus particulièrement du fait que les dispositions en cause, qui ont trait à l'évaluation, procèdent toutes de la même technique rédactionnelle.

A- NATURE DES PRÉOCCUPATIONS DE L'OPDQ

Chaque fois en effet, le législateur fait de l'évaluation une activité réservée, laquelle est cependant rattachée, non pas au trouble mental, mais bien plutôt à la personne qui souffre d'un trouble mental. De la sorte, la réserve opère non seulement en considération de l'activité exercée mais également de la clientèle en cause.

L'OPDQ ne recherche pas ici la reconnaissance d'une compétence particulière qui justifierait l'octroi d'une activité réservée en évaluation d'un trouble mental quelconque; le projet de loi pallie déjà aux cas particuliers de membres d'ordres professionnels non visés qui auraient néanmoins développé cette compétence spécifique. Pas plus que l'OPDQ ne cherche à se servir du projet de loi 50 comme train législatif afin de tenter de régler des problématiques autres, qui ne relèvent pas du secteur de la santé mentale et des relations humaines. L'OPDQ veut simplement s'assurer que le libellé du projet de loi 50 reflète le plus précisément possible l'entendement commun des ordres ayant siégé au comité Trudeau de telle sorte que nos membres puissent continuer d'intervenir dans leur champ d'expertise, auprès de ces clientèles particulièrement vulnérables. **L'OPDQ veut donc simplement s'assurer que le libellé du projet de loi reflète la volonté exprimée de ce comité, savoir que le fait de réserver l'évaluation d'une clientèle cible à un ou des corps professionnels déterminés, ne proscriera pas, lorsque les plans d'organisations de soins seront déployés par les gestionnaires du réseau de la santé, l'évaluation de la même clientèle par d'autres corps professionnels, tels les diététistes/nutritionnistes, dans le cadre de leur propre champ d'exercice professionnel.**

B- DISPOSITIONS EN CAUSE

1. Analyse

Trois catégories de modifications nous intéressent ici : tout d'abord, certaines de celles modifiant l'article 37.1 du Code des professions afin de préciser les activités réservées

que pourront exercer le travailleur social, le thérapeute conjugal et familial, le psychologue, le conseiller d'orientation et le psychoéducateur. Ensuite, certaines de celles qui modulent, dans le contexte de la santé mentale, les activités qui avaient été réservées aux orthophonistes-audiologistes, aux physiothérapeutes et aux ergothérapeutes dans le cadre du projet de loi 90. Enfin, une modification faite à la Loi sur les infirmières (L.R.Q., c. I-8).

La portée des activités réservées précisées à l'article 37.1 du Code des professions se définit à la lumière des champs d'exercice professionnel décrits à l'article 37 du même Code. Le premier alinéa de l'article 37.1 est d'ailleurs fort clair :

« 37.1. Tout membre d'un des ordres professionnels suivants peut exercer les activités professionnelles suivantes, qui lui sont réservées dans le cadre des activités que l'article 37 lui permet d'exercer :

... »

[Les soulignements sont nôtres]

Dans ce contexte, qui voit «l'évaluation» lui être réservée à l'article 37.1 susdit, comprendra «l'évaluation» ayant pour finalité celle décrite à son champ d'exercice à l'article 37. Certes, la disposition allouant la réserve pourra prévoir d'autres finalités ou assujettir la réserve à certaines autres conditions, mais elle demeurera toujours comprise dans le contexte plus général du champ d'expertise décrit à l'article 37. Il s'agit là par ailleurs du tout premier principe permettant d'assurer une interdisciplinarité harmonieuse et optimale pour le public; chacun évalue en respect de sa compétence décrite au champ évocateur de sa profession.

Pour ce qui a trait plus particulièrement des membres de l'OPDQ, leur champ d'exercice est décrit à l'article 37 du Code comme suit :

«37. ...

c) l'Ordre professionnel des diététistes du Québec : évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé;

... »

[Les soulignements sont nôtres]

Ce paragraphe de l'article 37, à l'instar de ses autres paragraphes, n'alloue en soi aucune exclusivité d'exercice; il se limite à évoquer le champ de compétences reconnues aux membres de l'OPDQ. Cela étant, c'est dire aussi (et bien que cela ne reflète pas, selon certains, l'esprit de la loi et du système) que l'organisation du travail pourra toujours se fonder sur une activité réservée par l'article 37.1 ou encore sur un champ d'exercice exclusif prévu à une loi particulière (v.g. celui des médecins ou des infirmières) pour, techniquement, faire échec à l'une ou l'autre des descriptions de champs contenues à l'article 37.

