



# Nutrition

LA REVUE DE L'ORDRE DES DIÉTÉTISTES-NUTRITIONNISTES DU QUÉBEC



## LA NUTRITION EN ÉVOLUTION

**L'introduction de  
l'alimentation  
complémentaire chez  
le bébé : un moment  
propice pour poser  
les bases d'une saine  
alimentation**

## ACTUALITÉ

**La nutrition clinique vue  
par trois générations de  
diététistes-nutritionnistes**

## AIDE À LA PRATIQUE

**Le droit de prescrire :  
clarifications et résumé  
des avancées**



## Mot de la présidente

Paule Bernier, Fdt.P., M. Sc., ASC

## Actualités

Bande dessinée (inter) professionnelle 5

### PORTRAITS DE LA PROFESSION

La nutrition clinique vue par trois générations de diététistes-nutritionnistes 7

L'importance de l'intervention en nutrition clinique pour le traitement des patients 14

### PRIX ET DISTINCTIONS

Prix Andrée Beaulieu 2021 – Article scientifique  
Perspective de l'auteure principale 16

### ÉCHO DES UNIVERSITÉS

L'Université Laval 18

## La Nutrition en évolution

Survol des controverses sur le poids parmi les diététistes-nutritionnistes au Québec 20

Consommation de produits laitiers et hypertension artérielle : revue critique de la littérature et implications pour la pratique des diététistes-nutritionnistes 28

L'introduction de l'alimentation complémentaire chez le bébé : un moment propice pour poser les bases d'une saine alimentation 40

Introduire l'humilité culturelle et la sécurité culturelle auprès des diététistes-nutritionnistes du Québec 48

## Aide à la pratique

Le droit de prescrire : clarifications et résumé des avancées 52

Le plaidoyer en nutrition : quoi faire et comment ? 56

Capsules éducatives pour les professionnels de la santé et leurs patients 60

## Tableau de l'Ordre

Mouvements du 1er février au 30 avril 2022 62



# Nutrition

LA REVUE DE L'ORDRE DES  
DIÉTÉTISTES-NUTRITIONNISTES DU QUÉBEC

## ÉDITION

Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec  
Téléphone/télécopieur 514-393-3733  
[communications@odnq.org](mailto:communications@odnq.org) > [odnq.org](http://odnq.org)

## COORDONNATRICE DU NUMÉRO

Marie-Josée Demers

## COMITÉ DE LA REVUE

Responsables de la section « La Nutrition en évolution » :  
Doris Gagné, Véronique Gingras, Mélanie Veillette.

## COLLABORATEURS À CE NUMÉRO

Sylvie Renaud, Geneviève Chagnon, Thérèse Laberge  
Samson, Nancy Presse, Stéphanie Chevalier, Julie Robitaille,  
Marie-Jeanne Rossier-Bisaillon, Jean-Philippe  
Drouin-Chartier, Justine Daoust, Véronique Gingras,  
Audrey Nantel, Piraveena Piremathasan, Alexandra Margina  
Jacqueline Wassef, Marie-Joëlle Valiquette, l'équipe  
d'Allergies Québec.

## RÉVISEURS

Tous les articles de la section « La Nutrition en évolution »  
sont révisés par des pairs.

## CONCEPTION GRAPHIQUE

Mardigrafe

## PUBLICITÉ

Martin Laverdure, délégué commercial  
514 239-3629  
[martin@laverdure-marketing.com](mailto:martin@laverdure-marketing.com)

## DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec



## Politique publicitaire et éditoriale

L'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec (ODNQ) ne se porte garant d'aucun produit, service ou point de vue d'un annonceur ou d'un commanditaire, quel qu'il soit. La publication d'annonces publicitaires ne signifie pas l'approbation ou l'entérinement par l'ODNQ des produits ou services annoncés.

Toute publicité et tout contenu payant est bien identifié afin qu'il puisse être distingué du contenu rédactionnel. L'ODNQ déclare et distingue clairement les publicités, les commandites et les contenus sur mesure de manière volontaire, afin que ces contenus puissent facilement être reconnus et différencier du contenu éditorial.

L'annonceur est l'unique responsable de tout contenu payant et de tout dommage éventuel qui pourrait survenir de son utilisation ou de son affichage.

L'ODNQ publie dans sa revue *Nutrition* des articles provenant de particuliers, à la demande de ces derniers. Notez que les opinions et points de vue émis n'engagent que les auteurs.

L'usage du féminin pour désigner les membres de la profession vise à alléger le texte et désigne tout autant les hommes que les femmes.

La reproduction des textes apparaissant dans cette revue est autorisée avec mention de la source. Pour plus d'information, contactez-nous à [communications@odnq.org](mailto:communications@odnq.org).



# L'autonomie professionnelle

L'Ordre a fait valoir une procédure afin de faire déclarer invalides des directives d'un établissement qui contrevenaient à l'autonomie professionnelle des diététistes-nutritionnistes prévues dans la Loi. Le Tribunal nous a donné raison pour l'essentiel, énonçant du même souffle des constats importants quant à l'organisation des soins dans un centre hospitalier et quant au respect de l'autonomie professionnelle.

Le jugement rendu en Cour supérieure fait suite aux démarches entreprises par l'Ordre il y a plusieurs années et relancées à la lumière des façons de faire et d'une nouvelle directive, *Trajectoires du patient hospitalisé dysphagique ou à risque de l'être* (le document P-6).

Le Tribunal est particulièrement clair quant à l'autonomie professionnelle, essentielle à la protection du public.

« [173] Or, l'exercice autonome du jugement professionnel et la qualité de cet exercice sont au cœur du droit professionnel. Le *Code de déontologie* des diététistes prévoit spécifiquement que le diététiste doit s'assurer que les actes qu'il ou elle pose soient conformes aux normes professionnelles et aux données actuelles de la science. L'article 20 de ce Code prescrit :

20. Le diététiste doit sauvegarder son indépendance professionnelle et ignorer toute intervention d'un tiers qui pourrait influencer sur l'exécution de ses devoirs professionnels au préjudice de son client.

[174] Tout droit de gérance du CHUM ne peut avoir pour effet direct de contraindre un professionnel à compromettre ses obligations déontologiques.

[181] Pour les motifs plus amplement exposés ci-après, le Tribunal conclut, tout particulièrement [...] que le document P-6 constitue une source d'interdits. Le document P-6 indique quels actes peuvent être posés et par qui et la seule interprétation cohérente qui peut être faite du texte de ce document est que cette distribution est faite dans une perspective d'exclusivité. Le document P-6 attribue exclusivement des activités aux orthophonistes au détriment des nutritionnistes et ergothérapeutes. Qui plus est, le document P-6 empêche les nutritionnistes de poser certains gestes qui sont essentiels à l'exercice de leur champ de compétence et leurs activités réservées et qui les contraignent, contrairement à leurs obligations déontologiques et au texte de la section 2 du Guide, à potentiellement ne pas exercer leur jugement professionnel et à se fier à des conclusions d'un autre professionnel alors qu'elles ont la compétence et l'obligation de tirer elles-mêmes ces conclusions.

[196] Or, dans cette perspective [de gestion], le CHUM semble suggérer qu'il peut attribuer aux orthophonistes, l'obligation de « conclure » ou « statuer » sur l'existence et l'étendue de la dysphagie, sur la sécurité de la déglutition et sur les textures et consistances et que les ergothérapeutes et les nutritionnistes doivent s'y rallier et exécuter leurs tâches sans remettre en question les conclusions, même s'ils ou si elles sont en désaccord, tout cela au nom de la gestion des ressources.

[197] Le Tribunal ne peut en convenir.

[204] Le Tribunal en vient donc à la conclusion incontournable que le but délibéré du document P-6 est de donner aux seuls orthophonistes le pouvoir de conclure ou de statuer sur la dysphagie et de contraindre les nutritionnistes et les ergothérapeutes d'appliquer ces conclusions, même si elles sont incompatibles avec leurs observations et leur jugement professionnel. Cela est inacceptable. Le CHUM plaide que le document P-6 « ne constitue pas une entrave à leur liberté professionnelle ou une limitation de leurs tâches fondamentales ». C'est faux. La limitation de la liberté professionnelle est indubitablement l'objectif recherché par la pièce P-6. Aucun pouvoir de gestion ne peut justifier une telle action. »

Ce jugement est très important pour l'autonomie professionnelle dans un contexte d'interdisciplinarité et il transcende le cadre de la dysphagie. L'Ordre espère que désormais s'établira un climat de bienveillance envers et entre les professionnels.

Ce sont les patients, au cœur de nos actions, qui bénéficieront des constats du Tribunal.

**Paule Bernier**  
*Lire le jugement*



> **Paule Bernier, Fdt. P., M.Sc., ASC**  
Présidente de l'Ordre

# Actualités

## BANDE DESSINÉE (INTER) PROFESSIONNELLE



Devant le succès et la visibilité de la série de 30 bandes dessinées (BD) en 2021, le prix honorifique décerné par Profession santé et le titre de *Personnalité de l'année* du magazine *L'Actualité* [(Se) retrouver les manches] en décembre dernier, le Dr Jean-Bernard Trudeau nous annonçait en mars la poursuite du projet avec la publication d'un album de bande dessinée (inter)professionnel.

Le projet tient aussi à faire une place à la santé mentale dont l'importance a éclaté au grand jour avec la pandémie de la COVID-19. Pour la réalisation du projet, le Dr Trudeau a donc fait appel à la *Fondation Les Impatients* avec laquelle il est associé bénévolement depuis plus de 15 ans. Cet organisme vient en aide aux personnes ayant des problèmes

de santé mentale par le biais de la création artistique, en offrant notamment des ateliers de création de bandes dessinées depuis plus de dix ans.

Cet album fera œuvre utile en démontrant l'étendue du succès de la campagne de vaccination au Québec. Il se veut un outil pédagogique pour promouvoir les professions liées à la santé humaine et animale.

Cette initiative va de pair avec les objectifs du *Plan pour mettre en œuvre les changements en santé* annoncé à la mi-mars par le gouvernement du Québec. En effet, cet album fait valoir la grande valeur ajoutée du décloisonnement des professions et de la collaboration interprofessionnelle.

L'Ordre s'est joint à ce projet rassembleur pour exprimer sa fierté envers les **diététistes-nutritionnistes** qui par leur contribution ont joué un rôle essentiel dans la campagne de vaccination contre la COVID-19.

La bande dessinée (inter)professionnelle sera publiée à l'automne prochain. La vente du livre, qui s'intitulera *Ensemble contre la COVID*, sera au profit de l'organisme Les Impatients.

— JE SUIS SAMUELLE HARVEY. UNE DIÉTÉTISTE-NUTRITIONNISTE ... QUI VACCINE AVEC FIERTÉ!



Restez à l'affût des nouvelles que nous vous communiquerons d'ici l'automne sur l'évolution de ce projet haut en couleur qui retracera l'histoire de la vaccination contre la COVID-19 au Québec.

# Colloque annuel de l'ODNQ

L'innovation au cœur  
de la nutrition

3 novembre 2022



**FORMULE HYBRIDE**  
(PRÉSENTIELLE ET VIRTUELLE)



Ordre des diététistes  
nutritionnistes  
du Québec

Une journée entière de conférences sous le thème de l'innovation

**GRANDE NOUVEAUTÉ :** Le colloque sera suivi du gala de remise des prix et distinctions aussi offert en formule hybride.

Restez à l'affût de la programmation détaillée qui sera dévoilée vers la fin de l'été.  
D'ici là, inscrivez cette date à votre agenda pour ne pas manquer ces événements.

## PORTRAITS DE LA PROFESSION

### La nutrition clinique vue par trois générations de diététistes-nutritionnistes

Lors de la première édition de la revue *Nutrition* en mars dernier, nous avons amorcé une série de portraits visant à représenter des diététistes-nutritionnistes de tous les secteurs d'activités de la profession et à faire connaître et reconnaître la contribution de personnes exceptionnelles qui y exercent. Dans ce numéro, c'est la nutrition clinique qui est à l'honneur. Même si 74 % de nos membres travaillent dans ce secteur d'activité, il n'en demeure pas moins que les rôles et l'expertise des diététistes-nutritionnistes cliniciennes demeurent largement méconnus du public et même des professionnels de la santé. Ce sont pourtant

elles qui favorisent le maintien ou le rétablissement de la santé en déterminant un plan de traitement nutritionnel qui tient compte des besoins propres à chacun des patients qu'elles suivent. Ces cliniciennes ont des expertises variées (pédiatrie, périnatalité, santé cardiovasculaire, etc.).

À la lecture des différents portraits, l'on découvre qu'elles sont animées d'une véritable passion pour leur profession. C'est une passion qui se transmet aussi de mère en fille ! Sylvie Renaud et Geneviève Chagnon, sa fille, toutes deux cliniciennes, ont accepté de nous livrer leur pensée. Enfin, Thérèse Laberge Samson, une véritable pionnière, nous propose un survol de ses 62 années de carrière.





> **Geneviève Chagnon, Dt.P.**  
 Direction Famille-Enfance-Jeunesse 0-5 ans  
 Centre intégré de santé et de services  
 sociaux de la Montérégie-Est

Diplômée en 2014 de l'Université de Montréal, elle a travaillé dans divers milieux en Montérégie (soutien à domicile, hôpital, GMF, CHSLD) au cours des sept dernières années. Depuis décembre 2018, elle travaille au CLSC des Maskoutains en périnatalité principalement auprès des femmes enceintes bénéficiant des programmes SIPPE et Olo.

## PORTRAITS DE LA PROFESSION

# Perspective de la relève

**Qu'est-ce qui vous a amené à choisir la nutrition clinique ? Est-ce que votre mère qui est aussi diététiste-nutritionniste a influencé votre choix de carrière ?**

**J**e me dirigeais initialement vers l'enseignement au primaire. Je me suis remise en question au cégep, car j'aimais également les sciences. Après une consultation avec un conseiller en orientation, la nutrition est ressortie et ça faisait plein de sens pour moi : conjuguer enseignement et sciences. Ma mère ne m'a jamais influencé vers un choix de carrière précis, mais j'ai toujours apprécié l'entendre parler de sa profession et m'amuser avec ses documents d'enseignement (*Guide alimentaire canadien*). Son approche de l'alimentation était également très positive et rapidement je me suis impliquée dans la cuisine avec elle.

**Quel est selon vous le plus grand mythe entourant la nutrition clinique ? Quelles sont vos stratégies pour démystifier cette croyance ?**

Que les diététistes-nutritionnistes sont un peu la police de l'alimentation ! Combien de fois j'ai entendu « Bon, je sais, tu vas me chicaner. » Alors qu'au contraire les barrières ou les règles que les gens se mettent sont souvent le résultat de la culture des diètes. Dans ma pratique, j'essaie d'amener les clients à voir l'alimentation de façon plus positive et d'être une oreille bienveillante qui les accompagnera pour faire tomber leurs interdits un à un.

**Quelle est votre plus grande fierté en lien avec votre travail en nutrition clinique ?**

De participer à l'amélioration de l'alimentation de la population dès leur plus jeune âge (dans le ventre de la mère). Si grâce à mes suivis, les familles cuisinent un peu plus, mangent ensemble et ont une relation plus saine avec l'alimentation, alors mon travail est accompli.

**Quels sont les obstacles fréquemment rencontrés en nutrition clinique ? Quelles sont vos stratégies pour les surmonter ?**

Les mythes et les fausses croyances que les clients ont intégrés à la suite de discussions avec leur entourage ou d'autres intervenants qui ne sont pas professionnels de la nutrition. Surtout durant la période prénatale, tout le monde a une recommandation (bonne ou mauvaise) pour la future maman. Durant

mes rencontres, je souhaite qu'elle [la future maman] comprenne bien ce qui se passe dans son corps durant la grossesse pour ensuite démystifier les fausses croyances.

### **Quels sont les principaux défis d'arrimage entre les besoins de la nutrition clinique et le traitement global des patients ?**

Dans les équipes tout comme aux yeux des autres professionnels de la santé, la nutrition est souvent oubliée ou son importance minimisée. Je pense qu'il faut que les autres professionnels de la santé soient mieux informés sur ce que fait ou ne fait pas une diététiste-nutritionniste. Par exemple, dans notre équipe au CLSC, chaque nouvel employé rencontre tous les différents titres d'emploi de l'équipe pour en connaître davantage sur leur profession. Ça permet par la suite une belle collaboration interdisciplinaire.

### **Quels sont les aspects méconnus de la nutrition clinique ?**

Que la nutrition, au-delà des nutriments, comporte des aspects culturels et émotionnels. On ne peut pas dissocier tout ça dans un suivi. On travaille avec des humains, et non des machines. Il faut donc constamment s'adapter à la personne devant nous et simplement l'accompagner.

### **Diriez-vous qu'en général les gens connaissent peu tout le bagage scientifique nécessaire à la profession ?**

En effet, comme tout le monde mange et tout le monde parle d'alimentation, les gens pensent que la nutrition est simple. La complexité de cette science et l'omniprésence de l'aspect médical sont d'ailleurs ce qui m'a le plus surpris lors de ma formation. Lorsque je discute de ma profession avec des gens, c'est toujours ce que je mets de l'avant.

### **En tant que jeune diététiste-nutritionniste en nutrition clinique, qu'aimeriez-vous apporter à ce secteur ?**

Plus de bienveillance, plus de douceur. J'ai envie que mes patients soient bien informés, mais qu'ils fassent les changements à leur rythme pour que ceux-ci perdurent. Je souhaite que chacun de mes suivis améliore la perception des patients de notre profession.

### **Quelle est votre vision de la nutrition clinique en 2022 ?**

Qu'elle évolue rapidement, mais autant du côté humain que scientifique. Un vent de changement est présent et il me plaît beaucoup. On regarde encore davantage la nutrition et le patient dans leur globalité. On se détache progressivement de la culture des diètes, même si ce n'est pas chose facile.

### **Quelle est votre vision de l'avenir de ce champ de pratique ?**

Je crois que c'est un avenir prometteur. Les gens ont besoin de professionnels qualifiés en nutrition qui véhiculent des informations véridiques et qui font un pied de nez aux fausses croyances.

### **Si vous aviez une baguette magique, que feriez-vous pour la nutrition clinique ?**

J'éliminerais tous les charlatans en nutrition qui mélangent encore plus les patients et détruisent leur relation avec la nourriture. C'est beau rêver!



> **Sylvie Renaud, Dt.P.**

Programme de périnatalité et petite enfance  
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec  
CLSC Drummond

Sylvie a obtenu son baccalauréat en nutrition de l'Université McGill en 1988. Après quelques emplois en milieu hospitalier, en santé publique et en pratique privée, elle postule en 1994 pour un poste de remplacement au CLSC Drummond où elle travaille encore 27 ans plus tard ! Elle fait partie d'une équipe de trois nutritionnistes motivées et dynamiques qui interviennent auprès d'une clientèle vulnérable qui répond aux critères des programmes SIPPE et Olo ainsi qu'auprès d'enfants de 0 à 18 ans.

Très impliquée à l'ODNQ, elle cumule un peu plus de 13 ans comme administratrice. Elle a participé à différents comités et a représenté l'Ordre à titre de déléguée (Politique de périnatalité, Portail d'information périnatale de l'INSPQ).

À propos  
de l'invitée

## PORTRAITS DE LA PROFESSION

# Génération X, impliquée et motivée

### Qu'est-ce qui vous a amené à choisir la nutrition clinique ?

**C**'est lors d'un stage à la Clinique de grossesse à risque de l'Hôpital Général Juif que j'ai souhaité un jour travailler auprès de femmes enceintes puisque je voyais là une belle occasion de faire des interventions nutritionnelles auprès de ces femmes. Et encore aujourd'hui, j'aime constater les petits et grands pas que mes clientes acceptent de faire pour la santé de leur bébé à naître.

### Quel est selon vous le plus grand mythe entourant la nutrition clinique ? Quelles sont vos stratégies pour démystifier cette croyance ?

Que les diététistes-nutritionnistes sont forcément des cuisinières émérites et que notre principale fonction est de donner des recettes, d'élaborer des menus et de donner des diètes.

Dans mes interventions, je mets de l'avant les données probantes et j'essaie plutôt d'outiller mes clientes, ou les parents de mes petits clients, de développer leur propre capacité à cuisiner et à planifier des repas simples et nutritifs, et ce, dans le plaisir.

### Diriez-vous que vous avez exercé une influence sur le choix de carrière de votre fille qui est aussi en nutrition clinique ? Pensez-vous avoir le même type d'influence positive envers vos collègues de travail ?

Faut croire que oui ! Geneviève est une diététiste-nutritionniste de son temps et ouverte aux nouvelles tendances de l'alimentation d'aujourd'hui. Nous avons toujours de belles discussions face à nos façons respectives d'intervenir.

J'aime travailler avec des gens compétents. Je m'oblige donc aussi à cette rigueur dans mon travail. Si j'arrive à influencer ainsi mes collègues de travail, et bien tant mieux !

### Quelle est votre plus grande fierté en lien avec votre travail en nutrition clinique ?

En 1997, en collaboration avec des collègues nutritionnistes des CLSC de l'Érable et de Victoriaville, dont Marie-Josée Audet, nous avons élaboré l'outil *Nourrir mon bébé de la naissance à 1 an*, soit le premier calendrier d'introduction des aliments disponible en version « à cocher ». Nous avons alors le souci de développer un outil simple, vulgarisé et pratique pour notre clientèle ayant un faible

niveau de scolarité et de littératie. Ce document a été, et est encore aujourd'hui, utilisé par plusieurs établissements de santé et milieux de garde un peu partout au Québec.

### **Quels sont les obstacles fréquemment rencontrés en nutrition clinique ? Quelles sont vos stratégies pour les surmonter ?**

Le manque de reconnaissance de notre profession nous oblige à travailler plus fort pour tailler notre place, et ce, que ce soit auprès de la population, de certains professionnels de la santé, et trop souvent même, auprès des différents paliers gouvernementaux.

En exerçant au quotidien ma profession avec beaucoup de rigueur, j'espère démontrer ainsi l'ampleur de mes compétences aux personnes qui gravitent autour de moi.

### **Quels sont les principaux défis d'arrimage entre les besoins de la nutrition clinique et le traitement global des patients ?**

Dans un monde idéal, une diététiste-nutritionniste devrait faire partie de toute équipe ou clinique qui traite des clients ayant divers problèmes (par exemple, TSA, pédopsychiatrie, etc.). Tout le monde a besoin de s'alimenter et cet aspect devrait donc toujours faire partie des plans d'intervention. Encore trop souvent, nous sommes appelées à intervenir en parallèle de l'équipe traitante.

### **Quels sont les aspects méconnus de la nutrition clinique ?**

Principalement, le fait que la nutrition est une science. Malheureusement, avec toutes les émissions culinaires, les revues de cuisine et les vidéos sur YouTube, la nutrition est souvent considérée comme accessible à tous et c'est probablement ce qui fait que de nombreux charlatans s'improvisent encore aujourd'hui diététistes-nutritionnistes.