Or, lors de l'adoption du projet de loi 90 et de l'article 37.1 du Code des professions, «l'évaluation» n'a pas été introduite au libellé des activités réservées aux diététistes/nutritionnistes. Le vocable «évaluer» était en effet déjà présent au champ descriptif de la profession (article 37) et la surveillance de l'état nutritionnel, réservée par l'article 37.1.1° b), sous-tendait nécessairement une évaluation en continu. Tant et si bien que malgré le fait que la quasi-totalité des ordres professionnels visés par l'article 37.1 du Code se sont fait reconnaître explicitement la compétence d'évaluer dans leur champ évocateur, les membres de l'OPDQ n'ont pas vu cette compétence reportée dans les activités qui leur étaient réservées audit article 37.1.

La préoccupation de l'OPDQ s'articule conséquemment autour du fait qu'il veuille, sans pour autant déborder de la portée du projet de loi 50, éviter à tout le moins que la réserve de l'évaluation de la personne à l'acquis de divers corps professionnels, cela dans le contexte de leur champ d'exercice respectif, empêche ses propres membres, au motif précisément qu'ils n'auraient pas nommément l'évaluation de l'état nutritionnel comme activité réservée, de procéder à l'évaluation de l'état nutritionnel des clientèles en cause.

Il nous apparaît d'autant plus important que le libellé de la loi indique clairement la possibilité, comme c'est le cas pour les autres corps professionnels bénéficiant d'une réserve d'activités relative à l'évaluation ou d'un champ exclusif en faisant mention, que les membres de l'OPDQ continuent à évaluer l'état nutritionnel de ces clientèles que l'alimentation est au cœur même de certains troubles mentaux. Pensons en effet aux troubles alimentaires (anorexie, boulimie, etc.); pensons aux cas de démence qui amènent leur lot de problèmes nutritionnels; pensons même aux plans de traitement nutritionnel développés pour les enfants qui ne respectent pas les chartes de croissance et qui accusent des retards de développement. Il importe conséquemment de préserver l'accès du public à l'expertise reconnue des diététistes/nutritionnistes en nutrition humaine et en alimentation, ce que ne peut certes assurer, à elle seule, une organisation du travail soumise aux aléas divers d'un vaste réseau et qui au surplus, est déterminée par des gens qui obéissent prioritairement à des contingences autres que la mission du système professionnel.

L'expérience acquise par le projet de loi 90, toujours concrète et actuelle, nous indique en effet que bien que ce soit dans un contexte autre que la santé mentale, une règle d'or

demeurera toujours : l'encadrement professionnel se doit d'être clair et nommément indiqué au texte de loi afin de faciliter la tâche, autant que faire se peut, à celles et ceux qui devront en tenir compte dans le déploiement des plans d'organisation de soins dans le réseau de la santé.

2. Recommandation

Divers procédés pourraient remédier à la situation. Compte tenu cependant de l'urgence de légiférer en la matière, et considérant le consensus atteint au sein des ordres professionnels concernés au premier chef par les clientèles atteintes d'un trouble mental, certains d'entre eux ne nous sont pas apparus efficaces et ne sauraient conséquemment faire l'objet d'une recommandation de notre part.

L'on aurait pu en effet privilégier une toute nouvelle rédaction des réserves d'activités contenues au Projet de loi 50; le contexte social prévalant actuellement et la vulnérabilité particulière des clientèles visées s'opposent cependant, nous le soumettons respectueusement, à ce que nous nous prêtions à cet exercice. Autrement considérer cette avenue serait irresponsable de la part de corps professionnels dont les membres sont appelés à intervenir quotidiennement auprès de personnes souffrant d'un trouble mental.