### **Quelle est votre vision de la nutrition clinique en 2022 ?**

Au début de ma carrière, travailler en CLSC s'apparentait beaucoup plus à de la nutrition communautaire. Aujourd'hui, l'essentiel de notre travail est bien plus de l'ordre de la nutrition clinique, et ce, même si le contexte est bien différent de la pratique en centre hospitalier. J'espère tout de même que la prévention continuera d'être au cœur de nos interventions. Je place beaucoup d'espoir dans le programme *Agir Tôt* qui permet d'intervenir auprès des enfants avant que les problèmes nutritionnels ne prennent trop d'ampleur.

### **Quelle est votre vision de l'avenir de ce champ de pratique ?**

L'avenir de notre profession passe par la reconnaissance, et ce, pour tous les secteurs d'activité. À ce chapitre, je suis agréablement ravie de voir les interventions faites par notre Ordre ces dernières années. J'ai espoir que ma fille aura un cheminement professionnel plus facile que le mien et qu'elle pourra enfin se concentrer sur l'intervention au lieu de devoir faire valoir sa juste valeur.

### **Si vous aviez une baguette magique, que feriez-vous pour la nutrition clinique ?**

Une baguette magique, vous dites ? Eh bien, que la population soit en mesure de bien connaître et d'apprécier nos compétences, notre savoir-faire et devienne ainsi plus critique face à tous les charlatans de ce monde, jusqu'à voir ceux-ci disparaître complètement !



> **Thérèse Laberge Samson, D.T.P.**  
*Cardio Gesta  
 Nutritionniste Consultante  
 Coop médicale d'Eastman*

Diplômée d'un baccalauréat en diététique de l'Université Laval en 1959, elle débute sa carrière à titre de consultante et enseignante en nutrition pour le ministère des Affaires sociales. Par la suite, elle travaillera comme gestionnaire et clinicienne.

Elle a exercé sa vocation pédagogique dans plusieurs domaines de la profession. Elle a cumulé des fonctions de direction de service alimentaire, de corédactrice (de documents de travail, de la section nutrition du guide *Vivre de bon cœur*), de co-auteure (*Les plaisirs de la cuisine santé* et *Manger de bon cœur*), de chercheuse et de coordonnatrice de projets de recherche en santé cardiovasculaire. Elle a joué à l'ODNQ le rôle d'administratrice (1996 à 2006) et d'inspectrice (2006 à 2012).

À propos  
de l'invitée

## PORTRAITS DE LA PROFESSION

# Perspective d'une pionnière

### Qu'est-ce qui vous a amené à choisir la nutrition clinique ?

**E**n 1959, les internats en diététique se limitaient à la nutrition clinique, à la gestion et à la santé publique. Je me sentais mieux préparée pour la nutrition clinique. Ma grande curiosité m'a amenée à suivre des formations en nutrition clinique. J'ai suivi notamment une formation en alimentation entérale et parentérale à l'Université Harvard qui m'a permis d'affirmer mon rôle dans l'équipe multidisciplinaire. Au cours des années, j'ai développé une expertise en nutrition cardiovasculaire, plus précisément auprès des patients ayant eu un pontage ou une transplantation cardiaque. Après avoir bâti ma réputation de nutritionniste déterminée auprès du personnel médical du département de chirurgie cardiaque de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, j'ai eu le privilège d'assister à plusieurs congrès, notamment celui de l'American Heart Association, le premier congrès consacré à la nutrition.

### Quel est selon vous le plus grand mythe entourant la nutrition clinique ? Quelles étaient vos stratégies pour démystifier cette croyance ?

À cette époque, la difficulté consistait à être reconnue par la profession médicale. J'ai vite compris que je devais être une battante pour me tailler une place ; si je démontrais scientifiquement la pertinence de mes interventions, je gagnerais l'approbation des médecins, ces intervenants de première ligne. Une deuxième stratégie très efficace que j'ai utilisée a été de rencontrer différents professionnels de la santé pour leur expliquer la pertinence de mes interventions et leur démontrer le bienfondé de notre collaboration pour convaincre les patients de l'importance de modifier leurs habitudes de vie, notamment leurs habitudes alimentaires.

### Quelles sont vos plus grandes fiertés en lien avec votre travail en nutrition clinique ?

D'avoir réussi à force de ténacité à faire des autres professionnels de la santé de l'équipe de soins mes alliés, mais aussi d'avoir instauré un système de suivi nutritionnel des patients ayant subi un pontage dans leurs différentes régions.

Je suis aussi très fière d'avoir réussi à convaincre les médecins qu'une diététiste-nutritionniste peut être responsable d'un projet de recherche. J'ai obtenu le poste, mais aussi un bureau au Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Une première à Québec !



Pour couronner le tout, je suis heureuse d'avoir obtenu deux prix remis par l'ODNQ :

- > Le Prix d'excellence en nutrition clinique (2006)
- > Le Prix des Producteurs laitiers du Canada dans la catégorie « Mérite annuel en diététique » pour mon livre *Manger de bon cœur* (2009)

### Quelles sont les avancées les plus marquantes de la nutrition clinique depuis le début de votre pratique ?

- > La prescription comme activité autorisée par les diététistes-nutritionnistes
- > L'évolution du rôle de la diététiste-nutritionniste en matière d'alimentation entérale et parentérale
- > En raison de mon expertise en nutrition cardiovasculaire, je suis plus en mesure de vous faire part des avancées les plus marquantes dans ce domaine.
  - ▶ Le nombre croissant d'études scientifiques au fil des années sur la pertinence de la modification des habitudes de vie, y compris alimentaires, des patients, ce qui a favorisé une meilleure adhésion des patients au traitement nutritionnel.
  - ▶ La création d'équipes multidisciplinaires pour la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires.
  - ▶ La reconnaissance de l'importance de la présence des diététistes-nutritionnistes dans les équipes multidisciplinaires.
  - ▶ L'apparition d'études démontrant la pertinence d'une alimentation saine, même lorsque des médicaments très efficaces pour le traitement des dyslipidémies sont prescrits.

### Quels sont les principaux défis d'arrimage entre les besoins de la nutrition clinique et le traitement global des patients ?

C'est la nécessité de toujours rappeler aux infirmières et aux médecins ce que le traitement nutritionnel peut apporter de plus au patient.

### Comment voyez-vous la nutrition clinique en 2022 par rapport au début de votre carrière ?

Les diététistes-nutritionnistes de 2022 sont plus proactives et prennent davantage leur place, sans doute en raison de la formation des équipes multidisciplinaires.

### Si vous aviez une baguette magique, qu'est-ce que feriez-vous pour la nutrition clinique ?

Je rêve du jour où les diététistes-nutritionnistes cliniciennes feront des études cliniques dans les milieux hospitaliers ou cliniques, une véritable mine d'informations.

Avec ma baguette magique, je ferais en sorte que les responsables des programmes d'enseignement des facultés de médecine, du Collège des médecins, des départements de nutrition et du service professionnel de l'ODNQ, créent ensemble un programme d'enseignement bien structuré qui permet aux médecins de saisir le rôle indispensable de la nutrition dans le traitement et la prévention d'une multitude de pathologies.

En 2018, une étude publiée dans *Academic Medicine* révèle que seulement 27 % des 105 écoles de médecine en Amérique du Nord satisfont à l'exigence minimale des 25 heures de formation en nutrition. L'importance de l'alimentation dans la prévention et le traitement des maladies demeure sous-estimée. Je rêve du jour où les médecins sauront expliquer brièvement aux patients l'importance de la nutrition dans le traitement et les diriger vers une diététiste-nutritionniste, la personne la plus compétente pour les soutenir dans le volet nutritionnel du traitement.

### Qu'auriez-vous à dire à la future génération de diététistes-nutritionnistes qui choisiront la nutrition clinique ?

N'hésitez pas à vous impliquer à fond dans votre profession. L'expérience m'a appris qu'il est impossible d'exceller dans le traitement nutritionnel de toutes les pathologies. Je vous encourage à développer un champ d'expertise et à peaufiner tous les jours votre approche. Lisez les études dans votre domaine de prédilection et formez-vous. En empruntant cette voie, vous découvrirez peut-être une passion, qui sait ?



> **Marie-Josée Demers**  
Chargée de projets et  
événements ODNQ



## PORTRAITS DE LA PROFESSION

# L'importance de l'intervention en nutrition clinique pour le traitement des patients

### Une diététiste-nutritionniste comme témoin expert à la Cour supérieure

On ne le dira jamais assez souvent, l'intervention de la diététiste-nutritionniste exerçant en nutrition clinique est essentielle au traitement nutritionnel des patients. La majorité des membres de l'ODNQ travaillent en nutrition clinique dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Pourtant, leur travail est encore méconnu du public. C'est pour mieux démontrer toute la complexité et l'importance du travail des diététistes-nutritionnistes en nutrition clinique que nous vous communiquons l'intervention d'une diététiste-nutritionniste qui a nécessité une décision de la Cour. Nous l'appellerons Sophie (nom fictif) pour assurer la confidentialité du patient.

Un jeudi après-midi, un patient se rend à l'urgence. Il présente des problèmes de santé mentale nécessitant une hospitalisation à l'unité de santé mentale. Vu l'état critique de ce patient émacié, une consultation en nutrition est demandée pour la prise en charge par la diététiste-nutritionniste. Le patient, en détresse,



refuse tout traitement ou prélèvement. Toutefois, le patient, qui ne s'est pas alimenté depuis quelque temps, est affamé et insiste auprès du personnel pour qu'on lui donne à manger dans les meilleurs délais. Un membre du personnel propose de donner au patient une double portion pour calmer sa faim.

Informée de la situation et n'ayant pas fait l'évaluation nutritionnelle du patient, Sophie avise toute l'équipe qu'il est primordial de ne pas lui donner une double portion de nourriture malgré ses demandes incessantes, car cela pourrait mettre sa vie en danger. En effet, il présente des signes importants de dénutrition qui le rend vulnérable au syndrome de réalimentation, un ensemble de troubles métaboliques potentiellement fatal qui requiert un plan de traitement nutritionnel approprié déterminé par une diététiste-nutritionniste.

Devant le refus par le patient des prélèvements sanguins essentiels à l'évaluation de son état nutritionnel, Sophie explique à l'équipe soignante les dangers liés au syndrome de réalimentation aussi connu sous le nom de syndrome de renutrition inappropriée. Avec l'accord du psychiatre traitant, Sophie propose une ordonnance de soins de survie pour que le patient puisse obtenir les soins et les traitements essentiels à sa survie malgré son refus.

C'est alors que tout un processus se met en branle. L'employeur requiert les services d'un avocat pour la préparation du dossier à soumettre à la Cour. Ce dossier dépend en grande partie du témoignage de Sophie, la diététiste-nutritionniste clinicienne. Son témoignage a nécessité une longue préparation en vue de faire comprendre à des non-initiés, l'importance du travail de la diététiste-nutritionniste et de l'exécution du plan de traitement afin d'obtenir une ordonnance de soins de survie. Sophie est donc invitée à témoigner à la Cour. Au départ, on lui dit qu'elle disposera de peu de temps et que son témoignage devra être succinct. Devant la pertinence des informations fournies par Sophie lors du témoignage, la juge pose plusieurs questions pour bien saisir les enjeux reliés à la demande de soins de survie. Pendant son témoignage qui a duré 45 minutes, Sophie a bien expliqué à l'assistance ce qu'est le syndrome de réalimentation. Elle a répondu à plusieurs questions concernant l'évaluation nutritionnelle et la malnutrition. À la suite de son témoignage, l'ordonnance de soins de survie a été accordée.

Après l'audience, la greffière est venue voir Sophie pour lui dire à quel point elle était impressionnée de ses connaissances en nutrition et de son aptitude à vulgariser son savoir. Elle n'avait jamais imaginé à quel point le travail de la diététiste-nutritionniste pouvait être essentiel et complexe. Même l'avocate du CISSS s'est dite épatée du témoignage de Sophie allant jusqu'à lui dire qu'elle aimerait que tous ses témoins experts soient comme elle!

Le patient était présent lors du témoignage de Sophie à la Cour. S'il s'était montré plutôt récalcitrant à son arrivée au centre hospitalier, il a fini par la remercier et lui a promis de se conformer au plan de traitement nutritionnel et de suivre toutes ses recommandations.

En conclusion, les connaissances approfondies de Sophie en nutrition clinique lui ont permis de poser les gestes nécessaires à l'amélioration de l'état de santé du patient. Elle a su sensibiliser l'équipe soignante au syndrome de réalimentation qui aurait pu causer le décès du patient. Elle a ensuite été en mesure de convaincre la Cour de l'importance de réaliser son évaluation pour statuer sur l'état nutritionnel du patient et pour déterminer le traitement nutritionnel approprié pour sa survie. Encore une preuve que les diététistes-nutritionnistes, les seules professionnelles de la santé à posséder une formation universitaire pointue en nutrition clinique, sont les expertes du traitement nutritionnel qui peuvent déterminer la voie d'alimentation appropriée et assurer le suivi des patients.



> **Nancy Presse, Dt.P., Ph. D.**  
Professeure adjointe, Faculté de  
médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke

Chercheuse et directrice  
du Laboratoire sur  
l'alimentation des aînés  
et la nutrition gériatrique  
du Centre de recherche  
sur le vieillissement du  
CIUSSS de l'Estrie-CHUS  
et du Centre de recherche  
de l'Institut universitaire  
de gériatrie de Montréal

En collaboration avec  
**Stéphanie Chevalier, Dt.P.**

À propos  
de l'invitée

## PRIX ET DISTINCTIONS

# Prix Andrée Beaulieu 2021 – Article scientifique Perspective de l'auteure principale

**E**n octobre 2021 se tenait le gala des prix et distinctions qui récompense les réalisations des membres de l'ODNQ pour les années 2020 et 2021. Le prix Andrée Beaulieu 2021 pour l'excellence d'un article scientifique a été décerné à Nancy Presse, auteure principale de *Prospective associations of protein intake parameters with muscle strength and physical performance in community-dwelling older men and women from the Quebec NuAge cohort*. Nancy a accepté de nous livrer une synthèse de la réalisation de cette étude originale. Découvrez comment ce projet de recherche a mené deux diététistes-nutritionnistes du Québec à collaborer avec deux nutritionnistes des Pays-Bas.

L'importance d'un apport protéique suffisant au maintien de la fonction musculaire et des capacités physiques au cours du vieillissement est bien établie. Toutefois, outre la quantité totale de protéines ingérée chaque jour, d'autres paramètres s'avèreraient importants, comme la répartition de l'apport protéique parmi les trois repas quotidiens. Par ailleurs, certains chercheurs évoquent la possibilité d'une « dose » optimale de protéines par repas au-delà de laquelle il n'y a plus de réels bénéfices anaboliques. La présente étude avait donc pour but d'examiner l'association prospective entre différents paramètres de l'apport protéique et la force musculaire (bras et jambes) de même que la performance physique (équilibre et marche) de personnes en santé de 67 à 84 ans faisant partie de la cohorte québécoise NuAge.

Les résultats indiquent que les hommes et les femmes âgés consommant respectivement 30-35 g et 35-50 g de protéines par repas étaient les personnes qui présentaient la plus grande force musculaire dans les membres inférieurs et les meilleures performances physiques (marche et équilibre). Bien qu'il s'agisse d'une étude observationnelle, ces résultats soulignent l'importance non seulement de la quantité totale de protéines ingérée chaque jour, mais aussi de la quantité consommée par repas.

Cette idée d'une dose de protéines par repas plutôt que d'un apport total quotidien n'est pas nouvelle. Selon plusieurs études métaboliques, la synthèse protéique postprandiale atteint un plateau au-delà d'une certaine quantité ingérée de protéines, ce seuil étant plus élevé en vieillissant. Nos résultats font ressortir également de possibles différences entre les hommes et les femmes qui ne sont pas prises en compte par les recommandations actuelles relatives à l'apport protéique.



*Vous souhaitez approfondir le sujet ? La lecture d'un article scientifique vous permet d'accumuler 1 HFC. Lisez l'article original et déposez 1 HFC à votre portfolio. Je lis l'article.*

Cela dit, les résultats de notre étude ne prétendent pas modifier la pratique clinique à ce stade-ci puisqu'il s'agit d'une étude observationnelle. Seule une étude d'intervention à plus large échelle pourra démontrer que de telles recommandations peuvent en effet améliorer la force musculaire et les performances physiques à long terme. Néanmoins, nous estimons que les résultats soulignent que les effets de l'apport protéique sur la force musculaire et les performances physiques des personnes âgées pourrait s'avérer plus complexes que ce que nous présentent les recommandations actuelles, souvent remises en question d'ailleurs.

### **Une étude issue d'un partenariat international**

Fait intéressant, cette étude est née du partenariat entre les banques de recherche NuAge et le consortium européen PROMISS.

Les Banques NuAge incluent les données et les échantillons biologiques de 1753 personnes âgées du Québec suivies pendant 3 ans, dont les habitudes alimentaires ont été évaluées en détail chaque année à l'aide de multiples rappels alimentaires de 24 heures. Cette banque de recherche, que je dirige depuis 2018, se prêtait parfaitement à la réalisation de cette étude d'envergure vu la qualité exceptionnelle des données décrivant les apports alimentaires des participants et la diversité des mesures des capacités physiques des aînés. Dans mes fonctions à la tête des Banques NuAge, je suis soutenue par un comité directeur auquel siège notamment M<sup>me</sup> Stéphanie Chevalier, diététiste-nutritionniste et professeure agrégée à l'Université McGill. Stéphanie a grandement contribué à la réalisation de l'étude primée par l'ODNQ, notamment en participant activement à la spécification des variables des modèles statistiques et à l'interprétation des résultats.

Le consortium de recherche PROMISS quant à lui réunit des chercheurs et des chercheuses du monde entier pour mieux comprendre l'influence de l'apport protéique sur les capacités physiques et l'état nutritionnel des personnes âgées. Les Banques NuAge ont établi un partenariat avec le consortium PROMISS en 2016. Pour cette étude plus particulièrement, nous avons travaillé avec M<sup>me</sup> Marjolein Visser, nutritionniste, professeure à Vrije Universiteit Amsterdam aux Pays-Bas et responsable du consortium PROMISS, et M<sup>me</sup> Linda Hengeveld, nutritionniste et étudiante au doctorat en nutrition à cette même université. M<sup>me</sup> Hengeveld a contribué notamment aux analyses statistiques et à la rédaction de l'article au cours d'un stage de recherche de 3 mois dans mon laboratoire à l'été 2019.

### **Quelles sont les retombées de l'étude et de la publication de cet article pour le rayonnement de la profession ?**

Les résultats de cette étude sont publiés dans une revue prestigieuse, l'*American Journal of Clinical Nutrition*, une publication de l'American Society for Nutrition. Cette revue scientifique présente un facteur d'impact de 7,045, ce qui la positionne comme la meilleure revue publiant des articles de recherche dans le domaine de la nutrition humaine et de la diététique.

Depuis sa publication en ligne le 29 janvier 2021, l'article a été consulté près de 2500 fois et a été téléchargé près de 450 fois, signe de l'intérêt qu'il a suscité (statistiques consultées en avril 2022). L'Altmetric Attention Score se chiffre à 10 pour cet article, ce qui le positionne parmi le quart supérieur des articles cotés par Altmetric qui ont retenu l'attention de la communauté. Déjà, l'article a été cité à deux reprises, notamment dans la revue *Frontiers in nutrition*. Finalement, soulignons que l'article, publié en mode « Libre accès », est accessible sans frais (sans abonnement), ce qui élargit son rayonnement scientifique.

Outre ces statistiques, notre étude fait valoir la profondeur de nos connaissances en tant que diététistes-nutritionnistes. Elle témoigne qu'une solide formation en nutrition permet de réaliser des études innovantes sur la nutrition humaine. En effet, trop souvent, les études en nutrition sont menées par une équipe qui ne compte aucune personne experte du domaine ce qui, de ce fait, mène les auteurs à sous-estimer la complexité des apports alimentaires. Cette situation a d'ailleurs été dénoncée dans le blogue de la revue scientifique *Journal of Alzheimer's Disease* en 2016. Dans une lettre intitulée « I eat therefore I am a nutrition expert », l'auteure soulignait qu'il serait mal avisé de publier une étude en génétique sans qu'un des auteurs soit spécialiste de la génétique. Or, c'est une pratique courante dans les études nutritionnelles. L'approche méthodologique utilisée dans la présente étude pour définir les différents paramètres de l'apport protéique et la façon de les traiter de manière indépendante dans nos modèles statistiques nécessitaient une excellente compréhension des nuances qui caractérisent l'apport alimentaire et le métabolisme des protéines. En ce sens, cette étude souligne la valeur ajoutée des diététistes-nutritionnistes à la recherche.



> **Julie Robitaille, Dt.P., Ph. D.**  
Professeure titulaire, directrice du  
programme de baccalauréat en nutrition,  
École de nutrition, Université Laval

## ÉCHO DES UNIVERSITÉS

# Échos de l'Université Laval

**M**algré le contexte difficile de la pandémie, plusieurs nouveaux projets ont vu le jour à l'École de nutrition de l'Université Laval. De plus, plusieurs membres de la communauté étudiante et du corps professoral se sont distingués au cours de la dernière année.

L'apprentissage expérientiel, au cœur du programme de baccalauréat, permet la réalisation de nombreux projets dans la communauté. Cette année, les étudiants ont réalisé une intervention en milieu scolaire dans le cadre des cours de nutrition en santé publique. Cette expérience, très enrichissante pour les étudiants, a été très appréciée par tout le personnel de l'école primaire Cap-Soleil. Nous sommes très fiers d'annoncer que, depuis l'an dernier, notre programme réserve une place à une personne candidate membre des Premières Nations ou des Inuits. De plus, dès l'automne prochain, une place sera réservée à une personne candidate désignée comme athlète par le Rouge et Or ou par une fédération sportive.

Nous avons le bonheur d'accueillir une nouvelle professeure, **Élise Carbonneau, Dt.P., Ph. D.**, au sein de notre merveilleuse équipe. Élise est nutritionniste, professeure adjointe à l'École de nutrition et chercheuse au Centre Nutrition, santé et société (NUTRISS) de l'Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF). Son programme de recherche se décline en deux axes de recherche principaux : l'étude d'interventions nutritionnelles périnatales et l'étude de stratégies alimentaires adaptatives et des pratiques alimentaires parentales. Élise contribuera également à la formation des futures diététistes-nutritionnistes dans le cadre des cours de pratique clinique. Nous lui souhaitons beaucoup de succès!