L'on aurait pu également répondre aux préoccupations ci-haut exprimées en inscrivant clairement l'évaluation de l'état nutritionnel au rang des activités réservées aux membres de l'OPDQ à l'article 37.1.1 du Code. Ainsi, aurait-on simplement consacré le fait que l'évaluation de l'état nutritionnel de la personne, quelle qu'elle soit, comprenant celle qui est atteinte d'un trouble mental, constitue à l'endroit des membres de l'OPDQ, une activité réservée en partage, partage qui s'effectue en respect des champs d'exercice de chacun. Au demeurant, cette solution aurait eu aussi pour avantage de maintenir la possibilité des chevauchements professionnels nécessaires à l'interdisciplinarité entre les membres d'ordres professionnels divers possédant une même compétence mais à des fins différentes.

Bien que cette solution n'apparaissait pas susceptible d'alimenter d'éventuelles demandes de tiers puisque les ordres visés à l'article 37.1, pour la quasi-totalité, ont déjà vu l'évaluation contenue à leur champ évocateur reportée aux activités qui leur sont réservées, elle a été jugée susceptible d'alimenter chez certains des craintes de débordement du spectre du projet de loi 50. Là encore, et pour les mêmes motifs que ceux exposés en regard du premier scénario, cette solution a été jugée inopportune dans le contexte actuel.

L'on se devait donc de trouver, en respect des préoccupations exprimées par le groupe d'ordres professionnels concernés par la santé mentale et les relations humaines, un procédé plus spécifique en ce qu'il traiterait nommément des clientèles, parmi celles ciblées par le projet de loi 50, qui sont susceptibles de devoir avoir recours aux services d'une diététiste/nutritionniste.

La recommandation de l'OPDQ vise donc essentiellement la modification de l'article 37.1.1 du Code par l'ajout, à l'instar des réserves déjà contenues au projet de loi 50, d'autant de réserves relatives à l'évaluation qu'il y a de clientèles visées. Tel que mentionné précédemment, l'évaluation de chacune des clientèles ci-haut visées s'effectuerait dans le contexte du champ évocateur précisé à l'article 37 c) du Code et de la finalité qu'il comporte, en l'occurrence l'évaluation de l'état nutritionnel.

Suivant ce scénario, la proposition de modification se lirait comme suit :

Modifier l'article 37.1.1 par l'ajout, après le sous-paragraphe b) des sous-paragraphe suivants :

«c) évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité, dans le but de déterminer un plan de traitement nutritionnel adapté à ses besoins;

«d) évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer un plan de traitement nutritionnel répondant à ses besoins.

«e) évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique (chapitre I-13.3). »

Précisons en regard du sous-paragraphe e) que déjà, les diététistes/nutritionnistes travaillent dans le cadre de tels plans d'intervention, de concert avec des infirmières, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des orthophonistes, des travailleurs sociaux et des psychologues. Les écoles Victor Doré et Joseph Charbonneau à Montréal de même que Jean Piaget à Laval, en sont quelques exemples. Dans le cadre de ces plans d'intervention, les diététistes/nutritionnistes évaluent, notamment, l'état nutritionnel des enfants qui souvent sont sous alimentation entérale (gavage). D'où la pertinence de viser également cette clientèle.

CONCLUSION

L'utilité de l'intervention nutritionnelle, auprès d'individus atteints de désordres psychiatriques complexes documentés au DSM-IV, est fort bien documentée dans la littérature pour son aspect thérapeutique. L'intervention nutritionnelle peut être bénéfique auprès des clientèles en santé mentale tant au plan du traitement qu'en amont de la maladie.

Le diététiste/nutritionniste^{xliii} est la personne la plus qualifiée pour identifier les besoins nutritionnels de cette clientèle et pour planifier des interventions appropriées et adaptées qui contribueront à améliorer leur qualité de vie. La reconnaissance de la valeur scientifique dont jouit l'intervention nutritionnelle pour chacune des problématiques décrites précédemment, tant en santé mentale que physique, repose d'abord sur la capacité du professionnel à effectuer une évaluation nutritionnelle rigoureuse.