Notre corps professoral s'est distingué au cours de la dernière année. **Le professeur André Tchernof** a obtenu une subvention de 2,5 millions de dollars des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour la création d'une plateforme de formation en recherche dans les domaines de l'obésité, du métabolisme et du diabète. La plateforme, intitulée *Maximise ta recherche sur l'obésité et le diabète* (maROute), sera mise sur pied par un consortium de huit universités canadiennes et plus d'une dizaine d'autres organisations du Canada collaboreront. Elle favorisera l'accès à différents parcours de formation individuelle, facilitant le perfectionnement professionnel et l'apprentissage expérientiel des personnes au début de leur carrière scientifique. Le Prix André Beaulieu pour l'article professionnel 2020 de l'ODNQ a été remis à l'équipe de l'Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire (Julie Perron, Mylène Turcotte, Sonia Pomerleau, **Véronique Provencher**, Marie-Ève Labonté, Alicia Corriveau) pour leur portrait de l'offre alimentaire québécoise et le lancement du site Web associé à ce portrait en novembre 2019. Lors de la remise des Prix de l'ODNQ, Véronique Provencher



**Élise Carboneau, Dt.P., Ph. D.**



**Dr André Tchernof**



**Véronique Provencher, Dt.P., Ph. D.**



**Elisabeth Charbonneau, Dt.P.**

a reçu le Mérite annuel 2020. Enfin, Marie-Claude Vohl a été nommée au poste de co-présidente de la Société québécoise de lipidologie, nutrition et métabolisme (SQLNM). La SQLNM a pour mission de promouvoir la formation, l'éducation et la recherche dans les domaines de la lipidologie, de la nutrition et du métabolisme en santé cardiovasculaire depuis plus de vingt ans. Bravo à nos collègues!

Plusieurs projets de recherche dirigés par notre corps professoral ont démarré au cours de la dernière année grâce à l'obtention de financement. C'est le cas du projet de recherche intitulé *Characterizing and monitoring the healthfulness of the food supply : a fundamental step towards creating healthier food environments* dirigé par Marie-Ève Labonté, en collaboration avec Sophie Desroches, Simone Lemieux, Marie-Claude Paquette, Véronique Provencher, Lana Vanderlee. Ce projet a été financé par les IRSC. Le projet *Identification des prédicteurs d'issues de santé défavorable chez le patient dysphagique hospitalisé en soins aigus*, dirigé par la clinicienne Mimi Demers, en collaboration avec Andréanne Michaud et Sophie Desroches, sera réalisé grâce à une bourse de recherche clinique de la Fondation du CHU de Québec. Andréanne a obtenu une subvention de la Fondation de l'IUCPQ pour le projet *Impact de la perte de poids suivant une chirurgie bariatrique sur les changements neurovasculaires*. Sophie, en collaboration avec Marie-Claude Vohl et Justine Horne, a obtenu une subvention de la Fondation canadienne pour la recherche en diététique pour son étude intitulée *Informing evidence-based practice in nutritional genomics : an educational needs assessment of dietitians and development of an evidence summary prototype*. Enfin, Anne-Sophie Morisset a obtenu une subvention des IRSC pour son projet *Effets d'une intervention visant l'amélioration de qualité alimentaire chez les femmes à risque de diabète gestationnel*.

Plusieurs personnes diplômées en nutrition se sont vu décerner des bourses d'excellence d'organismes reconnus pour leurs concours extrêmement compétitifs. Ellie Gauthier (maîtrise), Alexa Gaucher-Holm (maîtrise), Elisabeth Demers-Potvin (maîtrise), Mélina Côté (doctorat), Justine Daoust (doctorat) et Gabrielle Rochefort (doctorat)

sont récipiendaires d'une bourse d'études supérieures du Canada des IRSC. Inès Auclair-Mangliar, Alexandra Lancup-Gauthier, Benoît Boulanger et Marianne Côté sont récipiendaires d'une bourse d'excellence de la Chaire en nutrition de l'Université Laval. Virginie Drolet-Labelle, Lola Bourgoïn, Ana Sofia Medina Larque, Gabrielle Rochefort et Sophie Castonguay-Paradis sont récipiendaires d'une bourse d'excellence du Centre NUTRISS. Finalement, Esther Charbonneau est récipiendaire de la bourse du Fonds de nutrition publique.

Nous ne pouvons passer sous silence les nombreux prix et distinctions qu'ont reçu d'autres personnes diplômées. Aurée-Anne Dumas, Claudia Savard et Camille Dugas ont été inscrites au tableau d'honneur de la Faculté des études supérieures et postdoctorales pour la qualité exceptionnelle de leur thèse de doctorat alors que Lucie-Maude Grégoire, Geneviève Gagnon et Gabrielle Plamondon ont reçu le même honneur en raison de la qualité de leur mémoire de maîtrise. Marianne Gagnon et Inès Auclair-Mangliar sont les deux gagnantes de la finale facultaire *Ma thèse en 180 secondes* volet maîtrise. Un prix d'excellence dans le cadre du concours des meilleures présentations lors de différents congrès locaux et provinciaux a été décerné à Claudia Savard, Justine Daoust, Émilie Bernier, Pascale Bélanger, Marianne Gagnon, Inès Auclair-Mangliar et Audrey St-Laurent.

Plusieurs étudiantes du baccalauréat en nutrition ont reçu des prix, distinctions et bourses de recherche. Élodie Castonguay-Girard a été retenue par le jury d'experts en tant que finaliste pour le concours national étudiants Omnium DUX 2021. Amélie Lachance et Amélie Provencher ont décroché une bourse de recherche de 1<sup>er</sup> cycle du Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada. Mégane Giguère et Rosalie Bugeaud ont remporté une bourse d'excellence de l'École de nutrition. Finalement, **Elisabeth Charbonneau** est récipiendaire du prestigieux prix des diplômés de l'ODNQ — Université Laval. Bravo à toutes ces futures diététistes-nutritionnistes et au plaisir de vous compter parmi nos collègues prochainement!

Félicitations pour toutes ces belles réussites.



> **Marie-Jeanne Rossier-Bisaillon,**  
**Dt.P., M. Sc.**  
*Conseillère aux politiques publiques  
Coalition québécoise sur la problématique  
du poids, une initiative parrainée par  
l'Association pour la santé publique du  
Québec*

## La Nutrition en évolution



# Survol des controverses sur le poids parmi les diététistes-nutritionnistes au Québec

### Introduction

**D**ans les dernières décennies, l'évolution des connaissances scientifiques et du contexte social a favorisé l'émergence de controverses sur le poids. Selon Bilodeau et ses collègues, les controverses sont « la confrontation de diverses interprétations concurrentes sur un même phénomène » (1). Plusieurs personnes et organismes du domaine de la santé, du secteur privé, de la recherche médicale et sociale ainsi que des personnes stigmatisées en raison de leur poids entretiennent les controverses sur le poids. Les diététistes-nutritionnistes, en raison de leur expertise et de leur prise de position publique, sont au cœur de ces controverses. Lorsqu'elles sont prises en considération, les controverses permettent d'améliorer les connaissances et les pratiques<sup>1</sup>.

1. La formulation « personnes grasses », revendiquée par certaines personnes luttant contre la stigmatisation associée au poids, est utilisée de manière non péjorative dans ce texte.



## Messages clés

- > Les diététistes-nutritionnistes sont au cœur des controverses sur le poids en raison de leur expertise et leur prise de position publique.
- > L'importance de la lutte contre la stigmatisation liée au poids et l'adoption d'un discours centré sur les habitudes de vie favorables à la santé (et non sur le poids) sont des consensus qui se dégagent des controverses.

À la fin des années 1990, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare la survenue d'une « épidémie mondiale d'obésité » (traduction libre) (2). L'obésité constitue un facteur de risque de problèmes de santé, tels que les maladies cardiovasculaires et le diabète de type II (2,3). Ainsi, sa prévention et sa réduction sont devenues des priorités pour certaines instances comme en témoigne le Programme national de santé publique 2015-2025 du Québec (4).

Parallèlement, les normes sociétales véhiculent un idéal de minceur associé à la beauté, à la réussite et à la santé (5,6). La stigmatisation à l'égard du poids qui en résulte est définie comme le rejet et la dévalorisation sociale des personnes dont le poids ne correspond pas à la norme sociale de minceur (7). La stigmatisation liée au poids, à laquelle s'ajoutent souvent des stigmas intersectionnels liés notamment à la santé, à l'identité sociale ou de genre,

prend racine dans une structure systémique et soulève des enjeux de justice sociale (8,9). Le maintien d'un poids corporel socialement acceptable est souvent perçu comme une responsabilité individuelle (10,11). Ainsi, il existe de nombreux préjugés envers les personnes grasses qui se voient attribuer des traits de personnalité négatifs (8,9,12). Selon un sondage Léger en mars 2021 auprès d'un échantillon représentatif de la population québécoise pour le compte de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), 25 % des répondants estiment que les personnes grasses n'ont pas de volonté et 37 % croient qu'elles ne savent pas se contrôler (13). Par ailleurs, le quart des répondants rapporte avoir été victime de discrimination liée au poids (13). Chez les personnes avec un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>, cette proportion s'élève à 44 % (13). Or, la stigmatisation liée au poids nuit à la santé physique et mentale, à la qualité et la quantité de soins et services de santé, à la satisfaction corporelle ainsi qu'à l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé (14). Au dire de plusieurs personnes, l'association entre un IMC élevé et certains problèmes de santé est en partie attribuable à la stigmatisation liée au poids (15-17). Aussi, dénoncent-elles la médicalisation du poids qui encourage la commercialisation de traitements et de produits de perte de poids par l'industrie amaigrissante et pharmaceutique (16,18).

D'autres personnes craignent que les discours centrés sur le poids augmentent la préoccupation à l'égard du poids (18,19). Au Québec en 2021, 43 % des hommes et 59 % des femmes sont insatisfaits de leur poids et 62 % des adultes se trouvent trop gros (13). L'insatisfaction corporelle et la préoccupation à l'égard du poids peuvent inciter les gens à recourir à des produits, services ou moyens amaigrissants ou PSMA (20). Or, ces PSMA peuvent susciter un sentiment d'échec répété, une insatisfaction corporelle et entretenir une relation malsaine avec l'alimentation, voire déclencher des troubles de comportements alimentaires (21–23).

Dans ce contexte, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) et sa Coalition québécoise sur la problématique du poids (Coalition Poids) ont amorcé en décembre 2020 une démarche réflexive sous la forme du Groupe de travail provincial sur les problématiques du poids (GTPPP). Réunissant près d'une cinquantaine de personnes travaillant en relation d'aide, de spécialistes, d'organismes et de personnes stigmatisées en raison de leur poids, ce groupe de travail intersectoriel vise à repenser le discours sur le poids.

Pour alimenter les réflexions du GTPPP, un projet de maîtrise en santé publique a été réalisé de janvier à avril 2021. Il visait à explorer les controverses sur le poids parmi les diététistes-nutritionnistes au Québec, et ce, dans l'optique de favoriser l'amélioration des pratiques de santé publique. L'objectif n'était pas de faire un portrait exhaustif et représentatif de ces controverses, mais plutôt de donner un aperçu de la situation et de relever les principaux arguments évoqués dans les controverses pour mieux les comprendre.

### Objectifs d'apprentissage

Le lectorat sera en mesure de mieux comprendre les controverses sur le poids parmi les diététistes-nutritionnistes, de les situer par rapport aux perceptions de la population générale et d'en analyser les arguments.

### Méthodologie

Des entretiens semi-dirigés ont été effectués auprès de huit diététistes-nutritionnistes recrutées à la suite d'un appel lancé à la communauté de diététistes-nutritionnistes sur Facebook et au réseau de partenaires de la Coalition Poids. Deux variables ont été considérées dans le choix de l'échantillon : 1) le champ de pratique (communication, nutrition clinique, recherche et santé publique) ; 2) le nombre d'années d'expérience (entre un et trente ans). Ces critères de sélection ont permis de recruter des diététistes-nutritionnistes ayant des points de vue différents sur le poids. Les entretiens visaient

notamment à explorer les similitudes et les différences dans les opinions des diététistes-nutritionnistes face aux enjeux liés au poids. De plus, un sondage, conçu avec l'outil SurveyMonkey et composé de questions à choix multiples et à court développement, a été effectué auprès des diététistes-nutritionnistes. Il a été revu à la suite des commentaires de l'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec (ODNQ) et de trois diététistes-nutritionnistes qui ont participé au prétest. L'invitation à remplir le sondage a été envoyée dans l'infolettre de l'ODNQ ainsi que par courriel aux 160 diététistes-nutritionnistes partenaires de la Coalition Poids. L'invitation a également été publiée dans deux groupes privés sur Facebook : « Diplômé.e.s Universitaires en Nutrition » et « diététistes-nutritionnistes anti-régime et HAES® francophones ». Du 2 au 30 mars 2021, 306 diététistes-nutritionnistes ont commencé le sondage, mais 289 y ont répondu entièrement. Toutes les réponses ont été considérées. Parallèlement à ces travaux, l'ASPQ a mandaté la firme de sondage Léger pour mesurer la perception de la population sur différents enjeux liés au poids. Ce sondage a été réalisé du 18 et 27 mars 2021 auprès de 1 500 adultes québécois (13).

### Résultats

L'analyse des données qualitatives et quantitatives recueillies auprès des diététistes-nutritionnistes a permis de relever sept controverses interreliées autour du poids. Cette section les présente et compare certains résultats avec les données du sondage auprès de la population générale.

#### **Définition de l'obésité**

Les lignes directrices canadiennes de pratique clinique pour l'obésité chez l'adulte, publiées en 2020 par Obésité Canada, caractérisent l'obésité comme une maladie chronique (24). Cette définition ne semble pas faire l'unanimité parmi les diététistes-nutritionnistes. Parmi les répondantes du sondage<sup>1</sup>, la moitié (53 %) juge que l'obésité est principalement un facteur de risque, le cinquième (21 %) une maladie et le dixième (9 %) considère qu'elle est une caractéristique physique sur laquelle il ne faut pas s'attarder. De plus, l'option « autre » a été sélectionnée par 13 % des répondantes qui devaient alors préciser leur réponse. Leur analyse a permis de dégager cinq grandes catégories de réponses : 1) une combinaison de deux ou trois choix de réponses ; 2) une résultante de facteurs hors du contrôle des individus ; 3) une catégorisation selon l'IMC ; 4) une caractéristique physique qu'on ne doit pas mettre au premier plan ; 5) un terme discriminatoire. À titre comparatif, 77 % de

1. Le terme « répondantes » est utilisé puisque la majorité (98 %) des diététistes-nutritionnistes qui ont complété le sondage sont des femmes.



la population québécoise indiquent que l'obésité est un facteur de risque de maladies et 14 % indiquent qu'il s'agit d'une maladie (13).

Le tableau 1 présente les arguments pour et contre la reconnaissance de l'obésité à titre de maladie qui ont été soulevés par les diététistes-nutritionnistes lors des entrevues et du sondage.

**TABLEAU 1 – Arguments pour et contre la reconnaissance de l'obésité à titre de maladie selon les diététistes-nutritionnistes**

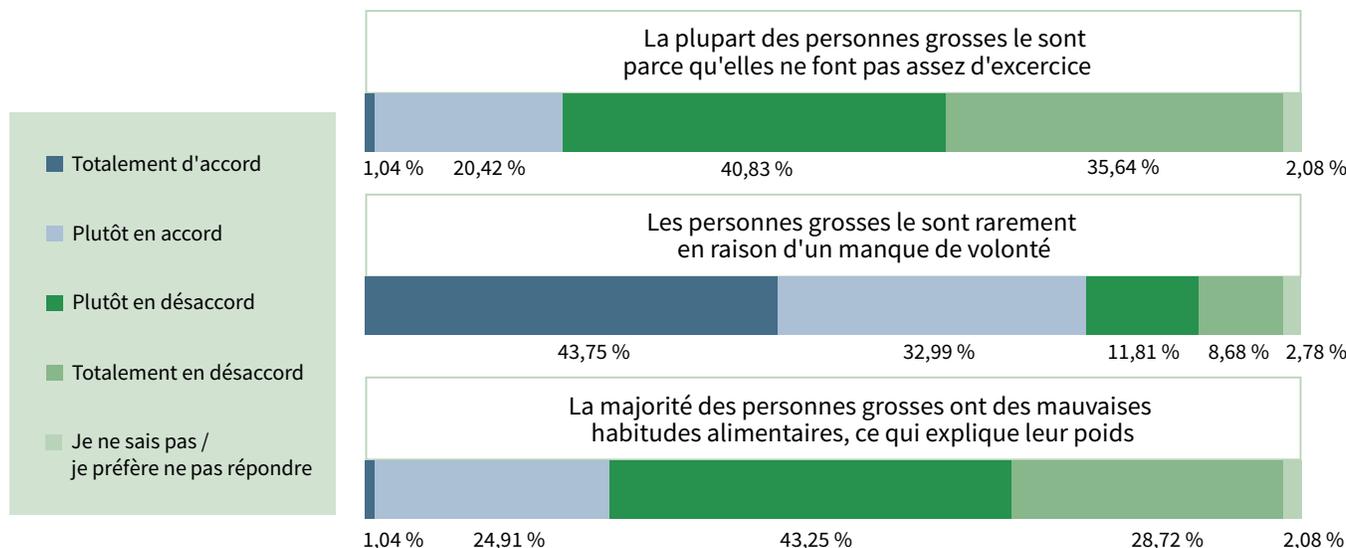
Pour	Contre
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Stigmatisation liée au poids réduite</li> <li>&gt; Investissements en santé publique et en recherche justifiés</li> <li>&gt; Plaidoyer en santé publique facilité</li> <li>&gt; Meilleure prise en charge clinique</li> <li>&gt; Plus grande accessibilité du système de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Stigmatisation liée au poids augmentée</li> <li>&gt; Médicalisation du poids corporel</li> <li>&gt; Renforcement du stéréotype voulant qu'un poids élevé soit incompatible avec la santé</li> <li>&gt; Attention focalisée uniquement sur la perte de poids malgré l'absence de méthodes efficaces à moyen ou long terme</li> <li>&gt; Apparition et promotion de méthodes de perte de poids potentiellement dangereuses pour la santé physique et mentale</li> </ul>

### Contrôlabilité perçue du poids

Selon une version de l'échelle Belief About Obese Persons (25), environ le trois quarts des diététistes-nutritionnistes sondés sont en accord avec les énoncés stipulant qu'une mauvaise alimentation, un manque d'exercice ou un manque

de volonté n'expliquent pas le poids des personnes grosses (figure 1). En contrepartie, 63 % de la population croit que la majorité des personnes obèses ont de mauvaises habitudes alimentaires, ce qui explique leur poids (13).

**FIGURE 1 – Degré d'accord avec des énoncés sur la perception de la contrôlabilité du poids**



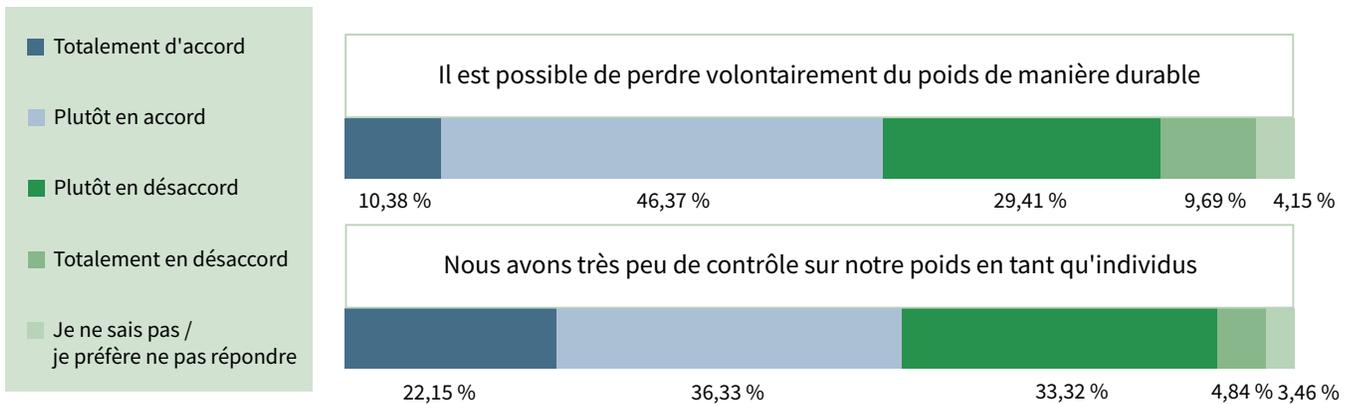
Lors des entrevues, les diététistes-nutritionnistes mentionnent que le poids est influencé par de nombreux facteurs qui ne dépendent pas de la seule volonté. Comme l'indique la figure 2, environ six répondantes sur dix sont en accord avec l'énoncé précisant que « nous avons très peu de contrôle sur notre poids en tant qu'individus ». En revanche, la moitié des répondantes sont en accord avec l'énoncé selon lequel « il est possible de perdre volontairement du poids de manière durable ». Ces résultats soulèvent une certaine contradiction.

**Conceptualisation du lien entre le poids et la santé**

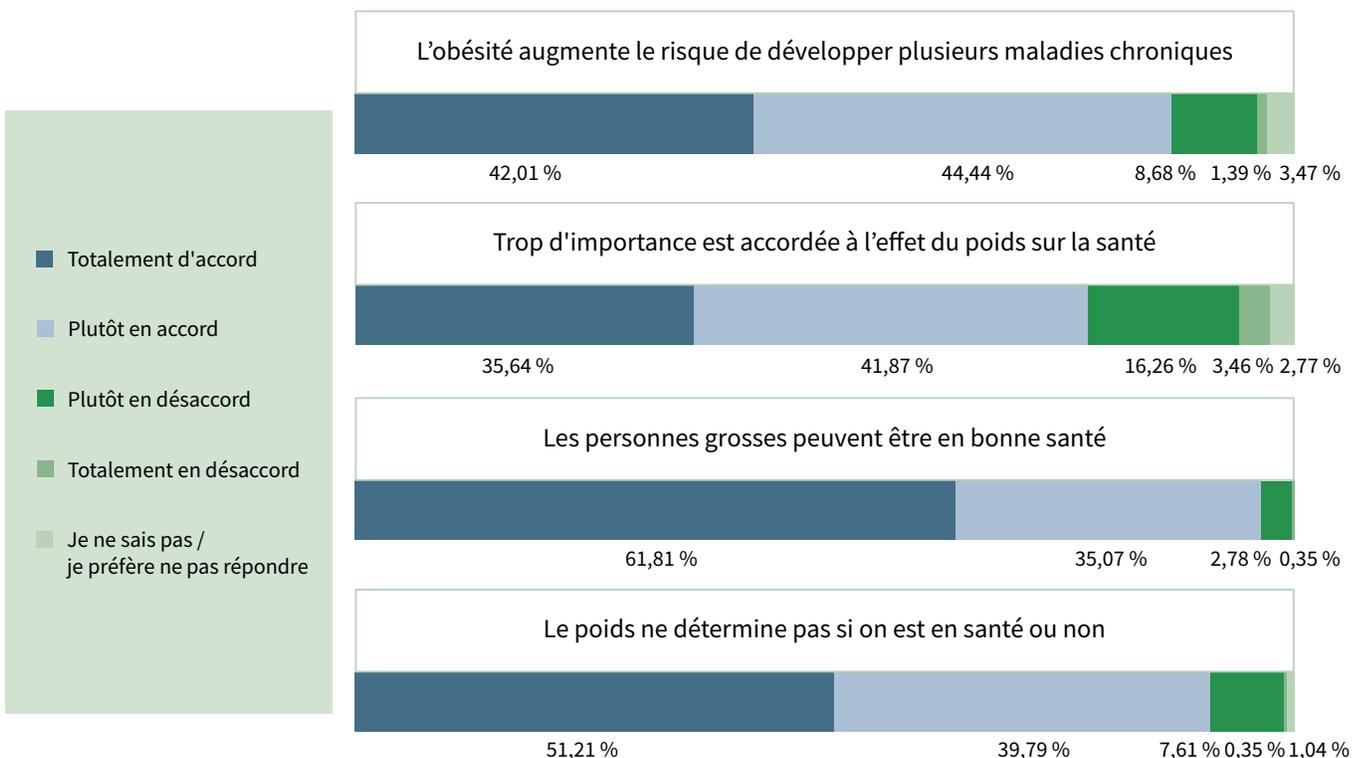
La majorité des diététistes-nutritionnistes sondées sont en accord avec l'énoncé selon lequel l'obésité augmente le risque de plusieurs maladies chroniques. Environ huit

diététistes-nutritionnistes sondées sur dix estiment que trop d'importance est accordée à l'effet du poids sur la santé. Comme illustré à la figure 3, presque la totalité des diététistes-nutritionnistes sondées (97 %) estime que les personnes grosses peuvent être en bonne santé comparativement à 70 % de la population générale (13). De la même façon, 91 % des diététistes-nutritionnistes sont en accord avec l'énoncé voulant que le poids ne détermine pas la santé, comparativement à 59 % pour la population générale (13). D'ailleurs, lors des entrevues et dans le sondage, les diététistes-nutritionnistes insistent sur le fait que le poids est l'un des nombreux facteurs qui influencent la santé.

**FIGURE 2 –** Degré d'accord avec des énoncés sur la perception de la contrôlabilité du poids



**FIGURE 3 –** Degré d'accord avec des énoncés sur le lien entre le poids et la santé





## Sensibilité à la stigmatisation liée au poids

La majorité des diététistes-nutritionnistes sondées reconnaissent que les personnes grosses sont victimes de stigmatisation liée au poids (95 %). Selon le sondage Léger, 67 % de la population estime que les personnes grosses sont victimes de discrimination (13). Les diététistes-nutritionnistes semblent donc particulièrement sensibles à cet enjeu. De plus, 94 % des diététistes-nutritionnistes sondées appuient le mouvement de dénonciation de la grossophobie.

Des questions ont été soulevées par certaines diététistes-nutritionnistes lors des entrevues. Certaines estiment que les militant.e.s anti-grossophobie ne représentent pas la perception de toutes les personnes grosses, ce qui peut générer de la frustration chez ces dernières. D'autres indiquent qu'il ne faut pas perdre la rigueur scientifique au

profit du militantisme, puisqu'une position peu nuancée peut accroître la résistance face au changement du paradigme sur le poids et nuire au dialogue. Finalement, certaines ressentent un malaise lorsque d'autres argumentent que la stigmatisation liée au poids est la principale responsable des problèmes de santé.

## Rôle de la santé publique dans les enjeux liés au poids

Le pourcentage des diététistes-nutritionnistes qui considèrent comme importante ou très importante la prévention de l'obésité et la lutte contre la stigmatisation liée au poids est respectivement de 80 % et 92 %. Les arguments évoqués pour appuyer ces positions sont présentés au tableau 2.

**TABLEAU 2** – Arguments pour et contre la prévention de l'obésité et la lutte contre la stigmatisation liée au poids selon les diététistes-nutritionnistes

	Pour	Contre
Prévention de l'obésité	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; La difficulté de perdre du poids justifie l'importance de prévenir l'obésité.</li> <li>&gt; La prévention de l'obésité réduit l'incidence des maladies chroniques, ce qui améliore la santé populationnelle et réduit le fardeau pour le système de santé.</li> <li>&gt; La hausse de la prévalence de l'obésité, infantile notamment, indique l'urgence d'agir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Les approches et les discours axés sur le poids laissent sous-entendre qu'un poids élevé est synonyme d'une mauvaise santé et que les gens peuvent maîtriser leur poids.</li> <li>&gt; Le recours PSMA est néfaste. Ces produits favorisent : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ les fluctuations pondérales;</li> <li>▶ la préoccupation excessive envers le poids;</li> <li>▶ les troubles de comportements alimentaires;</li> <li>▶ un gain pondéral à long terme.</li> </ul> </li> </ul>
Lutte contre la stigmatisation liée au poids	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; La stigmatisation à l'égard du poids : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ nuit à la santé physique et mentale;</li> <li>▶ réduit l'utilisation des services de santé;</li> <li>▶ nuit à l'adoption de saines habitudes de vie;</li> <li>▶ encourage le recours aux PSMA;</li> <li>▶ favorise les fluctuations pondérales.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; La banalisation du surplus de poids peut être néfaste en raison des maladies chroniques associées à l'obésité.</li> </ul>

### Approche professionnelle

Certaines diététistes-nutritionnistes mentionnent qu’il n’est pas éthique de recommander une perte pondérale ou d’adopter un discours axé sur le poids puisqu’il est difficile de maintenir une perte du poids à long terme. Parmi les diététistes-nutritionnistes sondées, 9 % sont plutôt ou totalement en accord avec l’énoncé « j’adopte une approche centrée sur la gestion du poids » et 80 % sont plutôt ou totalement en accord avec l’énoncé « j’adhère à l’approche Health at Every Size® ».

Par ailleurs, d’autres indiquent qu’il faut accompagner les personnes qui souhaitent perdre du poids pour éviter qu’elles recourent aux services ou conseils de personnes non qualifiées. De plus, certaines insistent sur l’importance de respecter l’autonomie et le libre arbitre des personnes.

### Discours populationnel sur le poids

Certaines questions du sondage visaient à tester l’acceptabilité des termes utilisés dans les discours liés au poids. Comme l’indique la figure 4, les réponses sont divisées. Revendiquées par certain.e.s militant.e.s anti-grossophobie, l’appellation « personne grosse » est jugée péjorative par environ la moitié des diététistes-nutritionnistes sondées. Aussi, plus de 40 % des diététistes-nutritionnistes estiment que les termes « obèses » ou « obésité » devraient être évités, comparativement à 19 % de la population générale (13). Pour 88 % des diététistes-nutritionnistes sondées (et 88 % de la population générale), adopter de saines habitudes de vie est plus important qu’avoir un « poids santé ». Plutôt que d’adopter un discours axé sur le poids, plusieurs diététistes-nutritionnistes proposent d’aborder les saines habitudes de vie puisqu’elles profitent à tout le monde indépendamment du poids et qu’elles s’inscrivent dans une approche positive.

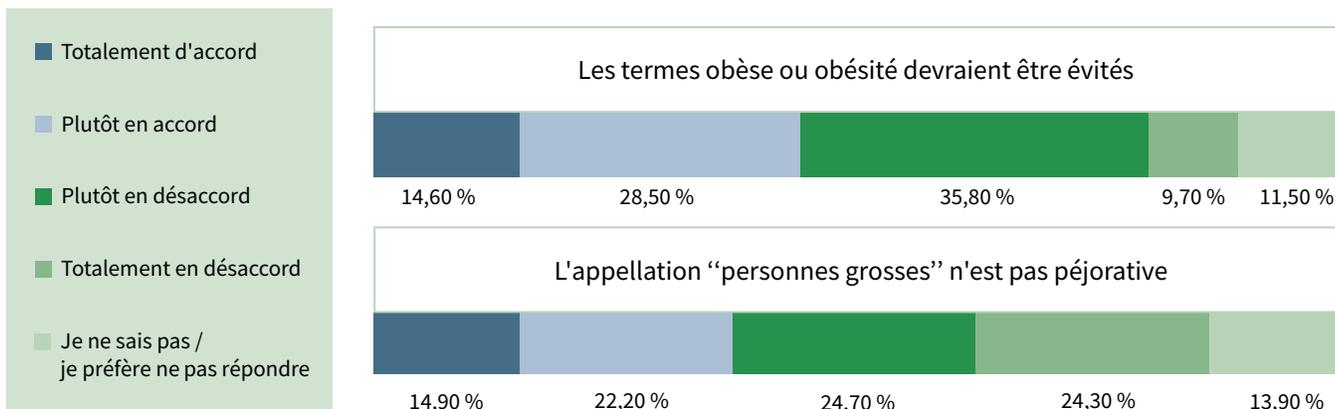
### Discussion

À notre connaissance, il s’agit de la première démarche d’exploration des controverses liées au poids parmi les diététistes-nutritionnistes au Québec. Bien que cette analyse ne soit ni exhaustive ni représentative des opinions de l’ensemble des diététistes-nutritionnistes du Québec, elle a permis de mieux comprendre les arguments sous-jacents aux controverses. Cette démarche favorise également la réflexivité et le dialogue, essentiels à la pratique de la profession de diététistes-nutritionnistes. Finalement, elle permet de nourrir les réflexions pour encourager une meilleure cohésion des messages populationnels et concerter les efforts vers une vision partagée des enjeux reliés au poids. Il s’agit d’ailleurs des objectifs du GTPPP.

Les données rapportées dans cet article comportent plusieurs limites. Un biais d’échantillonnage pour le sondage auprès des diététistes-nutritionnistes est possible, car celles qui se sentent interpellées par les enjeux liés au poids sont plus susceptibles d’y avoir répondu. Les résultats de ce sondage sont donc à interpréter avec prudence. Aussi, en raison de la nature et la durée du projet de maîtrise, les données du sondage n’ont pas fait l’objet d’une analyse statistique et le point de saturation des données qualitatives pour les entrevues semi-dirigées n’a pas été atteint.

Les résultats relèvent des divergences qui concernent notamment la définition de l’obésité et le vocabulaire à utiliser dans les discours destinés à la population. Les enjeux reliés au poids sont propices à l’émergence de controverses et donc à ces divergences. En effet, il s’agit de problématiques complexes auxquelles prennent part une multitude d’acteurs qui ont des intérêts, des savoirs et des valeurs différentes (1). De plus, les connaissances scientifiques sur ces enjeux, constamment en évolution, sont parfois contradictoires (1).

**FIGURE 4 –** Acceptabilité de certains termes selon les diététistes-nutritionnistes





L'exercice a également mis en lumière des consensus (importance de lutter contre la stigmatisation liée au poids et d'adopter un discours axé sur les habitudes de vie favorables à la santé plutôt que sur le poids) qui peuvent servir à étayer la construction d'un discours populationnel sur le poids. D'ailleurs, ces deux consensus sont invoqués comme principes directeurs du GTPPP.

## Conclusion

De nombreux messages sur le poids sont transmis à la population. Il importe de repenser la manière d'aborder les enjeux liés au poids, et ce, sans nuire à la population. Pour ce faire, l'ASPQ et sa Coalition Poids ont mené des travaux de réflexion avec le GTPPP pour parvenir à une compréhension collective et favoriser une meilleure synergie. Ce projet de maîtrise a ainsi contribué aux travaux du GTPPP qui ont donné naissance au *Manifeste québécois pour des communications saines sur les problématiques liées au poids*. Ce document présente les principes directeurs guidant les actions de communication sur les problématiques de poids. Il s'agit d'une première étape vers un discours populationnel plus cohérent, plus harmonieux et non stigmatisant.

## Ressource complémentaire

Association pour la santé publique du Québec | Coalition québécoise sur la problématique du poids. Groupe de travail provincial sur les problématiques du poids : Pour des communications saines sur les problématiques liées au poids. [En ligne]. Montréal; 2021. Disponible : <https://www.cqpp.qc.ca/app/uploads/2021/12/Rapport-GTPPP-2021-1.pdf>

## Références

1. Bilodeau A, Parent A-A, Potvin L. Les collaborations intersectorielles et l'action en partenariat, comment ça marche ? [En ligne]. Chaire de recherche du Canada Approches communautaires et inégalités de santé, Université de Montréal; 2019. Disponible : [http://chairecacis.org/fichiers/intersectorialite\\_partenariat\\_2019.pdf](http://chairecacis.org/fichiers/intersectorialite_partenariat_2019.pdf)
2. Organisation mondiale de la santé. Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation [En ligne]. Organisation mondiale de la santé; 2000. Disponible : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
3. Lupton D. Fat. Second edition. New York: Routledge; 2018.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2015-2025 [En ligne]. Gouvernement du Québec; 2015. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>
5. Association pour la santé publique du Québec. Industrie de la minceur | Nos priorités [En ligne]. ASPQ. 2021 [cité 7 avr 2021]. Disponible : <https://www.aspq.org/priorite/industrie-de-la-minceur/>
6. Ricard M-M. De l'insatisfaction à l'acceptation corporelle : développer une relation plus positive avec son corps. Montréal: Les Éditions JFD Inc.; 2021.
7. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. BMC Med. 15 août 2018;16(1):123. doi: 10.1186/s12916-018-1116-5

8. Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, van Brakel W, C. Simbayi L, Barré I, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. BMC Med. 15 févr 2019;17(1):31. doi: 10.1186/s12916-019-1271-3
9. Tam T. Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019 [En ligne]. Agence de la santé publique du Canada; 2019. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html>
10. Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. Am J Public Health. 1 juin 2010;100(6):1019-28. doi: 10.2105/AJPH.2009.159491
11. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. Nat Med. avr 2020;26(4):485-97. doi: 10.1038/s41591-020-0803-x. Epub 2020 Mar 4.
12. Bernier É. Grosse et puis ? Montréal: Éditions Trécarré. 2020.
13. Firme Léger. Perception du problème de poids au Québec : Sondage auprès des Québécois et Québécoises. 2021.
14. Pearl RL, Puhl RM. Weight bias internalization and health: a systematic review. Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes. août 2018;19(8):1141-63.
15. Medvedyuk S, Ali A, Raphael D. Ideology, obesity and the social determinants of health: a critical analysis of the obesity and health relationship. Crit Public Health. 20 oct 2018;28(5):573-85. doi: 10.1080/09581596.2017.1356910
16. Harrison C. Anti-régime : Découvrez l'alimentation intuitive et faites la paix avec votre corps. Montréal: Les éditions de l'homme. 2019.
17. Gard M. Truth, belief and the cultural politics of obesity scholarship and public health policy. Crit Public Health. mars 2011;21(1):37-48. doi: 10.1080/09581596.2010.529421
18. Stoll LC. Fat Is a Social Justice Issue, Too. Humanity Soc. 1 nov 2019;43(4):421-41. doi: 10.1177/0160597619832051
19. Bacon L, Aphramor L. Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. Nutr J. 24 janv 2011;10(1):9. doi: 10.1186/1475-2891-10-9
20. Loth KA, MacLehose R, Bucchianeri M, Crow S, Neumark-Sztainer D. Predictors of Dieting and Disordered Eating Behaviors From Adolescence to Young Adulthood. J Adolesc Health. 1 nov 2014;55(5):705-12. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.04.016
21. Schaumberg K, Anderson DA, Anderson LM, Reilly EE, Gorrell S. Dietary restraint: what's the harm ? A review of the relationship between dietary restraint, weight trajectory and the development of eating pathology. Clin Obes. avr 2016;6(2):89-100. doi: 10.1111/cob.12134
22. Venne M, Mongeau L, Strecko J, Paquette M-C. Bénéfices, risques et encadrement associés à l'utilisation des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA). [En ligne]. Institut national de la santé publique du Québec; 2008. Disponible : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/763\\_rapport\\_pisma.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/763_rapport_pisma.pdf)
23. Extenso. Diètes populaires : les risques pour la santé des régimes restrictifs [En ligne]. 2015. Disponible : [https://www.extenso.org/article/dietes-populaires-les-risques-pour-la-sante-des-regimes-restrictifs/#:~:text=Risques%20de%20d%C3%A9shydratation%2C%20d'hypotension,%2C%20en%20calcium%2C%20etc.\)%3B](https://www.extenso.org/article/dietes-populaires-les-risques-pour-la-sante-des-regimes-restrictifs/#:~:text=Risques%20de%20d%C3%A9shydratation%2C%20d'hypotension,%2C%20en%20calcium%2C%20etc.)%3B)
24. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al. L'obésité chez l'adulte : ligne directrice de pratique clinique. Can Med Assoc J. 7 déc 2020;192(49):E1757-75. doi: 10.1503/cmaj.191707-f
25. Allison DB, Basile VC, Yunker HE. The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. International Journal of Eating Disorders. 1991;10(5):599-607.



> **Jean-Philippe Drouin-Chartier, Dt. P. Ph. D.**

*Professeur adjoint, Faculté de pharmacie, Chercheur, Centre Nutrition, Santé et Société (NUTRISS) de l'Institut sur la Nutrition et les Aliments Fonctionnels (INAF), Université Laval*



> **Justine Daoust, B. Sc. Inf.**

*Étudiante à la maîtrise en nutrition, École de nutrition, Centre de recherche de l'institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (CRIUCPQ), Université Laval*



## Consommation de produits laitiers et hypertension artérielle : revue critique de la littérature et implications pour la pratique des diététistes-nutritionnistes

L'hypertension artérielle (HTA), définie comme une pression artérielle (PA) supérieure à 140/90 mm Hg, est non seulement le précurseur de plusieurs maladies cardiovasculaires, mais également le principal facteur de risque de mortalité à l'échelle mondiale (1-3). En 2013, 22,6 % des adultes canadiens en étaient atteints, une augmentation de 3 % par rapport à 2008 (3). Les données les plus récentes confirment la progression de l'HTA au Canada qui est dès lors considérée comme un important problème de santé publique (4).

## Messages clés

- > Les données des études épidémiologiques montrent que la consommation totale de PL et la consommation de lait sont toutes deux associées à un risque plus faible de développer l'HTA.
- > D'un point de vue clinique, la consommation de produits laitiers permettrait de stabiliser la pression artérielle, mais ne l'abaisserait pas.

En 1997, le premier essai clinique d'envergure sur la diète DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*)<sup>1</sup> a démontré hors de tout doute l'effet bénéfique d'une saine alimentation sur la PA (5). Cette étude a contribué à l'hypothèse voulant que la consommation de produits laitiers (PL) faibles en gras pourrait influencer favorablement la PA. En fait, les participants qui avaient consommé des PL faibles en gras dans le cadre de la diète DASH montraient une plus grande diminution de la PA que les participants ayant suivi une diète DASH sans PL<sup>2</sup>. Depuis, un grand nombre d'études tant épidémiologiques que cliniques se sont intéressées à la relation entre la consommation de PL et la PA (6-15).

L'objectif de cette revue parapluie (c.-à-d. une revue de méta-analyses) est de brosser un portrait d'ensemble des données épidémiologiques et cliniques sur la relation entre la consommation totale de PL et la consommation de lait, de fromage et de yogourt (évaluée isolément) et la PA ou le risque d'HTA. Nous concluons en discutant des implications de ces données dans la pratique des diététistes-nutritionnistes.

### Méthodologie de la revue de littérature

Cette revue parapluie a été réalisée entre février et juin 2021 conformément aux directives PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (16). Les deux auteurs ont scruté indépendamment les bases de données PubMed et Embase en se servant d'une

approche systématique pour recenser les méta-analyses d'études épidémiologiques prospectives et d'études cliniques portant sur la relation entre la consommation de PL et le risque d'HTA ou l'effet de la consommation de PL sur la PA. Les études épidémiologiques prospectives informent sur le risque de développer l'HTA en fonction de la consommation de PL, et ce, à long terme (plusieurs années). Les études cliniques renseignent sur l'effet de la consommation de PL sur la PA plusieurs jours ou semaines plus tard. Les informations fournies par ces deux types d'études sont complémentaires.

Afin de déterminer la portée de ces données dans la pratique des diététistes-nutritionnistes, nous avons évalué la qualité des données de chacune des méta-analyses à l'aide du score NutriGrade (17). Cet outil est validé et permet de calculer un score qui reflète la qualité des données probantes provenant de méta-analyses nutritionnelles (tableau 1). Un score NutriGrade  $\geq 8$  sur 10 correspond à des données probantes de « haute qualité »; autrement dit, il y a un haut niveau de confiance à l'égard de l'estimation de la différence dans le risque d'HTA attribuable à la consommation de PL ou de l'effet de la consommation de PL sur la PA. Il est donc peu probable que les futures études sur le sujet affectent ces estimations significativement. Un score entre 6 et 7,99 indique une qualité modérée, entre 4 et 5,99 une faible qualité et entre 0 et 4 une qualité très faible, ce qui signifie que le niveau de confiance à l'égard de l'association observée ou de l'effet de l'intervention est très faible.

1. La diète DASH fait la part belle aux fruits et légumes, aux produits à grains entiers et aux produits laitiers (PL) faibles en gras.
2. Changement moyen de la PA systolique (PAS) avec PL vs sans PL : -5,5 vs -2,8 mm Hg; changement moyen de la PA diastolique (PAD) avec vs sans PL : -3,0 vs -1,1 mm Hg

**TABLEAU 1** – Les neuf critères du score NutriGrade (18) pour l'évaluation de la qualité des données probantes des méta-analyses en nutrition<sup>1</sup>

Critères	Méta-analyse d'études épidémiologiques prospectives	Méta-analyse d'études cliniques
Qualité, limites des études incluses dans la méta-analyse, possibilité de biais	<b>0-2 points</b>	<b>0-3 points</b>
Précision	<b>0-1 point</b>	<b>0-1 point</b>
Hétérogénéité	<b>0-1 point</b>	<b>0-1 point</b>
Représentation adéquate de la population testée comparativement à la population générale	<b>0-1 point</b>	<b>0-1 point</b>
Biais de publication	<b>0-1 point</b>	<b>0-1 point</b>
Biais de financement de la méta-analyse	<b>0-1 point</b>	<b>0-1 point</b>
Plan des études	<b>Non applicable</b>	<b>0-2 points</b>
Ampleur de l'effet	<b>0-2 points</b>	<b>Non applicable</b>
Présence d'une relation dose-réponse	<b>0-1 point</b>	<b>Non applicable</b>

<sup>1</sup> Le score maximum possible est de 10 points.

### Résultats – méta-analyses d'études épidémiologiques

La revue systématique de la littérature a permis de relever et de sélectionner quatre méta-analyses d'études épidémiologiques prospectives (6, 7, 13, 15) et trois méta-analyses d'études cliniques (8, 9, 14). Les caractéristiques

des quatre premières portant sur la relation entre la consommation de PL et le risque d'HTA sont présentées au tableau 2.