Lorsque la nutrition est un facteur déterminant du traitement d'une maladie, quelle qu'elle soit, l'évaluation nutritionnelle, pierre angulaire d'une stratégie d'intervention, s'avère essentielle à la détermination d'un plan de traitement nutritionnel. Par conséquent, elle est implicitement incluse dans la détermination du plan de traitement nutritionnel^{xliiii}.

Dans le meilleur intérêt du patient, et a fortiori lorsqu'il s'agit d'une personne vulnérable telle celle atteinte d'un trouble mental, il s'avère donc capital de s'assurer que le diététiste/nutritionniste puisse continuer à intervenir auprès de ce dernier, y compris au stade de l'évaluation.

D'où la recommandation de l'OPDQ à l'effet qu'à l'instar des professionnels actuellement visés par le projet de loi 50, les diététistes se voient réserver l'évaluation des clientèles pour lesquelles l'intervention nutritionnelle est déterminante dans le maintien ou le rétablissement de leur santé.

RÉFÉRENCES

- ⁱ Thomas B. Manual of dietetic practice. Blackwell Scientific Publications. 1994.
- ⁱⁱ Larousse médical. Paris: Larousse, 1996.
- ⁱⁱⁱ Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. Paris: Larousse, 1993.
- ^{iv} Lalonde P, Grunberg F et coll. Psychiatrie clinique: Approche bio-psycho-sociale, Gaétan Morin éd., 1988.
- ^v O'Gorman N, Irish Nutrition and Dietetic Institute. Nutrition and dietetic Services for people with mental health difficulties in Ireland. 2000.
- ^{vi} Wirshing DA, Spellberg BJ, Erhart SM et coll. Novel antipsychotics and new onset of diabetes. Biol Psychiatry 44(8):778-83, 1999.
- ^{vii} Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB. Eating disorders. New England Journal of medicine. 340(14): 1092-8. 1999.
- ^{viii} ADA. Position of the American Dietetic Association : Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and of other eating disorders. Jour Amer Diet Assoc 106:2073-2082, 2006.
- ^{ix} O'Gorman N, Irish Nutrition and Dietetic Institute. Nutrition and dietetic Services for people with mental health difficulties in Ireland. 2000.
- ^x Santolaria-Fernandez FJ, Gomez-Sirvent JL, Gonzalez-Reimers CE et coll. Nutritional assessment of drug addicts. Drugs and Alcohol Dependency 38:11-18, 1995.
- ^{xi} American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^e éd. Paris: Masson, 1994.
- ^{xii} Abayomi J, Hackett A. Assessment of malnutrition in mental health client's: nurse's judgement vs a nutrition risk tool. Jour Advance Nursing 45(4):430-437, 2004.
- ^{xiii} Gillette-Guyonnet S, et coll. IANA (International Academy on nutrition and aging) expert group: weight loss and Alzheimer's disease. J Nutr Health Aging. 11: 38-48: 2007.
- ^{xiv} White H. Weight change in Alzheimer's disease. Age & Nutrition 9(2): 79, 1998.
- ^{xv} Wolf-Klein GP, Silverston FA, Lansey SC et coll. Energy requirements in Alzheimer's disease patients. Nutrition 11(3): 264, 1995.
- ^{xvi} 29. Bucht G, Sandman DP. Nutritional aspects of dementia especially Alzheimer's disease. Age and Aging 19: 532, 1990.
- ^{xvii} Gray EG. Nutrition and dementia. J Am Diet Assoc 89: 1795, 1989.
- ^{xviii} Claggett MS. Nutritional factors relevant to Alzheimer's disease. J Am Diet Assoc 89: 392, 1989.
- ^{xix} Loney LA, Hutton JT, Steward JR, Spallholz JE. Nutritional concerns for patients with Alzheimer's disease. Texas Medicine 83: 40, 1987.
- ^{xx} Chouinard J. dysphagia in alzheimer's disease : A review. J Nutr Health Aging 4: 214-217, 2000.
- ^{xxi} Kergoat MJ, Presse n. Problèmes nutritionnels chez les personnes âgées atteintes d'une démence de type Alzheimer : manifestations et stratégies thérapeutiques. Réalités en nutrition 4 : 21-26, 2007.