**TABLEAU 2** – Description des méta-analyses d’études épidémiologiques prospectives ayant évalué l’association entre la consommation de produits laitiers et le risque d’hypertension artérielle (HTA)

Produits laitiers	Auteurs	Études prospectives incluses dans la méta-analyse	Taille de l'échantillon (âge des participants)	Nombre de cas d'HTA	Années de suivi	Type d'analyse	RR moyen (IC : 95 %)	Différence dans le RR (IC : 95 %)	Type d'association	Score NutriGrade
Consommation totale de produits laitiers	Ralston et al. 2012 (6)	Alonso et al. 2005 Steffen et al. 2005 Engberink et al. 2009 <sup>1</sup> Engberink et al. 2009 <sup>2</sup> Wang et al. 2008	44 869 (18-90)	11 584	2-15	Consommation élevée vs faible	0,87 (0,81, 0,94)	-13 % (-6, -19 %)	Association favorable	Faible (4,25)
	Soedamah-Muthu et al. 2012 (7)	Snijder et al. 2008 Steffen et al. 2005 Alonso et al. 2005 Engberink et al. 2009 <sup>1</sup> Engberink et al. 2009 <sup>2</sup> Wang et al. 2008 Alonso et al. 2009 Dauchet et al. 2007 Heraclides et al. 2012	57 256 (25-65)	15 367	2-15	Dose-réponse (pour 200 g/j)	0,97 (0,95, 0,99)	-3 % (-1, -5 %)	Association favorable	Faible (4,65)
	Schwingshackl et al. 2017 (15)	Alonso et al. 2005 Camoés et al. 2016 Engberink et al. 2009 <sup>1</sup> Engberink et al. 2009 <sup>2</sup> Heraclides et al. 2012 Talaie et al. 2016 Wang et al. 2008 Wang et al. 2015 Weng et al. 2013	116 415 (20-74)	31 509	2-15	Consommation élevée vs faible	0,89 (0,86, 0,93)	-11 % (-7, -14 %)	Association favorable	Faible (5,05)
						Dose-réponse (pour 200 g/j)	0,95 (0,94, 0,97)	-5 % (-3, -6 %)	Association favorable	
Heidari et al. 2021 (13)	Pereira et al. 20002 Steffen et al. 2005 Alonso et al. 2005 Wang et al. 2008 Engberink et al. 2009 <sup>1</sup> Engberink et al. 2009 <sup>2</sup> Heraclides et al. 2012 Shin et al. 2013 Wang et al. 2015 Mirmiran al. 2016 Talaie et l. 2017 Quinteiros Fidalgo et al. 2018 Johnsson et al. 2018 Buendia et al. 2018 Villaverde et al. 2020	351 932 (18-80)	~120 258	3-24,5	Consommation élevée vs faible	0,90 (0,87, 0,94)	-10 % (-4, -13 %)	Association favorable	Modéré (7,80)	

## LA NUTRITION EN ÉVOLUTION

Produits laitiers	Auteurs	Études prospectives incluses dans la méta-analyse	Taille de l'échantillon (âge des participants)	Nombre de cas d'HTA	Années de suivi	Type d'analyse	RR moyen (IC : 95 %)	Différence dans le RR (IC : 95 %)	Type d'association	Score NutriGrade
Lait	Soedamah-Muthu et al. 2012 (7)	Snijder et al. 2008 Steffen et al. 2005 Engberink et al. 2009 <sup>2</sup> Wang et al. 2008 Alonso et al. 2009 Dauchet et al. 2007 Heraclides et al. 2012	47 647 (25-65)	14 398	5-15	Dose-réponse (pour 200 g/j)	0,96 (0,94, 0,98)	-4 % (-2, -6 %)	Association favorable	Faible (4,65)
	Heidari et al. 2021 (13)	Pereira et al. 2002 Wang et al. 2008 Engberink et al. 2009 <sup>2</sup> Shin et al. 2013 Wang et al. 2015 Mirmiran et al. 2016 Talaie et al. 2017 Johansson et al. 2018 Buendia et al. 2018 Beydoun et al. 2018 Villaverde et al. 2020	337 045 (18-74)	~116 934	3-24,5	Consommation élevée vs faible	0,94 (0,90, 0,99)	-6 % (-1, -10 %)	Association favorable	Modéré (7,80)
Fromage	Ralston et al. 2012 (6)	Steffen et al. 2005 Engberink et al. 2009 <sup>1</sup> Engberink et al. 2009 <sup>2</sup> Wang et al. 2008	38 889 (18-NM)	10 739	5-15	Consommation élevée vs faible	1,00 (0,89, 1,12)	Aucune différence	Association non significative	Faible (4,25)
	Soedamah-Muthu et al. 2012 (7)	Snijder et al. 2008 Steffen et al. 2005 Engberink et al. 2009 <sup>1</sup> Engberink et al. 2009 <sup>2</sup> Wang et al. 2008 Alonso et al. 2009 Dauchet et al. 2007 Heraclides et al. 2012	51 007 (25-65)	15 066	5-15	Dose-réponse (pour 30 g/j)	1,00 (0,98, 1,03)	Aucune différence	Association non significative	Faible (4,65)
	Heidari et al. 2021 (13)	Pereira et al. 2002 Wang et al. 2008 Engberink et al. 2009 <sup>2</sup> Wang et al. 2015 Mirmiran et al. 2016 Johansson et al. 2018 Buendia et al. 2018 Beydoun et al. 2018 Villaverde et al. 2020	292 681 (18-69)	~102 838	3-24,5	Consommation élevée vs faible	0,97 (0,92, 1,01)	Aucune différence	Association non significative	Faible (5,90)



Yogourt	Soedamah-Muthu et al. 2012 (7)	Snijder et al. 2008 Steffen et al. 2005 Engberink et al. 2009 <sup>1</sup> Wang et al. 2008 Alonso et al. 2009	45 088 (25-65)	12 959	5-15	Dose-réponse (pour 50 g/j)	0,99 (0,96, 1,01)	Aucune différence	Association non significative	Faible (4,65)
	Heidari et al. 2021 (13)	Pereira et al. 2002 Wang et al. 2008 Wang et al. 2015 Mirmiran et al. 2016 Buendía et al. 2018 Beydoun et al. 2018 Villaverde et al. 2020	261 545 (18-60)	~102 125	3-24,5	Consommation élevée vs faible	0,95 (0,90, 1,01)	Aucune différence	Association non significative	Faible (5,90)

NM : non mentionné

Évaluation de la qualité des données probantes selon la valeur du score NutriGRADE :  
0-3,99 = très faible — 4-5,99 = faible — 6-7,99 = modérée — ≥ 8 = élevée

### Consommation totale de produits laitiers

La relation entre la consommation totale de PL et le risque d'HTA a été mesurée dans les quatre méta-analyses présentées au tableau 2. Ces études tirent la même conclusion : la consommation totale de PL est inversement associée au risque de développer l'HTA. Le risque d'HTA était de 10 à 13 % plus faible chez les plus grands consommateurs de PL comparativement aux personnes en consommant peu ou pas (figure 1, panel A). Dans les analyses de type dose réponse, une consommation de 200 g de PL par jour était associée à un risque d'HTA 3 à 5 % plus faible (figure 1, panel B). La première méta-analyse sur la relation entre la consommation totale de produits laitiers et le risque d'hypertension, publiée en 2012, regroupait cinq études (44 869 participants; 11 584 cas d'HTA; suivi pendant 2 à 15 ans) (6). La plus récente, publiée en 2021, rassemblait les données de 15 études (351 932 participants; au moins 120 258 cas d'HTA; suivi pendant 3 à 24,5 ans) (13). Les résultats de la première méta-analyse sur le sujet concordent avec ceux de la plus récente, quoique cette dernière comporte trois fois plus d'études, qu'elle inclut huit fois plus de sujets, dix fois plus de cas d'HTA et que le suivi dure jusqu'à dix ans de plus. D'ailleurs, la qualité des données a aussi progressé, passant de « faible » pour les trois premières méta-analyses à « modérée » dans la plus récente (tableau 2).

#### Lait

Les données sur la relation entre la consommation de lait et le risque d'HTA ont été examinées en 2012 dans une méta-analyse par Soedamah-Muthu et coll. (7) (7 études; 47 647 participants; 14 398 cas; suivi de 5 à 15 ans) ainsi qu'en 2021 par Heidari et coll. (13) (11 études; 337 045 participants; 116 934 cas; suivi de 3 à 24,5 ans) (tableau 2). La première méta-analyse a rapporté un risque d'HTA 4 %

plus faible (intervalle de confiance ou IC à 95 % : -2 à -6 %) avec une consommation de 200 g (environ  $\frac{3}{4}$  de tasse) de lait par jour (figure 1, panel B). La deuxième méta-analyse obtient une conclusion similaire en comparant les grands consommateurs de lait aux personnes en buvant peu ou pas. Un risque d'HTA 6 % plus faible (IC 95 % : -1 à -10 %) a été observé chez les plus grands consommateurs (figure 1, panel B). La qualité des données sur l'association entre la consommation de lait et le risque d'HTA a progressé au fil des années; les données publiées en 2012 étaient de qualité « faible » et celles publiées en 2021 de qualité « modérée ».

#### Fromage

Publiées entre 2012 et 2021, trois méta-analyses (6, 7, 13) ont évalué la relation entre la consommation de fromage et le risque d'HTA (tableau 2). Elles regroupaient entre 4 et 9 études, comptaient 38 889 à 292 681 participants, 10 739 à 102 838 cas d'HTA et des suivis entre 3 et 24,5 ans. Aucune différence n'a été notée entre les personnes consommant le plus de fromage et celles en consommant peu ou pas en ce qui a trait au risque d'HTA (figure 1). Toutefois, la qualité des données pour ces méta-analyses est « faible ».

#### Yogourt

Deux méta-analyses ont évalué la relation entre la consommation de yogourt et le risque d'HTA (tableau 2), soit celle de Soedamah-Muthu et coll. (7) publiée en 2012 (5 études; 45 088 participants; 12 959 cas; suivi de 5 à 15 ans) et celle de Heidari et coll. (13) publiée en 2021 (7 études; 261 545 participants; 102 125 cas; suivi de 3 à 24,5 ans). Aucune association n'a été observée entre la consommation de yogourt et le risque d'HTA (figure 1). Comme pour le fromage, les données sont de qualité « faible ».

**Panel A : analyse comparative de deux niveaux de consommation (élevée et faible)**

Risque relatif moyen (IC 95 %)

**Consommation totale de produits laitiers**

Ralston et al. 2012	0,87 (0,81, 0,94)
Schwingshackl et al. 2017	0,89 (0,89, 0,93)
Heidari et al. 2021	0,90 (0,87, 0,94)

**Lait**

Heidari et al. 2021	0,94 (0,90,0,99)
---------------------	------------------

**Fromage**

Ralston et al. 2012	1,00 (0,89, 1,12)
Heidari et al. 2021	0,97 (0,92, 1,01)

**Yogourt**

Heidari et al. 2021	0,95 (0,90, 1,01)
---------------------	-------------------

**Panel B : analyse dose-réponse**

**Consommation totale de produits laitiers**

Soedamah-Muthu et al. 2012	0,97 (0,95, 0,99)
Schwingshackl et al. 2017	0,95 (0,94, 0,97)

**Lait**

Soedamah-Muthu et al. 2012	0,96 (0,94, 0,98)
----------------------------	-------------------

**Fromage**

Soedamah-Muthu et al. 2012	1,00 (0,98, 1,03)
----------------------------	-------------------

**Yogourt**

Soedamah-Muthu et al. 2012	0,99 (0,96, 1,01)
----------------------------	-------------------

0,80 0,90 1,00 1,10 1,20  
Risque relatif +/- IC 95 %

**FIGURE 1** – Graphique en forêt des risques relatifs moyens rapportés dans les méta-analyses d’études épidémiologiques prospectives sur l’association entre la consommation de produits laitiers et le risque d’hypertension artérielle

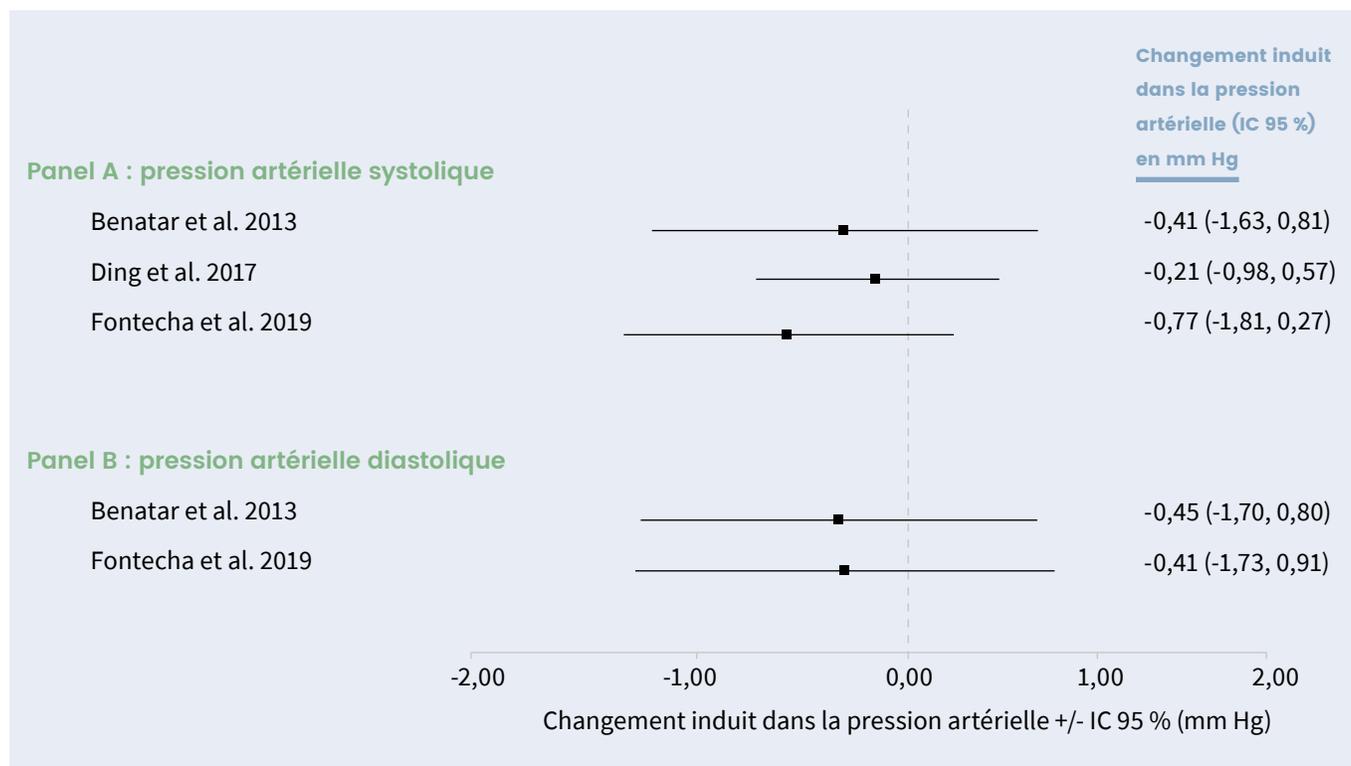
Chaque symbole représente le risque relatif moyen d’une méta-analyse accompagné d’un intervalle de confiance (IC) à 95 % selon les catégories de produits laitiers. Les résultats significatifs sont représentés en vert.



### Méta-analyses d'études cliniques

Les caractéristiques des trois méta-analyses d'études cliniques sur l'effet de la consommation totale de produits laitiers sur la PA (8, 9, 14) sont présentées au tableau 3. Elles n'ont pas mesuré l'effet propre à chaque type de produit laitier. Ces méta-analyses ont regroupé les données de 7 à 8 études d'une durée de 4 à 52 semaines menées auprès de 667 à 735 personnes avec ou sans syndrome métabolique.

Bien qu'elles soient basées sur un nombre croissant d'études et qu'elles aient été publiées en l'espace de six ans, ces trois méta-analyses sont parvenues à la même conclusion : la consommation de produits laitiers n'a pas d'effet à court terme sur la PA (figure 2). Ces données cliniques sont cependant de « faible », voire de « très faible » qualité.



**FIGURE 2** – Graphique en forêt des changements de la pression artérielle à la suite de la consommation de produits laitiers rapportés dans les méta-analyses d'études cliniques

Panel A : pression artérielle systolique

Panel B : pression artérielle diastolique

Chaque symbole représente le changement de la pression artérielle (mm Hg) de pair avec l'intervalle de confiance (IC) à 95 %.



**TABLEAU 3** – Description des méta-analyses d’études cliniques ayant évalué l’effet de la consommation de produits laitiers sur la pression artérielle (PA)

Produits laitiers	Auteurs	Études cliniques incluses dans la méta-analyse	Population	Taille de l'échantillon (âge des participants)	Semaines d'intervention	Type d'analyse	Changement dans la PA (IC : 95 %) en mm HG	Effet sur la PA	Score NutriGrade
Consommation totale de produits laitiers	Benatar et al. 2013 (8)	Van Meijl & Mensink 2011 Crichton et al. 2012 Barr et al. 2000 Alonso et al. 2009 Stancliff et al. 2011 Wennergren et al. 2009 Benatar et al. 2013	En bonne santé ou avec un syndrome métabolique	711 (18-72)	7-26	Consommation élevée vs faible ou nulle	PAS : -0,41 (-1,63, 0,81) PAD : -0,45 (-1,70, 0,80)	Pas d'effet significatif	Faible (5,90)
	Ding et al. 2017 (9)	Barr et al. 2000 Van Meijl & Mensink 2011 Wennergren et al. 2009 Crichton et al. 2012 Rideout et al. 2013 Drouin-Chartier et al. 2014 Tanaka et al. 2014 Drouin-Chartier et al. 2015	En bonne santé ou avec un syndrome métabolique	735 (18-75)	4-52	Consommation élevée vs faible ou nulle	PAS : -0,21 (-0,98, 0,57)	Pas d'effet significatif	Très faible (2,90)
	Fontecha et al. 2019 (14)	Rideout et al. 2013 Drouin-Chartier et al. 2014 Tanaka et al. 2014 Conway et al. 2014 Benatar et al. 2014 Raziani et al. 2016 Soerensen et al. 2014	En bonne santé ou avec un syndrome métabolique	667 (18-75)	4-52	Consommation élevée vs faible ou nulle	PAS : -0,77 (-1,81, 0,27) PAD : -0,41 (-1,73, 0,91)	Pas d'effet significatif	Faible (5,50)

**PAS** : pression artérielle systolique

**PAD** : pression artérielle diastolique

Évaluation de la qualité des données probantes selon la valeur du score NutriGRADE :

0-3,99 = très faible — 4-5,99 = faible — 6-7,99 = modérée — ≥ 8 = élevée

### Implications pour la pratique des diététistes-nutritionnistes

Cette revue parapluie montre que la consommation totale de PL, celle de lait en particulier, sont toutes deux associées à un risque plus faible de développer l’HTA. Toutefois, la consommation de fromage ou de yogourt ne semble pas associée au risque d’HTA. Comme le lait est le produit laitier le plus consommé, il se pourrait que l’association inverse entre le risque d’HTA et la consommation totale de PL s’explique par la relation entre la consommation de lait et le risque d’HTA. D’un point de vue clinique toutefois, la consommation de PL n’a pas d’effet sur la PA.

À première vue, le fait que les études cliniques ne rapportent aucun effet hypotenseur significatif de la consommation de PL sur la PA semble contredire les données épidémiologiques montrant une association inverse entre la consommation totale de PL et le risque d’HTA. Cette contradiction apparente peut s’expliquer par la courte durée des études. Parmi les études cliniques incluses dans les méta-analyses, celle dont l’intervention était la plus longue s’échelonnait sur un an seulement (18). Parmi les études épidémiologiques incluses dans la méta-analyse, la plus courte a duré deux ans (19) et la plus

longue, près de 24,5 ans (20). Il n'est pas nécessaire d'abaisser la PA pour prévenir l'apparition de l'HTA. L'on peut donc réconcilier les observations cliniques et épidémiologiques en suggérant que la consommation de PL, faute d'abaisser la PA, pourrait la stabiliser et prévenir son augmentation. Il a été avancé que les composés bioactifs des produits laitiers, dont les peptides, le calcium, le magnésium et le potassium, auraient des effets bénéfiques sur la PA (21).

Dans les études épidémiologiques, il faut savoir que certains facteurs confondants peuvent influencer les résultats. À cet égard, il est bien documenté que les grands consommateurs de PL ont tendance à avoir un mode de vie plus sain que les personnes qui en consomment peu ou pas (22, 23). Les consommateurs de PL, et plus particulièrement de PL écrémés ou de yogourt, ont tendance à être plus actifs physiquement et fument moins, des comportements qui diminuent leur risque d'HTA (22, 23). Bien que ces facteurs soient pour la plupart contrôlés statistiquement dans les études, nous ne pouvons pas exclure la présence d'un effet résiduel pouvant biaiser les observations épidémiologiques. Cela expliquerait pourquoi la consommation de fromage, un PL avec un contenu généralement élevé en sodium, n'est pas associée à un risque plus élevé d'HTA. Nonobstant ces facteurs, la qualité des données générées par la méta-analyse d'études prospectives de Heidari et coll. (13) publiée en 2021 sur la consommation totale de PL est considérée comme « modérée ». Ainsi, la possibilité que les futures études sur la relation entre la consommation de PL et le risque d'HTA puissent contredire l'association inverse observée de façon répétée dans la dernière décennie demeure faible.

Les effets potentiellement néfastes des matières grasses des PL (principalement des gras saturés) sur la santé cardiometabolique et cardiovasculaire sont un sujet encore largement débattu dans la communauté scientifique que nous n'avons pas abordé dans cet article (24-26). Toutefois, il est intéressant de constater que la consommation de lait, un PL faible en gras (0 à 3,5 % de M. G.) est associé à un risque plus faible d'HTA, ce qui n'est pas le cas pour le fromage, un PL riche en gras (> 18 % de M. G.). Cette association appuie l'hypothèse selon laquelle la consommation de PL faibles en gras, recommandée par le *Guide alimentaire canadien*, est bénéfique. L'association neutre pour le yogourt semble contredire cette observation. Par contre, d'un point de vue épidémiologique, cela peut s'expliquer par le fait que la consommation de yogourt est beaucoup plus faible que celle de lait ou de fromage, ce qui limite la puissance statistique des études sur le sujet (27-28).

En conclusion, les données probantes des méta-analyses épidémiologiques montrent une association inverse entre la consommation totale de PL et de lait et le risque d'HTA. Le nombre croissant d'études sur la consommation totale de PL durant la dernière décennie a amélioré la qualité de ces données et, par le fait même, la confiance en ces observations. En somme, les données probantes montrent que la consommation de PL, plus particulièrement de lait, est associée à un risque plus faible de développer l'HTA.



Ordre des diététistes  
nutritionnistes  
du Québec

## Opportunité de formation continue

Répondez au questionnaire de la revue *Nutrition* et obtenez 3 HFC.

Le questionnaire est disponible pour achat sur Mon espace

> formation > répertoire des formations

## Bibliographie

1. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 17 oct 2020;396(10258):1223-49. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2.
2. Rapsomaniki E, Timmis A, George J, Pujades-Rodriguez M, Shah AD, Denaxas S, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people. *Lancet*. 31 mai 2014;383(9932):1899-911. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60685-1.
3. Padwal RS, Bienek A, McAlister FA, Campbell NRC, Outcomes Research Task Force of the Canadian Hypertension Education Program. Epidemiology of Hypertension in Canada: An Update. *Can J Cardiol*. mai 2016;32(5):687-94.
4. Garies S, Hao S, McBrien K, Williamson T, Peng M, Khan NA, et al. Prevalence of Hypertension, Treatment, and Blood Pressure Targets in Canada Associated With the 2017 American College of Cardiology and American Heart Association Blood Pressure Guidelines. *JAMA Netw Open*. 1 mars 2019;2(3):e190406. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.0406.
5. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med*. 17 avr 1997;336(16):1117-24. doi: 10.1056/NEJM199704173361601.
6. Ralston RA, Lee JH, Truby H, Palermo CE, Walker KZ. A systematic review and meta-analysis of elevated blood pressure and consumption of dairy foods. *J Hum Hypertens*. janv 2012;26(1):3-13. doi: 10.1038/jhh.2011.3.
7. Soedamah-Muthu SS, Verberne LDM, Ding EL, Engberink MF, Geleijnse JM. Dairy consumption and incidence of hypertension: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Hypertension*. nov 2012;60(5):1131-7. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.112.195206.
8. Benatar JR, Sidhu K, Stewart RAH. Effects of high and low fat dairy food on cardio-metabolic risk factors: a meta-analysis of randomized studies. *PLoS One*. 2013;8(10):e76480. doi: 10.1371/journal.pone.0076480.
9. Ding M, Huang T, Bergholdt HK, Nordestgaard BG, Ellervik C, Qi L, et al. Dairy consumption, systolic blood pressure, and risk of hypertension: Mendelian randomization study. *BMJ*. 16 mars 2017;356:j1000. doi: 10.1136/bmj.j1000.
10. Lee M, Lee H, Kim J. Dairy food consumption is associated with a lower risk of the metabolic syndrome and its components: a systematic review and meta-analysis. *Br J Nutr*. août 2018;120(4):373-84. doi: 10.1017/S0007114518001460.
11. Schmidt KA, Cromer G, Burhans MS, Kuzma JN, Hagman DK, Fernando I, et al. The impact of diets rich in low-fat or full-fat dairy on glucose tolerance and its determinants: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*. 11 mars 2021;113(3):534-47. doi: 10.1093/ajcn/nqaa301.
12. Nieman KM, Anderson BD, Cifelli CJ. The Effects of Dairy Product and Dairy Protein Intake on Inflammation: A Systematic Review of the Literature. *J Am Coll Nutr*. 1 sept 2020;1-12.
13. Heidari Z, Rashidi Pour Fard N, Clark CCT, Haghghatdoost F. Dairy products consumption and the risk of hypertension in adults: An updated systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 30 juin 2021;31(7):1962-75. doi: 10.1016/j.numecd.2021.02.033.
14. Fontecha J, Calvo MV, Juarez M, Gil A, Martínez-Vizcaino V. Milk and Dairy Product Consumption and Cardiovascular Diseases: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Adv Nutr*. mai 2019;10(Suppl 2):S164-S189. doi: 10.1093/advances/nmy099.
15. Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G, Knüppel S, Iqbal K, Andriolo V, et al. Food Groups and Risk of Hypertension: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Studies. *Adv Nutr*. 15 nov 2017;8(6):793-803. doi: 10.3945/an.117.017178.
16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29 mars 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.
17. Schwingshackl L, Knüppel S, Schwedhelm C, Hoffmann G, Missbach B, Stelmach-Mardas M, et al. Perspective: NutriGrade: A Scoring System to Assess and Judge the Meta-Evidence of Randomized Controlled Trials and Cohort Studies in Nutrition Research. *Adv Nutr*. 15 nov 2016;7(6):994-1004. doi: 10.3945/an.116.013052.
18. Rideout TC, Marinangeli CPF, Martin H, Browne RW, Rempel CB. Consumption of low-fat dairy foods for 6 months improves insulin resistance without adversely affecting lipids or bodyweight in healthy adults: a randomized free-living cross-over study. *Nutr J*. 2 mai 2013;12:56. doi: 10.1186/1475-2891-12-56.
19. Alonso A, Beunza JJ, Delgado-Rodríguez M, Martínez JA, Martínez-González MA. Low-fat dairy consumption and reduced risk of hypertension: the Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) cohort. *Am J Clin Nutr*. nov 2005;82(5):972-9. doi: 10.1093/ajcn/82.5.972.
20. Buendia JR, Li Y, Hu FB, Cabral HJ, Bradlee ML, Quatromoni PA, et al. Regular Yogurt Intake and Risk of Cardiovascular Disease Among Hypertensive Adults. *Am J Hypertens*. 13 avr 2018;31(5):557-65. doi: 10.1093/ajh/hpx220.
21. Savica V, Bellinghieri G, Kopple JD. The effect of nutrition on blood pressure. *Annu Rev Nutr*. 21 août 2010;30:365-401. doi: 10.1146/annurev-nutr-010510-103954.
22. Fernandez MA, Panahi S, Daniel N, Tremblay A, Marette A. Yogurt and Cardiometabolic Diseases: A Critical Review of Potential Mechanisms. *Adv Nutr*. nov 2017;8(6):812-29. doi: 10.3945/an.116.013946.
23. Panahi S, Fernandez MA, Marette A, Tremblay A. Yogurt, diet quality and lifestyle factors. *Eur J Clin Nutr*. mai 2017;71(5):573-9. doi: 10.1038/ejcn.2016.214.
24. Willett WC, Ludwig DS. Milk and Health. *N Engl J Med*. 13 févr 2020;382(7):644-54. doi: 10.1056/NEJMra1903547.
25. Astrup A. Milk and Health. *N Engl J Med*. 4 juin 2020;382(23):e86. doi: 10.1056/NEJMc2005220.
26. Givens DI. Milk and Health. *N Engl J Med*. 4 juin 2020;382(23):e86. doi: 10.1056/NEJMc2005220.
27. Wang Y, Li S. Worldwide Trends in Dairy Production and Consumption and Calcium Intake: Is Promoting Consumption of Dairy Products a Sustainable Solution for Inadequate Calcium Intake? *Food Nutr Bull*. 1 sept 2008;29(3):172-85. doi: 10.1177/156482650802900303.
28. Rehm CD, Peñalvo JL, Afshin A, Mozaffarian D. Dietary Intake Among US Adults, 1999-2012. *JAMA*. 21 juin 2016;315(23):2542-53. doi: 10.1001/jama.2016.7491.

# Prix et distinctions

Édition 2022

Dernière chance de soumettre votre candidature !

Date limite : 26 juin 23h59

- Équité, diversité et inclusion Einrika-Siguineau
- Innovation
- Publication professionnelle
- Article scientifique
- Relève
- Mérite annuel

[odnq.org/prix](http://odnq.org/prix)



Ordre des diététistes  
nutritionnistes  
du Québec



**L'institution financière des  
diététistes-nutritionnistes**

**Une offre avantageuse,  
pensée et développée  
pour vos besoins  
personnels et  
professionnels.**

Faites comme plusieurs  
diététistes-nutritionnistes et  
profitez de l'offre Distinction.

**[desjardins.com/dietetiste](http://desjardins.com/dietetiste)  
1 844 778-1795 poste 30**



Ordre des diététistes  
nutritionnistes  
du Québec

**Desjardins**



> **Audrey Nantel**  
*Étudiante au baccalauréat en nutrition, Université de Montréal, stagiaire au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine*



> **Véronique Gingras, Dt.P., Ph. D.**  
*Professeure adjointe, Département de nutrition, Université de Montréal et chercheuse, Centre de recherche du CHU Sainte-Justine*



# L'introduction de l'alimentation complémentaire chez le bébé : un moment propice pour poser les bases d'une saine alimentation

## Introduction

L'introduction de l'alimentation complémentaire, en complément du lait maternel ou de la préparation commerciale pour nourrissons (PCN), marque une transition nutritionnelle importante pour l'enfant. Vers l'âge de six mois, le lait maternel ou la PCN de manière exclusive commence à ne plus suffire à combler les besoins nutritionnels du nourrisson en croissance (1-2). Les autres aliments sont donc introduits dans son alimentation pour favoriser sa croissance et son développement.

À propos  
des auteures



## Messages clés

- > L'exposition à une grande variété alimentaire dès la petite enfance est essentielle pour promouvoir l'acceptation de nouveaux aliments.
- > Les pratiques parentales en matière d'alimentation jouent un rôle majeur dans le développement des comportements alimentaires de l'enfant.
- > Les connaissances actuelles suggèrent que la diversification alimentaire menée par l'enfant serait adéquate lorsque les parents sont bien accompagnés dans l'utilisation de cette approche. De plus amples études sur la DME sont toutefois nécessaires.

Certains mythes voulant que l'introduction de l'alimentation complémentaire favorise le sommeil de l'enfant (durée et qualité) ou réduise le reflux gastro-œsophagien persistent auprès de parents et de certains professionnels de la santé. Ces croyances ne sont pas fondées par la littérature scientifique actuelle et ne doivent pas justifier l'introduction précoce des aliments (2, 10).

La petite enfance est une période cruciale dans le développement de l'enfant, notamment sur le plan alimentaire. Au-delà de l'importance d'introduire les aliments complémentaires au moment approprié (âge et stade de développement adéquats), les pratiques et les comportements des parents (ou tuteurs) durant cette période joueraient un rôle majeur dans le développement des comportements et des habitudes alimentaires de l'enfant.

L'âge recommandé pour l'introduction de l'alimentation complémentaire varie légèrement selon différentes organisations mondiales, comme l'indique le tableau 1 (1, 3-5). En général, elles recommandent d'introduire les aliments vers l'âge de 6 mois sans interrompre l'allaitement maternel ou la PCN. En Europe, plusieurs organisations suggèrent d'attendre que le bébé soit âgé entre 4 et 6 mois et pas avant, car les fonctions oromotrices, rénales, digestives et immunitaires du bébé sont encore immatures (5). Selon certaines études, une introduction précoce des aliments (< 4 mois) pourrait accroître le risque d'obésité (6-7) et nuire au développement de comportements alimentaires favorables, notamment à la capacité d'écoute des signaux de faim et de rassasiement (2). D'autre part, certains signes, présentés au tableau 2, permettent de vérifier si l'enfant est prêt à commencer l'alimentation complémentaire (8-9).

**TABLEAU 1** – Âge recommandé pour commencer l'alimentation complémentaire selon quatre organismes de santé

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1)	6 mois
Canadian Pediatric Society (CPS) (3)	Autour de 6 mois
American Academy of Pediatrics (AAP) (4)	Autour de 6 mois
The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) (5)	Entre 4 et 6 mois

**TABLEAU 2** – Signes que l'enfant peut commencer l'alimentation complémentaire (8,9)

Exemples de signes
Peut maintenir une position assise sans assistance et se pencher vers l'avant
Contrôle sa tête et peut la tourner pour démontrer un refus
Peut repousser des objets
Tente de porter des aliments à sa bouche
Ouvre sa bouche lorsque la nourriture lui est offerte
Démontre de l'intérêt pour la nourriture lorsque d'autres personnes mangent (variable selon les enfants)

### L'introduction des allergènes

De récentes études suggèrent d'introduire les allergènes dès le début de l'alimentation complémentaire. Néanmoins, l'introduction précoce des allergènes (< 4 mois) pourrait accroître le risque d'allergies alimentaires possiblement en raison de l'immaturation du système digestif (11). En 2015, une étude de Du Toit et coll. (n = 640) a montré que l'exposition précoce aux arachides (âge entre 4 et 11 mois) permettait de réduire considérablement le risque d'allergie aux arachides chez les enfants à risque élevé d'allergie alimentaire, c'est-à-dire les enfants atteints d'une forme sévère d'eczéma avec ou sans allergie aux œufs (12). Une méta-analyse de Burgess et coll. (2019) rapporte également que l'introduction des œufs entre l'âge de 4 et 6 mois serait associée à un plus faible risque d'allergie et de sensibilisation aux œufs (13). Les données scientifiques demeurent toutefois insuffisantes pour les autres allergènes (14).

### La variété des aliments offerts lors de l'introduction de l'alimentation complémentaire

Vers l'âge de 6 mois, les réserves endogènes de fer du nourrisson s'épuisent et ses besoins augmentent. C'est pourquoi il est conseillé d'introduire d'abord des aliments riches en fer, comme les viandes, la volaille, le poisson, les œufs cuits, les légumineuses, le tofu et les céréales enrichies en fer, puis une variété d'aliments nutritifs provenant des repas de la famille (3, 5, 15). Dans la pratique courante, les aliments

riches en fer accompagnent souvent divers aliments nutritifs dès l'introduction des aliments solides. Bien qu'il soit recommandé aux parents de vérifier la tolérance de l'enfant en offrant un nouvel aliment tous les deux ou trois jours (8), en pratique, il est souvent suggéré d'introduire graduellement uniquement les aliments sources d'allergènes. Plusieurs aliments non allergènes peuvent être offerts simultanément à l'enfant. Une grande variété d'aliments favoriserait l'acceptation de différents saveurs et textures durant l'enfance (16-17). Au cas où un aliment serait initialement refusé par l'enfant, il est conseillé de le réintroduire régulièrement dans son alimentation. L'exposition répétée (jusqu'à 8 à 10 tentatives) constitue l'une des méthodes les plus efficaces pour favoriser l'acceptation de nouveaux aliments (5, 7, 18). Toutefois, le fait d'insister pour que l'enfant mange un aliment refusé pourrait nuire à son acceptation et à la diversification alimentaire (19-20).

### L'environnement alimentaire et les pratiques parentales

Outre les considérations de l'âge de l'introduction de l'alimentation complémentaire et du type d'aliments offerts, de nombreuses études se sont intéressées à l'influence des pratiques parentales sur le développement des habitudes alimentaires de l'enfant. En 2020, une étude transversale de Miller et coll. (n=478) a révélé que les comportements alimentaires des parents (p. ex., manger pour répondre à un besoin émotif) pouvaient se transposer chez l'enfant âgé de 5 à 10 ans (21). Certaines pratiques parentales



favoriseraient la formation de saines habitudes chez l'enfant. Parmi celles-ci, le *responsive feeding* (alimentation sensible ou adaptée aux besoins de l'enfant) est proposé par de nombreuses lignes directrices, dont celles de l'Organisation mondiale de la santé (1), comme une approche favorisant le développement de saines habitudes alimentaires et contribuant à la prévention de l'obésité chez les jeunes enfants (5). Cette pratique encourage le parent à être à l'écoute des signaux corporels de son enfant pour reconnaître les comportements caractéristiques de la faim et du rassasiement qui sont présentés au tableau 3 (8-9). Toutefois, certains signes de rassasiement présentés au tableau 3 sont moins appropriés lorsque les parents utilisent la diversification alimentaire menée par l'enfant (DME), approche qui sera décrite plus loin dans le texte. Par exemple, « jouer avec sa nourriture » ou « recracher la nourriture » fait partie du processus normal en DME. Ce sont des comportements fréquents lorsque l'enfant teste de nouveaux aliments et de nouvelles textures.

Les résultats d'une étude américaine transversale (n = 3022), réalisée en 2006 par Fox et coll., suggèrent que le nourrisson posséderait une capacité innée pour réguler ses apports alimentaires selon ses besoins (22). Ces résultats appuient le modèle de division des responsabilités proposé par Elyn Satter, une diététiste-nutritionniste et auteure de renommée internationale (23-24). Selon ce modèle, les responsabilités liées à l'alimentation devraient être divisées entre le parent et l'enfant : le parent étant responsable du choix des aliments offerts, du moment et du lieu des repas ; l'enfant de la quantité et de la décision de consommer (ou non) les aliments offerts par le parent. Ce modèle vise à responsabiliser l'enfant par rapport à ses apports alimentaires et à promouvoir l'écoute des signaux de faim et de rassasiement (23). À l'opposé, encourager un enfant à manger

même lorsqu'il ne ressent pas la faim pourrait nuire à ses capacités d'autorégulation et favoriser le développement de comportements alimentaires obésogènes (15).

L'alimentation sensible aux besoins de l'enfant vise également à favoriser durant les repas un environnement paisible et favorable qui encourage les interactions entre le parent et l'enfant. Par exemple, le fait de permettre au bébé de manger en même temps que le reste de la famille en lui offrant le même repas (modifié selon son stade de développement) favoriserait le bon déroulement des repas et permettrait de réduire le risque de refus alimentaires (19, 25). Comme l'enfant a tendance à reproduire les comportements alimentaires des membres de sa famille, il sera ainsi plus enclin à goûter de nouveaux aliments (19). Cette approche préconise aussi d'éviter les distractions durant les repas et de laisser l'enfant choisir les aliments qu'il consomme parmi ceux qui lui sont offerts (25). Non seulement ces pratiques parentales favorisent le développement de saines habitudes alimentaires, elles amélioreraient la dynamique familiale lors des repas.

Certaines pratiques parentales contreviennent aux principes du *responsive feeding* (alimentation adaptée aux besoins de l'enfant) et peuvent nuire au développement de saines habitudes alimentaires. La restriction, la pression à manger, les tactiques de persuasion ainsi que le recours aux aliments comme récompense en sont des exemples (15). Exercer une pression pour que l'enfant mange davantage ou qu'il consomme plus de certains aliments (p. ex. des légumes) pourrait l'inciter à éviter ces aliments et à réduire ses apports alimentaires. Dans une étude à mesures répétées, Galloway et coll. (2006) ont évalué l'effet d'une incitation de nature verbale sur la consommation de soupe auprès d'enfants d'âge préscolaire (n=27 ; 3 à 5 ans) (26). Lorsque les enfants ne recevaient pas de la part

**TABLEAU 3 –** Signes de faim ou de rassasiement manifestés par l'enfant (8, 9)

Signes de faim	Signes de rassasiement
Ouvre la bouche	Ferme la bouche
Manifeste un intérêt, un enthousiasme à la vue de la nourriture	Pleure ou joue avec sa nourriture, son attention est facilement distraite
Se penche vers la nourriture	Repousse la nourriture ou la recrache
	Détourne la tête de la nourriture

des intervenants d'encouragement verbal à terminer leur soupe (contexte sans pression), ils mangeaient davantage de soupe, et ce, indépendamment de sa saveur, de leur âge ou de leur sexe. Lorsque les enfants étaient incités à manger la soupe (contexte de pression), davantage de commentaires négatifs étaient formulés à l'endroit de la soupe (157 commentaires négatifs) comparativement aux enfants non soumis à une pression (30 commentaires négatifs) (26).

Par ailleurs, une étude longitudinale (n = 4845) de Jansen et coll. a montré que les pressions parentales et la sélectivité alimentaire chez l'enfant étaient liées de façon bidirectionnelle. Les comportements des parents et des enfants pourraient donc s'influencer mutuellement et contribuer à accentuer les problématiques de refus alimentaires chez l'enfant (20). Une pression parentale aux repas serait également associée à un poids plus faible chez l'enfant (25). Ainsi, la pression à manger serait contre-productive et défavorable au développement de comportements alimentaires sains.

Lorsqu'un parent combine la pression et le recours aux aliments comme récompense, son enfant est plus enclin à développer une préférence pour les « aliments-récompenses », surtout lorsqu'il s'agit d'aliments ultratransformés (sucrés ou salés). Cette pratique parentale pourrait dissuader l'enfant de manger les aliments plus nutritifs et promouvoir la consommation d'aliments moins nutritifs (27). L'enfant qui se voit offrir des aliments en échange d'un comportement attendu est encouragé à manger pour des raisons extrinsèques. Il lui est alors plus difficile de reconnaître ses signaux de faim et de rassasiement, ce qui le rendra plus susceptible de manger pour combler des besoins affectifs (7, 25). Cette pratique parentale a également été analysée dans une étude longitudinale publiée en 2016 par Steinsbekk et coll. (n = 797). Cette étude visait à évaluer l'association entre les pratiques parentales et les comportements alimentaires de l'enfant. Les résultats indiquent que le recours aux aliments comme récompense à l'âge de six ans était associé à une plus grande réactivité alimentaire à l'âge de huit ans (28). La réactivité aux aliments (*food responsiveness*) est une prédisposition à la surconsommation d'aliments en réponse à des stimuli externes, comme la disponibilité d'aliments savoureux, le contexte social ou l'environnement alimentaire (25, 29). Selon Derks et coll., ce comportement prévaudrait davantage chez les enfants ayant un surpoids ou avec obésité (30).

La restriction mènerait aussi à une moins bonne écoute des signaux corporels et à une plus grande réactivité alimentaire. En effet, le fait de restreindre certains aliments pourrait les rendre plus attrayants aux yeux de l'enfant, l'incitant à en consommer davantage lorsqu'ils sont disponibles (25).

Ainsi, l'adoption par les parents de pratiques adéquates aux repas est essentielle au développement et au maintien de saines habitudes alimentaires chez l'enfant. Si les données scientifiques actuelles suggèrent des pistes d'intervention prometteuses pour le développement de comportements alimentaires sains, elles comportent néanmoins quelques lacunes. En effet, la plupart des études qui évaluent l'effet des pratiques parentales sont basées sur des données autorapportées. De plus, la majorité de ces études sont effectuées auprès d'enfants d'âge scolaire ou préscolaire sans suivi longitudinal. Enfin, peu d'études se sont intéressées à ces pratiques, plus particulièrement au moment de l'introduction de l'alimentation complémentaire (25).

### La diversification alimentaire menée par l'enfant (DME)

L'OMS recommande de commencer l'alimentation complémentaire avec des aliments réduits en purée, écrasés ou semi-solides, puis de progresser vers des aliments que l'enfant peut prendre avec ses mains (1). La progression des textures est importante puisque l'introduction tardive ( $\geq 9$  mois) de textures grumeleuses pourrait accroître le risque de sélectivité alimentaire et réduire la variété alimentaire de l'enfant (5, 31). Les diététistes-nutritionnistes exerçant en pédiatrie doivent souvent aborder le risque d'étouffement avec les parents qui ont parfois besoin d'être rassurés ou guidés à ce sujet. Une trop grande peur peut freiner la progression des textures ; à l'inverse, l'insouciance du risque d'étouffement associé à certains aliments peut exposer inutilement l'enfant au danger. Popularisée durant la dernière décennie, la DME est une approche d'introduction des aliments complémentaires qui encourage le nourrisson à porter à sa bouche les aliments dès l'âge de six mois. Les aliments qui lui sont offerts sont idéalement les mêmes que ceux que mange le reste de la famille. Ils sont variés, coupés en morceaux et adaptés à son stade de développement. Pour la recherche, la DME est souvent définie comme une alimentation composée à moins de 10 % d'aliments donnés sous forme de purée ou à la cuillère, mais certaines études s'en remettent à l'interprétation des parents pour la définition de la DME, c'est-à-dire qu'aucun seuil fixe n'est utilisé (32).