- ^{xxii} American dietetic Association. Position of the American dietetic association: Providing nutrition services for infants, children and adults with developmental disabilities and special health care. *Jour amer diet Assoc*104(1): 97-107, 2004.
- ^{xxiii} Abayomi J, Hackett A. Assessment of malnutrition in mental health client's: nurse's judgement vs a nutrition risk tool. *Jour Advance Nursing* 45(4):430-437, 2004.
- ^{xxiv} Meins W, Muller-Thomson T, Meier-Baumgartner HP. Subnormal serum B12 and behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's disease. *International Journal of geriatric psychiatry* 15: 415-418. 2000.
- ^{xxv} Brusilow SW, Horwich AL. Phenylketonuria. Dans : *The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease*, 7^e éd, Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS, Valle D (réd). Montréal : McGraw-Hill, 1995, chap 35.
- ^{xxvi} Rezvani I. An approach to inborn errors of metabolism : phenylalanine. Dans *Nelson Textbook of Pediatrics*, 15^e éd, Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM (réd). Toronto : WB Saunders Co, 1996, chap 71.1.
- ^{xxvii} Segal S, Berry GT. Disorders of galactose metabolism. Dans: *The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease*, 7^e éd, Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS, Valle D (réd). Montréal: McGraw-Hill, 1995, chap 25.
- ^{xxviii} Kliegman RM. Defects intermediary carbohydrate metabolism. Dans: *Nelson Textbook of Pediatrics*, 15^e éd, Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM (réd). Toronto: WB Saunders Co, 1996, chap 73.
- ^{xxix} Baptista T. Body weight gain induced by antipsychotic drugs ; mechanisms and management. *Acta Psychiatrica Scand* 100:3-16, 1999.
- ^{xxx} Wirshing DA, Spellberg BJ, Erhart SM et coll. Novel antipsychotics and new onset of diabetes. *Biol Psychiatry* 44(8):778-83, 1999.
- ^{xxxi} Devlin MJ. Obesity :What mental health professionals need to know. *American Journal of Psychiatry* 157: 857-866, 2000.
- ^{xxxii} Abayomi J, Hackett A. Assessment of malnutrition in mental health client's: nurse's judgement vs a nutrition risk tool. *Jour Advance Nursing* 45(4):430-437, 2004.
- ^{xxxiii} Davidson K. Primary health Care, mental health, and the dietitian's role. *Can J of Diet Prac Res*, 67(S47-S53), 2006.
- ^{xxxiv} Abayomi J, Hackett A. Assessment of malnutrition in mental health client's: nurse's judgement vs a nutrition risk tool. *Jour Advance Nursing* 45(4):430-437, 2004.
- ^{xxxv} American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders* (third ed). 2006 disponible sur le site www.psych.org
- ^{xxxvi} ADA. Position of the American Dietetic Association : Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and of other eating disorders. *Jour Amer Diet Assoc* 106:2073-2082, 2006.
- ^{xxxvii} Manuel de nutrition clinique, OPDQ 2000, section. 6.4, p.3-4
- ^{xxxviii} American Dietetic Association, Position of the American Dietetic Association: Weight Management, *J Am Diet Assoc* 97:71, 1997
- ^{xxxix} Eisen SA, Lyons MJ, Glodberg J True WR, The Impact of cigarette and alcohol consumption on weight and Obesity. An analysis of 1911 monozygotic male twin pairs, *Arch Intern Med* 153: 2457, 1993
- ^{xl} Grommet J Assessment of the obese person, Dans *Obesity and weight control*, Frankle Rt, Yang MU (réd) Rockville, MA: Aspen Publications 1988 chap.7
- ^{xli} Wardle J, The Assessment of obesity : theoretical background and practical advice, *Behav Res Ther* 33(1): 107 1995
- ^{xlii} O'Gorman N, Irish Nutrition and Dietetic Institute. *Nutrition and dietetic Services for people with mental health difficulties in Ireland*. 2000.
- ^{xliii} Guide d'information sur la Loi modifiant le Code des professions et d'autres disposition administratives dans le secteur de la santé, www.opdq.org/download_doc.asp?id=665