En 2013, Daniels et coll. ont entrepris le premier essai randomisé contrôlé (étude *Baby-Led Introduction to Solids* « BLISS » ; n=206) sur une version modifiée de la DME. Des consignes relatives au risque d'étouffement, de retard de croissance et d'anémie ferriprive étaient données aux parents (33). Les parents ont reçu des informations sur les aliments comportant un risque d'obstruction des voies respiratoires et sur la différence entre l'étouffement et le



réflexe nauséeux<sup>1</sup> (34). Outre le soutien postnatal typiquement offert aux parents (groupe contrôle), les mères du groupe expérimental de l'étude BLISS recevaient un service d'aide à l'allaitement ainsi que des conseils sur la DME (33). À l'âge de 7 et 12 mois, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes quant aux apports en fer et aux paramètres sanguins (35). Par ailleurs, le nombre d'étouffements était similaire dans les deux groupes (34), tout comme l'indice de masse corporelle (IMC) à l'âge de 12 et 24 mois (36). Notons que cette étude avait comme objectif primaire l'évaluation de l'IMC et non pas le risque d'étouffement, et donc un manque de puissance statistique est possible pour ce dernier. Selon les parents de l'étude ayant suivi la version modifiée de la DME, leurs enfants étaient moins sélectifs à l'âge de 12 mois (aucune différence à 24 mois) et plus enclins à avoir une attitude positive durant les repas à 12 et à 24 mois (36). La prise de repas en famille avec la DME pourrait donc contribuer au modelage des habitudes alimentaires et favoriser le développement de comportements alimentaires sains chez l'enfant (27). Toutefois, dans l'étude BLISS, une moins grande écoute des signaux de rassasiement (mesurée par questionnaire auprès des parents) à l'âge de 24 mois a été observée dans le groupe DME comparativement au groupe contrôle (36). Ce résultat diffère de l'étude observationnelle longitudinale de Brown et Lee (n=298), qui rapporte une association positive entre la DME et l'écoute du rassasiement chez l'enfant vers l'âge de 2 ans (37). Finalement, dans l'étude BLISS, la version modifiée de la DME était similaire à l'alimentation traditionnelle (purées) du point de vue des apports nutritionnels à l'âge de 2 ans (38). Dans un second essai contrôlé randomisé (n=280) comparant un groupe avec DME (intervention) à un groupe contrôle (alimentation traditionnelle du nourrisson), le poids à 12 mois des bébés du groupe DME était moindre (10,4 ± 0,9 kg) que celui du groupe contrôle (11,1 ± 0,5 kg) alors qu'aucune différence n'était observée pour l'apport en fer, le risque d'étouffement et les paramètres sanguins (39).

Ces études comportent quelques lacunes. En effet, le statut socio-économique et le niveau d'éducation élevé des parents sont deux facteurs confondants importants (32). Gomez et coll. (2020) rapportent que les parents qui adoptent l'approche DME seraient généralement moins restrictifs et exerceraient moins de pression sur l'enfant, deux comportements parentaux favorables qui pourraient avoir un rôle confondant dans certaines associations rapportées (40). Par ailleurs, les effets observés durant la petite enfance de la DME devront être étudiés à long terme pour vérifier s'ils perdurent et si les différences, notamment de

poids corporel, sont cliniquement significatives. Somme toute, la DME pourrait favoriser le développement de comportements alimentaires favorables sans risque pour le développement de l'enfant lorsque l'approche est encadrée par un professionnel de la santé (32).

## Conclusion

L'introduction de l'alimentation complémentaire est une transition importante dans le développement physique et comportemental de l'enfant. Mis à part le souci de la qualité alimentaire, il importe d'établir des pratiques parentales favorables au développement de comportements alimentaires sains de l'enfant dès son plus jeune âge. Les nouvelles approches parentales, désormais axées sur l'autonomie alimentaire de l'enfant, préconisent l'écoute des signaux de faim et de rassasiement. D'autres études sont nécessaires pour évaluer la portée de la DME sur le développement de l'enfant. Les professionnels de la santé jouent un rôle essentiel en guidant adéquatement les parents durant cette importante transition.

## Références

1. Dewey K, PAHO/WHO. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. In: Protection DoHPA, editor. Washington, D.C. 2003.
2. Castenmiller J, de Henauw S, Hirsch-Ernst KI, Kearney J, Knutsen HK, Maciuk A, et al. Appropriate age range for introduction of complementary feeding into an infant's diet. *EFSA J*. 2019;17(9):5780. doi: 10.2903/j.efsa.2019.5780.
3. Health Canada CPS, Dietitians of Canada, and Breastfeeding Committee for Canada. Nutrition for healthy term infants: Recommendations from six to 24 months. Canada: Government of Canada; [En ligne] 2014 [modifié le 19 janvier 2015; cité le 26 juillet 2021]. Disponible: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-food-guide/resources/infant-feeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months/6-24-months.html#a1>
4. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. mars 2012;129(3):e827-e41. doi: 10.1542/peds.2011-3552.
5. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler M, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. jan 2017;64(1):119-32. doi: 10.1097/MPG.0000000000001454.
6. Wang J, Wu Y, Xiong G, Chao T, Jin Q, Liu R, et al. Introduction of complementary feeding before 4 months of age increases the risk of childhood overweight or obesity: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Nutr Res*. août 2016;36(8):759-70. doi: 10.1016/j.nutres.2016.03.003.
7. Pietrobelli A, Agosti M, Group MeNu. Nutrition in the First 1000 Days: Ten Practices to Minimize Obesity Emerging from Published Science. *Int J Environ Res Public Health*. déc 2017;14(12):1491. doi: 10.3390/ijerph14121491.
8. Doré N, Le Hénaff D. Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les parents [En ligne]. Québec. 2021. Disponible; <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/consultez-le-guide>

1. L'enfant peut manifester le réflexe nauséeux (gag reflex en anglais) lorsqu'un aliment se trouve dans sa bouche, avant même qu'il tente de l'avaler. Il s'agit d'un réflexe normal chez le nourrisson qui apprend à se familiariser avec les aliments solides.

9. Nutrition Connections, Helderleigh Foundation. Feeding Your Vaby: A guide to help you introduce solid foods. [En ligne]. Ontario. 2021. Disponible: [https://www.tbdhu.com/sites/default/files/files/resource/2021-05/Feeding%20Your%20Baby\\_A%20guide%20to%20help%20you%20introduce%20solid%20foods\\_Updated2021.pdf](https://www.tbdhu.com/sites/default/files/files/resource/2021-05/Feeding%20Your%20Baby_A%20guide%20to%20help%20you%20introduce%20solid%20foods_Updated2021.pdf)
10. Chen PL, Soto-Ramírez N, Zhang H, Karmaus W. Association Between Infant Feeding Modes and Gastroesophageal Reflux: A Repeated Measurement Analysis of the Infant Feeding Practices Study II. *J Hum Lact*. mai 2017;33(2):267-77. doi: 10.1177/0890334416664711.
11. West C. Introduction of Complementary Foods to Infants. *Ann Nutr Metab*. 2017;70 Suppl 2:47-54. doi: 10.1159/000457928.
12. Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, Bahnson HT, Radulovic S, Santos AF, et al. Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *N Engl J Med*. fév 2015;372(9):803-13. doi: 10.1056/NEJMoa1414850.
13. Burgess JA, Dharmage SC, Allen K, Koplin J, Garcia-Larsen V, Boyle R, et al. Age at introduction to complementary solid food and food allergy and sensitization: A systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Allergy*. juin 2019;49(6):754-69. doi: 10.1111/cea.13383.
14. Abrams EM, Hildebrand K, Blair B, Chan ES. Timing of introduction of allergenic solids for infants at high risk. *Paediatr Child Health*. 2019;24(1):56-7. doi: 10.1093/pch/pxy195.
15. D'Auria E, Borsani B, Pendezza E, Bosetti A, Paradiso L, Zuccotti GV, et al. Complementary Feeding: Pitfalls for Health Outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. oct 2020;17(21):7931. doi: 10.3390/ijerph17217931.
16. Mennella JA, Trabulsi JC. Complementary foods and flavor experiences: setting the foundation. *Ann Nutr Metab*. 2012;60 Suppl 2(Suppl 2):40-50. doi: 10.1159/000335337.
17. Mennella JA, Reiter AR, Daniels LM. Vegetable and Fruit Acceptance during Infancy: Impact of Ontogeny, Genetics, and Early Experiences. *Adv Nutr*. jan 2016;7(1):211s-9s. doi: 10.3945/an.115.008649.
18. Johnson SL. Developmental and Environmental Influences on Young Children's Vegetable Preferences and Consumption. *Adv Nutr*. jan 2016;7(1):220s-31s. doi: 10.3945/an.115.008706.
19. Riley LK, Rupert J, Boucher O. Nutrition in Toddlers. *Am Fam Physician*. août 2018;98(4):227-33.
20. Jansen PW, de Barse LM, Jaddoe VWV, Verhulst FC, Franco OH, Tiemeier H. Bi-directional associations between child fussy eating and parents' pressure to eat: Who influences whom? *Physiol Behav*. juin 2017;176:101-6. doi: 10.1016/j.physbeh.2017.02.015.
21. Miller N, Mallan KM, Byrne R, de Jersey S, Jansen E, Daniels LA. Non-responsive feeding practices mediate the relationship between maternal and child obesogenic eating behaviours. *Appetite*. 2020;151:104648. doi: 10.1016/j.appet.2020.104648.
22. Fox MK, Devaney B, Reidy K, Razafindrakoto C, Ziegler P. Relationship between portion size and energy intake among infants and toddlers: evidence of self-regulation. *J Am Diet Assoc*. jan 2006;106(1 Suppl 1):S77-83. doi: 10.1016/j.jada.2005.09.039.
23. Lohse B, Satter E. Use of an Observational Comparative Strategy Demonstrated Construct Validity of a Measure to Assess Adherence to the Satter Division of Responsibility in Feeding. *J Acad Nutr Diet*. 2021;121(6):1143-56.e6. doi: 10.1016/j.jand.2020.11.008.
24. Satter E. Who are we [En ligne]. United States: Elyn Satter Institute; [modifié en 2019; cité le 30 juillet 2021]. Disponible: <https://www.elynsatterinstitute.org/who-we-are-2-2-2/>
25. Mallan K, Miller N. Effect of Parental Feeding Practices (i.e., Responsive Feeding) on Children's Eating Behavior. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2019;91:21-30. doi: 10.1159/000493675.
26. Galloway AT, Fiorito LM, Francis LA, Birch LL. 'Finish your soup': counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite*. mai 2006;46(3):318-23. doi: 10.1016/j.appet.2006.01.019.
27. Yee AZ, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. avril 2017;14(1):47. doi: 10.1186/s12966-017-0501-3.
28. Steinsbekk S, Belsky J, Wichstrøm L. Parental Feeding and Child Eating: An Investigation of Reciprocal Effects. *Child Dev*. sep 2016;87(5):1538-49. doi: 10.1111/cdev.12546.
29. Masterson TD, Gilbert-Diamond D, Lansigan RK, Kim SJ, Schiffler JE, Emond JA. Measurement of external food cue responsiveness in preschool-age children: Preliminary evidence for the use of the external food cue responsiveness scale. *Appetite*. août 2019;139:119-26. doi: 10.1016/j.appet.2019.04.024.
30. Derks IPM, Sijbrands EJJ, Wake M, Qureshi F, van der Ende J, Hillegers MHJ, et al. Eating behavior and body composition across childhood: a prospective cohort study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. oct 2018;15(1):96. doi: 10.1186/s12966-018-0725-x.
31. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Matern Child Nutr*. jan 2009;5(1):75-85. doi: 10.1111/j.1740-8709.2008.00153.x.
32. Boswell N. Complementary Feeding Methods-A Review of the Benefits and Risks. *Int J Environ Res Public Health*. 4 juil 2021;18(13):7165. doi: 10.3390/ijerph18137165.
33. Daniels L, Heath A-LM, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatr*. 2015;15(1):179. doi: 10.1186/s12887-015-0491-8.
34. Fangupo LJ, Heath A-LM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics*. oct 2016;138(4):e20160772. doi: 10.1542/peds.2016-0772.
35. Daniels L, Taylor RW, Williams SM, Gibson RS, Fleming EA, Wheeler BJ, et al. Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 27 juin 2018;8(6):e019036. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019036.
36. Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. sep 2017;171(9):838-46. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1284.
37. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr Obes*. fév 2015;10(1):57-66. doi: 10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x.
38. Williams Erickson L, Taylor RW, Haszard JJ, Fleming EA, Daniels L, Morison BJ, et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial. *Nutrients*. 7 juin 2018;10(6):740. doi: 10.3390/nu10060740.
39. Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, Turgut M, Gokcay G, Oguz MM. Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study. *Pediatr Int*. déc 2018;60(12):1073-80. doi: 10.1111/ped.13671.
40. Gomez MS, Novaes APT, Silva JPD, Guerra LM, Possobon RF. Baby-Led Weaning, an Overview of the New Approach to Food Introduction: Integrative Literature Review. *Rev Paul Pediatr*. 13 jan 2020;38:e2018084. doi: 10.1590/1984-0462/2020/38/2018084.



# Retrouvez le plaisir de manger!



En sachant quoi  
mettre dans votre  
panier d'épicerie.

**Carlos, 46 ans**  
Membre depuis 2016



> **Piraveena Piremathasan,**  
Dt.P., ÉAD, CBE, FAP  
Université McGill



> **Alexandra Margina, Dt.P.**  
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-  
Montréal



# Introduire l'humilité culturelle et la sécurité culturelle auprès des diététistes-nutritionnistes du Québec

## Introduction

Cet article vise à introduire les concepts d'humilité culturelle au sein de notre profession. Les sociologues insistent depuis des années sur le rôle important que joue la culture lors de la prestation des soins au patient. Cette idée s'est depuis manifestée dans plusieurs déclarations officielles et lignes directrices publiées par des associations professionnelles au Canada. Certaines associations, comme le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, mettent l'accent sur la prestation de soins centrés sur le patient qui prévoit la pratique continue des compétences culturelles (1).

L'UNESCO définit la culture comme : « L'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances » (2).



Le privilège est un avantage exclusif détenu uniquement par une personne ou un groupe de personnes. En tant que diététistes-nutritionnistes, nous bénéficions de certains privilèges, comme la réussite des études universitaires et l'atteinte d'un statut professionnel ou socio-économique. D'autres privilèges sont liés à la race, au sexe, à la capacité physique, à la langue, à la taille du corps, à l'accès aux services publics modernes, pour n'en nommer que quelques-uns (3).

Un privilège non reconnu peut mener au biais implicite (4). En tant qu'expertes en nutrition, nous avons non seulement le devoir de transmettre nos connaissances en cette matière, mais également de nous assurer que l'information est pertinente vu le contexte socioculturel de nos clients.

Prendre le temps de se questionner, d'évaluer ses propres biais et de manifester l'intérêt pour apprendre et déconstruire les préjugés inconscients sont essentiels pour mieux répondre et défendre les intérêts de nos patients (5).

### La sécurité culturelle

L'infirmière et chercheuse autochtone Irihapeti Ramsden a développé en Nouvelle-Zélande le concept de « sécurité culturelle ». Elle cherchait un moyen d'atténuer l'insatisfaction du peuple maori, les Autochtones de la Nouvelle-Zélande qui ont subi les effets de la colonisation, à l'égard des soins infirmiers qui leur étaient prodigués. La sécurité culturelle vise à sensibiliser les professionnels aux inégalités en santé. Irihapeti Ramsden a décrit le processus menant à la sécurité culturelle comme un continuum de connaissances et de comportements (figure 1) qui commence par la sensibilisation culturelle (6).

La compétence culturelle se définit comme « des attitudes, des connaissances et des habiletés nécessaires pour la prestation de soins de qualité aux diverses populations » (7). Il s'agit d'un « processus continu qui implique l'acceptation et le respect des différences et qui ne laisse pas les croyances avoir une influence indue sur ceux qui ne partagent pas la même perception du monde » (7).

Le concept de sécurité culturelle propose des modèles qui privilégient certaines pratiques selon le contexte socioculturel. L'histoire collective des peuples autochtones et des Premières Nations, du Canada et d'ailleurs, est caractérisée par la colonisation et l'oppression. Les communautés des Premières Nations vivant dans les réserves, les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits et les Métis vivent une plus grande insécurité alimentaire comparativement aux communautés non autochtones. Or, la sécurité culturelle peut améliorer l'accès aux services en santé (8 - 9).

Les professionnels de la santé peuvent mettre en place un contexte propice à la sécurité culturelle et ainsi fournir des soins plus accessibles aux patients de divers horizons culturels, socio-économiques et linguistiques. Ce faisant, une relation égalitaire entre les professionnels et les patients s'établit, une relation respectueuse de l'identité culturelle des patients.

L'équité en santé se caractérise par un système où toutes les populations ont les mêmes chances d'atteindre leur potentiel de santé (10). La notion de sécurité culturelle paraît simple à première vue. Or, elle s'appuie sur l'apprentissage de connaissances particulières. Pour que nos patients se sentent en sécurité d'un point de vue culturel, il faut tout d'abord entreprendre un processus de réflexion sur notre identité culturelle et nous ouvrir aux cultures différentes.

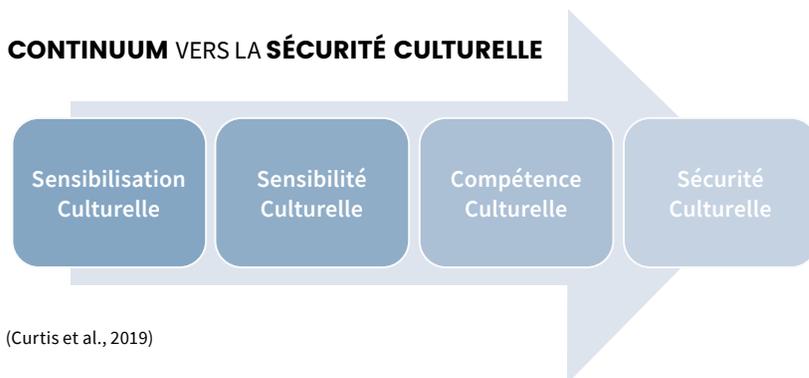
Pratiquer sans tenir compte de ces concepts peut mener à l'homogénéisation des cultures, perpétuant des stéréotypes. Explorons un concept plus intuitif : l'humilité culturelle.

### L'humilité culturelle

Contrairement à la sécurité culturelle, l'humilité culturelle invite à la réflexion critique sur ses propres biais et préjugés et à la compréhension des expériences des personnes qui ne font pas partie de la culture majoritaire (11).

Le concept d'humilité culturelle a été développé en 1998 par Tervalon et Murray-Garcia, deux femmes médecins, pour éliminer l'iniquité en santé. L'humilité culturelle appelle à l'autoréflexion continue, à la remise en question de ses valeurs, de ses croyances, de ses expériences et de ses préjugés. Il ne faut pas confondre l'humilité culturelle avec la compétence culturelle, car la notion de « compétence » fait référence à des aptitudes qui peuvent être acquises et maîtrisées, un peu comme les compétences en nutrition clinique (12). Pour offrir des soins culturellement sécuritaires, les professionnels de la santé doivent pratiquer l'humilité culturelle. Nous devons mettre l'accent sur les facteurs culturels qui peuvent influencer la santé et les soins de santé

**FIGURE 1 – Étapes du processus menant à la sécurité culturelle**



les langues, les styles de communication, les croyances, les attitudes et les comportements (12). Par exemple, une personne musulmane voudra respecter le jeûne du ramadan au nom de sa santé et de sa croissance spirituelle, même si cela peut être contre indiqué selon certaines conditions médicales. À titre de diététistes-nutritionnistes, nous devons travailler avec cette personne pour trouver ce qui lui permet de répondre à ses besoins nutritionnels.

L'humilité culturelle est un outil pour surmonter les inégalités en santé en réduisant les disparités en matière de santé chez les groupes vulnérables. Au Canada, selon le Centre de collaboration national des déterminants de la santé, « les populations vulnérables sont des groupes et des communautés qui sont à risque élevé de mauvaise santé en raison des obstacles qu'ils rencontrent en ce qui concerne les ressources sociales, économiques, politiques et environnementales, ainsi que des limitations dues à la maladie ou au handicap. » Selon cette définition, les groupes vulnérables englobent les Autochtones et les Premières Nations, les populations ethnoculturelles, les émigrants, les réfugiés, les personnes vivant dans la pauvreté, les personnes vivant avec un handicap et les personnes peu alphabétisées. (13)

Les interventions fondées sur l'humilité culturelle peuvent améliorer la santé des individus. Il est reconnu que les programmes communautaires de prévention du diabète fondés sur la culture facilitent l'adoption et le maintien des changements des habitudes de vie.

L'École de prévention du diabète à Kahnawake est un projet communautaire de recherche visant à réduire l'incidence du diabète de type 2 au sein de la communauté mohawk. Les perspectives des Haudenosaunee sur la santé sont intégrées dans les interventions cliniques (14).

### Plan d'action et recommandations

Comme professionnelles de la santé, nous devons prendre le temps de reconnaître nos propres biais et préjugés. Ces biais correspondent à des attitudes et à des stéréotypes le plus souvent inconscients. Pensons aux préjugés culturels, sexistes ou linguistiques pour n'en nommer que quelques-uns (15). On pourrait dire par exemple « Namaste » pour saluer une personne préjugant qu'elle est originaire de l'Inde en raison de son apparence alors qu'elle est sri-lankaise et ne parle ni l'hindi ni le sanskrit.

Il faut remettre en question nos préjugés et notre façon de penser, prendre conscience de nos actes. En fait, les diététistes-nutritionnistes doivent faire preuve d'un certain scepticisme lors de la prise de décisions. Rappelons que notre rôle consiste à informer nos patients dans leur intérêt primordial et non pas à prendre des décisions à leur place.

Nous voulons mettre à la disposition des diététistes-nutritionnistes une ressource qui favorise la remise en question des biais. Cet outil destiné aux professionnels de la santé peut être utilisé par tout le monde pour favoriser une autoréflexion sur les préjugés.

Cet outil, le « test d'association implicite », permet de répondre à un ou plusieurs questionnaires abordant un des sept sujets suivants porteurs de stéréotypes : couleur de peau, race, orientation sexuelle, poids, genre, pays et âge. Vous pouvez le consulter en ligne : <https://implicit.harvard.edu/implicit/canadafr/takeatest.html> (16).

Nous voulons également vous inviter à mener des actions concrètes. Ayez des discussions avec vos collègues, partagez vos apprentissages et incitez vos collègues à mener leurs propres recherches. Nous devons travailler ensemble et plaider en faveur d'un changement systémique.

Voici ce que vous pouvez faire :

- > Reconnaissez vos privilèges ;
- > Menez des recherches sur l'histoire des peuples autochtones, ainsi que sur les populations que vous desservez dans votre milieu de travail ; informez-vous des répercussions du colonialisme sur ces populations ;
- > Reconnaissez la dynamique de pouvoir dans laquelle vous évoluez en tant que professionnels de la santé ;
- > Interrogez-vous fréquemment sur vos jugements et demandez-vous si vos interactions sont influencées par des préjugés ;
- > Consultez les ressources sur les stratégies et les techniques d'une approche culturellement sensible destinées aux professionnels de la santé, notamment le site Web Culturally Connected ([www.culturallyconnected.ca](http://www.culturallyconnected.ca)) développé par le Children's Hospital et le Women's Hospital de la Colombie Britannique (14).

### Conclusion

Cet article a permis d'introduire les concepts de l'humilité culturelle et de la sécurité culturelle et de présenter leur importance pour la profession de diététiste-nutritionniste.

Nous avons fourni des ressources et des pistes pour faciliter l'autoréflexion en vue d'améliorer la pratique de l'humilité culturelle. Nous voulons également souligner que d'autres déterminants sociaux façonnent l'expérience de vie de chacun et chacune d'entre nous et déterminent la santé individuelle et populationnelle. Ces déterminants sociaux sont, entre autres : l'invalidité, l'expression de genre, l'accès aux services de santé, l'expérience de vie, l'éducation



et la littératie (18). Nous reconnaissons que ces aspects se chevauchent souvent et déterminent si une personne ou un groupe de personnes subira la discrimination ou jouira d'un privilège. « Ces facteurs sont associés à la place de l'individu dans la société, que ce soit en fonction du revenu, de l'éducation ou de l'emploi. L'expérience de discrimination ou de racisme ou d'un traumatisme historique est un important déterminant social de la santé pour certains groupes comme les peuples autochtones, la communauté LGBTQ et les communautés noires » (18).

Ces inégalités, par leur nature systémique, sont le résultat du colonialisme et nous vous encourageons à faire vos propres recherches sur le sujet. Finalement, nous tenons à rappeler que cet article ne prétend pas être une référence absolue ou exhaustive en la matière. Les questions dont il traite requièrent des recherches approfondies. L'article se veut une invitation à l'autoréflexion et à l'intégration de la sécurisation culturelle dans la pratique de notre profession.

## Références

1. MacKenzie L. and Hatala A. Addressing culture within healthcare settings: the limits of cultural competence and the power of humility. *Can Med Educ J* [En ligne]. 2019, 10(1): e124-e127. Disponible : <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/cmiej/article/view/52966>
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Culture en santé et services sociaux. Professionnels - Ministère de la Santé et des Services sociaux [En ligne]. 2020 [consulté le 27 jan 2022]. Disponible : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/developpement-durable/info-developpement-durable/culture-en-sante-et-services-sociaux/>
3. Privilege... What Does it Mean ? [En ligne]. UCA.edu. [consulté le 26 jan 2022]. Disponible : <https://uca.edu/training/files/2017/11/Privilege-What-Does-It-Mean-Handout.pdf>
4. Smith, M., Raphael, D. Focus on Visible Minorities: Key Equity and Human Rights Milestones in Alberta and Canada [En ligne]. Ualberta.ca. [consulté le 5 juil 2021]. Disponible : <https://www.ualberta.ca/equity-diversity-inclusivity/media-library/edi/resources-page/focus-on-visible-minorities---historical-resource.pdf>
5. Optique d'équité et d'inclusion – Portrait — PERSONNES RACIALISÉES. 2016. Ottawa. [consulté le 5 juil 2021]. Disponible : [https://documents.ottawa.ca/sites/documents/files/racializd\\_ss\\_fr.pdf](https://documents.ottawa.ca/sites/documents/files/racializd_ss_fr.pdf)
6. Curtis E, Jones R, Tipene-Leach D, Walker C, Loring B, Paine SJ, et al. Why Cultural Safety Rather than Cultural Competency Is Required to Achieve Health Equity: A Literature Review and Recommended Definition. *Int J Equity Health*. 2019;18 (1): 174.
7. Compétence culturelle et sécurité culturelle en enseignement infirmier des Premières nations, des Inuit et des Métis. ANALYSE INTÉGRÉE DE LA DOCUMENTATION [En ligne]. L'Association des infirmières et des infirmiers autochtones du Canada; 2009. [consulté le 5 juil 2021]. Disponible : <https://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FrenchFinalReviewofliterature.pdf>
8. Australian Human Rights Commission. Cultural safety for Aboriginal and Torres Strait Islander children and young people: A background paper to inform work on child safe organisations. Jan 2018.
9. Kim PJ. Social Determinants of Health Inequities in Indigenous Canadians Through a Life Course Approach to Colonialism and the Residential School System. *Health Equity*. 2019;3(1):378–81. doi: 10.1089/heq.2019.0041
10. McGregor B, Belton A, Henry TL, Wrenn G, Holden KB. Improving Behavioral Health Equity through Cultural Competence Training of Health Care Providers. *Ethn Dis*. 2019;29(Suppl 2):359–64. doi: 10.18865/ed.29.S2.359.
11. Van Sickle C. Practice Notes: Cultural Humility – Perspective [En ligne]. PRACTICE NOTES: CULTURAL HUMILITY A COMMITMENT TO LIFELONG LEARNING. Perspective; 2019. [consulté le 26 jan 2022]. Disponible : <https://perspective.ocswssw.org/practice-notes-cultural-humility/>
12. Yeager KA, Bauer-Wu S. Cultural humility: essential foundation for clinical researchers. *Appl Nurs Res*. 2013;26;(4): 251–6. doi : 10.1016/j.apnr.2013.06.008.
13. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Glossaire français des principaux termes sur l'équité en santé [En ligne]. 2014. [consulté le 26 jan 2022]. Disponible : [https://nccdh.ca/images/uploads/Glossary\\_FR\\_Feb\\_26.pdf](https://nccdh.ca/images/uploads/Glossary_FR_Feb_26.pdf)
14. Murdoch-Flowers J, Tremblay MC, Hovey R, Delormier T, Gray-Donald K, Delaronde E, et al. Understanding how Indigenous culturally-based interventions can improve participants' health in Canada. *Health Promot Int*. 2019;34(1):154–65. doi : 10.1093/heapro/dax059.
15. Gouvernement du Canada. Chaires de recherche du Canada. Les préjugés inconscients et le processus d'évaluation par les pairs – module de formation [En ligne]. [consulté le 26 jan 2021]. Disponible : <https://www.chairs-chaire.gc.ca/programme/equity-equite/bias/module-fra.pdf>
16. Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, Merino YM, Thomas TW, Payne BK, et al. Implicit Racial/Ethnic Bias Among Health Care Professionals and Its Influence on Health Care Outcomes: A Systematic Review. *Am J Public Health*. 2015;105(12):e60-76. doi : 10.2105/AJPH.2015.302903.
17. Eskes J. Cultural Safety in Nutrition Education and Programming [En ligne]. National Indigenous Diabetes Association; 2014. [consulté le 5 juil 2021]. Disponible : <https://nada.ca/wp-content/uploads/2016/pdfs/Food%20Security%20&%20Nutrition/Cultural%20Safety%20in%20Nutrition%20Education%20and%20Programming.pdf>
18. Government of Canada [En ligne]. Social determinants of health and health inequalities [mise à jour le 7 oct 2020; consulté le 5 juil 2021]. Disponible : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.html>



> **Marie-Joelle, Dt.P., avocate**  
Directrice, affaires professionnelles  
et conseillère juridique

## Aide à la pratique

# Le droit de prescrire : clarifications et résumé des avancées

**ÉCHOS DE LA FORMATION OFFERTE  
À L'ASSOCIATION DES NUTRITIONNISTES  
CLINIENS DU QUÉBEC (ANCQ)  
LE 26 AVRIL 2022**

**L**ors de la dernière formation de l'ANCQ, en partenariat avec l'ODNQ, des diététistes-nutritionnistes ont donné d'excellentes conférences sur différents micronutriments. La rigueur scientifique et la qualité de l'approche clinique étaient au rendez-vous. Cette journée a fourni à l'Ordre l'occasion de faire le point sur le droit de prescrire des diététistes-nutritionnistes devant un auditoire comptant près de 400 diététistes-nutritionnistes. La conférence de l'ODNQ était présentée en tandem avec Karen Turcotte, nutritionniste au CHUS, qui avait recensé les principales questions liées au droit de prescrire et les obstacles à son exercice. Voici le compte rendu de cette conférence.



**la diététiste-nutritionniste pourra prescrire lorsque la situation clinique du patient requiert une prescription ET qu'elle dispose des informations requises sur l'état de santé du patient lui permettant de prescrire de manière optimale et sécuritaire.**

### La prévention

**Est-ce que les diététistes-nutritionnistes peuvent prescrire à titre préventif ou doivent-elles attendre la présence d'une condition ou d'une maladie documentée ?**

Depuis l'entrée en vigueur du règlement en 2018, plusieurs diététistes-nutritionnistes se questionnent sur le cadre réglementaire du droit de prescrire en lien avec la prévention. Certains éléments du guide explicatif portaient à penser que la prescription à titre préventif n'était pas possible, qu'il fallait attendre le stade curatif avant de pouvoir prescrire. Or, la clarification a été faite lors de la formation : **la diététiste-nutritionniste peut prescrire à titre préventif**, et ce, avant de constater la détérioration de l'état nutritionnel du patient. Pensons notamment au vieillissement et à la prévention de l'ostéoporose, au risque de carences nutritionnelles associées à la sélectivité alimentaire, à la grossesse et au développement du bébé. Encore une fois, **la diététiste-nutritionniste pourra prescrire lorsque la situation clinique du patient requiert une prescription ET qu'elle dispose des informations requises sur le patient lui permettant de prescrire de manière optimale et sécuritaire.**

### L'ordonnance individuelle

Dans chaque cas, un des **préalables à l'acte de prescrire** est l'obtention d'une ordonnance d'un professionnel habilité (médecin, IPS<sup>1</sup>). Cette condition est **essentielle** au droit de prescrire et seules les demandes de consultation du médecin ou de l'IPS constituent une ordonnance individuelle valide. Ainsi, une demande de consultation provenant d'une infirmière, d'un travailleur social ou d'un autre professionnel ne permet pas à la diététiste-nutritionniste de prescrire.

### Motif de la demande de consultation

**L'ordonnance individuelle ou la demande de consultation contient parfois un motif (par exemple, initiation du soutien nutritionnel, diabète, IRC). Le droit de prescrire est-il alors limité à ce seul motif ?**

Non. Dans tous les cas, la diététiste-nutritionniste procédera à l'évaluation nutritionnelle complète du patient.

1. IPS : infirmière praticienne spécialisée, infirmier praticien spécialisé.

### La notion de diagnostic

**Est-ce que la diététiste-nutritionniste doit disposer d'un diagnostic médical avant de prescrire ?**

C'est l'une des questions liées au droit de prescrire qui revient souvent. La réponse ? Pas nécessairement. Une **condition ou un diagnostic** doit être présent afin de justifier la prescription. Dans certains cas, la diététiste-nutritionniste devra attendre un diagnostic avant de prescrire, alors que dans d'autres cas, la seule présence d'une condition documentée sur le plan clinique sera suffisante pour justifier la prescription. En d'autres mots,

Puis, la diététiste-nutritionniste pourra prescrire lorsque la situation (diagnostic ou condition) du patient le requiert. Il serait contre-productif pour la fluidité des soins de demander une ordonnance individuelle pour chaque affection du patient. Dans tous les cas, la diététiste-nutritionniste doit communiquer ses interventions au professionnel qui assure le suivi clinique du patient, de la façon la plus appropriée à la situation (dossier clinique, communication directe).

### Statuer sur l'état nutritionnel : la malnutrition

Un des fondements de l'exercice de la profession est l'évaluation de l'état nutritionnel du patient. Il s'agit d'ailleurs d'un motif récurrent des demandes de consultation de la part des médecins. La diététiste-nutritionniste n'est pas habilitée à poser un diagnostic médical; **elle peut cependant statuer sur l'état nutritionnel du patient**, notamment en concluant à la malnutrition et en évaluant la sévérité de celle-ci. Cela s'inscrit dans son champ d'exercice et est afférent aux activités réservées au *Code des professions*. Ainsi, en présence d'une demande de consultation, la diététiste-nutritionniste qui conclut à la malnutrition pourrait prescrire, si cela est requis sur le plan clinique.

### Conditions et modalités

Pour guider les diététistes-nutritionnistes dans les conditions et les modalités associées au droit de prescrire, l'Ordre a produit cet algorithme (voir page 55).

Pour connaître en détail les conditions et les modalités du droit de prescrire et les éléments pouvant être prescrits par les diététistes-nutritionnistes, consultez :

- > Le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par des diététistes*
- > Le guide explicatif (mise à jour à venir)
- > La formation offerte en partenariat avec l'ANCQ sera disponible au cours de l'été sur la plateforme de formation de l'ODNQ (Mon espace).

### À venir

Nous attendons l'entrée en vigueur du règlement visant à autoriser les diététistes-nutritionnistes à :

- > prescrire les macronutriments;
- > prescrire les analyses de laboratoire;
- > ajuster les doses d'insuline et les antihyperglycémiants.

Nous en sommes à l'étape finale du processus d'approbation réglementaire, mais il nous est impossible d'avancer un échéancier précis puisque le gouvernement doit procéder à l'adoption du règlement.

Le guide explicatif relatif aux activités autorisées est en cours de révision. La nouvelle version sera publiée une fois l'entrée en vigueur des nouvelles activités autorisées.



**Profitez de la force de votre groupe**

Économisez sur vos assurances auto, habitation et entreprise.

En savoir plus  
[lapersonnelle.com/odnq](http://lapersonnelle.com/odnq)  
1 888 476-8737

La Personnelle désigne La Personnelle, compagnie d'assurances. La marque La Personnelle<sup>MD</sup> ainsi que les marques de commerce associées sont des marques de commerce de La Personnelle, compagnie d'assurances, employées sous licence. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer.

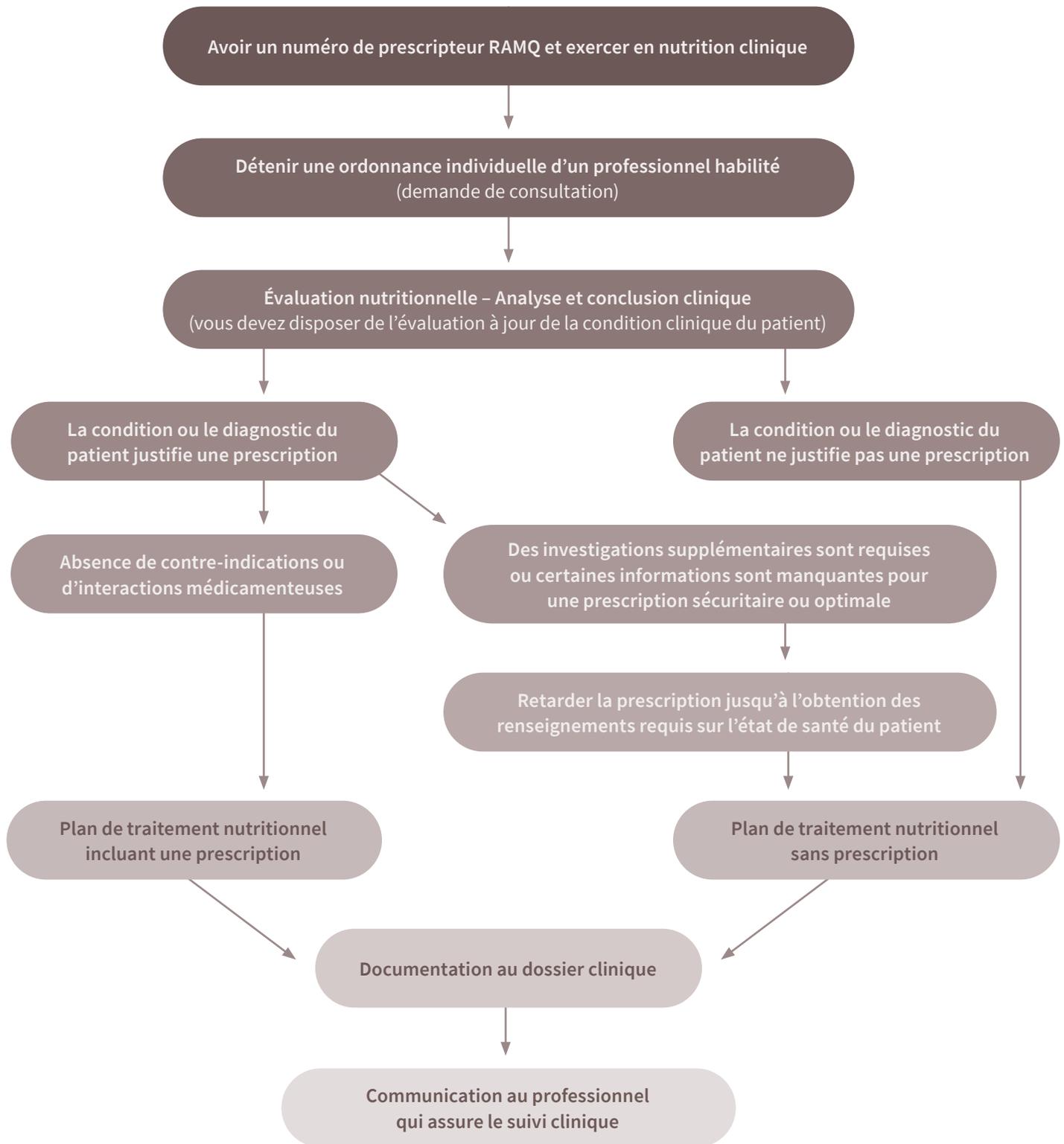


**laPersonnelle**  
Assureur de groupe auto, habitation et entreprise  
Tarifs de groupe. Service unique.



## Droit de prescrire des diététistes-nutritionnistes

### Conditions d'exercice





> **Jacqueline Wassef,**  
Dt.P., M.S.P., Ph. D.

En 2020, le Réseau de recherche en santé des populations du Québec lui décerne le prix Meilleure thèse de doctorat 2019-2020 pour l'analyse du processus d'élaboration et d'adoption du Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Le rôle des diététistes-nutritionnistes dans le plaidoyer pour le PAG fait l'objet d'un des trois articles tirés de sa thèse. Publié dans la revue HYPERLINK « <https://www.doi.org/10.1017/S1368980021004997> » c'est le premier article de la littérature scientifique qui porte sur le rôle des diététistes-nutritionnistes dans le plaidoyer d'une politique nationale pour la prévention de l'obésité.



## Le plaidoyer en nutrition : quoi faire et comment ?

**L**es diététistes-nutritionnistes peuvent jouer un rôle important en plaidant pour des politiques nutritionnelles et de santé publique. La nature et la portée de leur influence sur le processus politique sont peu connues, parfois même par les membres de la profession. Plusieurs pensent que leurs activités professionnelles ne concernent pas les politiques, mais leur travail est en fait au cœur de celles-ci. C'est une situation que j'ai vécue avant d'entamer mes études doctorales. À titre de déléguée nationale à un atelier de l'Organisation mondiale de la santé, j'ai travaillé sur un plan d'action national de prévention de l'obésité avec les délégués de 22 autres pays. Mon intérêt à mieux comprendre les processus sous-jacents du plaidoyer pour la mise à l'agenda et l'adoption des politiques s'est accentué. J'ai décidé d'en faire mon projet de recherche doctorale sous la direction de François Champagne et Lambert Farand à l'École de santé publique de l'Université de Montréal.



## Questions clés

- > Qui ne s'est jamais posé de questions sur le plaidoyer pour des politiques saluaires en nutrition et en santé publique ?
- > Les diététistes-nutritionnistes peuvent-elles avoir du pouvoir sur ces politiques ?
- > Quelles sont les meilleures stratégies pour un plaidoyer convaincant et efficace ?
- > Qui peuvent être nos alliés ?
- > Comment faire pour mobiliser une diversité d'acteurs ?

### Objectif et présentation sommaire de l'étude

Cette étude visait à expliquer le rôle des diététistes-nutritionnistes dans la mise à l'agenda et l'élaboration du Plan d'action gouvernemental (PAG) à travers des cadres d'analyse des théories du processus politique. Il s'agit d'une étude de cas unique avec une analyse qualitative. Pour créer le cadre conceptuel, j'ai combiné deux outils complémentaires : le cadre des coalitions plaidantes et un modèle d'analyse politique basé sur la théorie de l'acteur stratégique. Le cadre des coalitions plaidantes porte sur les croyances et les préférences en matière de politiques des acteurs de même que sur les stratégies qui en découlent. Pour sa part, la théorie de l'acteur stratégique complète le cadre des coalitions plaidantes en tenant compte des intérêts des acteurs. Ce modèle politique m'a permis d'analyser les intérêts politiques des diététistes-nutritionnistes comme déterminant de leur comportement stratégique. L'utilisation des deux perspectives a fourni une compréhension globale de la mise à l'agenda et de la formulation du PAG.

Pour réaliser cette étude, j'ai effectué 25 entrevues semi-dirigées avec des informateurs clés de 16 ministères et institutions gouvernementales et non gouvernementales engagés dans le plaidoyer et l'élaboration du PAG. Les diététistes-nutritionnistes formaient un sous-ensemble des informateurs clés (n = 8 ; 32 %) et comprenaient celles qui étaient engagées dans les problématiques reliées au poids aux paliers provincial, régional et local. Certaines ont participé au cycle complet de la politique : de la mise à l'agenda et la formulation du PAG à son adoption, son implantation et son évaluation. Les documents relatifs à la politique ont

La littérature regorge de réflexions sur l'importance du plaidoyer. Toutefois, on ne peut en dire autant de la littérature sur le rôle des diététistes-nutritionnistes dans la promotion d'une politique gouvernementale de prévention de l'obésité. Récemment, l'on a vu se multiplier les appels à l'amélioration des compétences en plaidoyer des acteurs politiques. Selon l'ODNQ, « Faire le plaidoyer pour des politiques favorisant l'alimentation saine et le mieux-être à tous les paliers d'intervention » figure parmi les gestes clés pour « agir sur les processus politiques et contribuer au développement des politiques publiques favorables à la saine alimentation et à la santé <sup>1</sup>».

1. [https://odnq.org/wp-content/uploads/2018/04/Normes\\_compétences\\_professionnelles\\_2018.pdf](https://odnq.org/wp-content/uploads/2018/04/Normes_compétences_professionnelles_2018.pdf)

## Expérience pratique

À titre de diététistes-nutritionnistes, nous participons de plusieurs façons à la mise à l'agenda et à l'élaboration des politiques publiques, parfois sans vraiment le réaliser.

Que nous dit une participante à l'étude?

En parlant d'une revue de la littérature sur les problèmes reliés au poids à laquelle elle avait collaboré, une diététiste-nutritionniste et participante à l'étude en arrive à ce constat : « On l'a écrit pour sensibiliser les décideurs de santé publique qu'on connaît, pour commencer, pour avoir des amis avec nous, pour être capable de faire avancer, et, à l'époque, je ne le savais pas, mais j'étais dans [...] la mise à l'agenda, mais je ne le savais pas là. »

complété mes données. L'analyse, effectuée au moyen du logiciel NVivo 11 Pro, a utilisé un codage développé à partir du cadre conceptuel.

Les diététistes-nutritionnistes faisaient partie d'une coalition d'acteurs en santé publique privilégiant la prévention de l'obésité à travers des politiques publiques sur les environnements favorables aux modes de vie sain. Les diététistes-nutritionnistes ont négocié avec des acteurs de trois autres coalitions qui avaient des croyances différentes, parfois même divergentes. Leurs stratégies de plaidoyer ont fait appel à un processus itératif de création et de renforcement de partenariats stratégiques, de développement de données probantes, de transfert des connaissances et de participation à des forums délibératifs où elles ont négocié avec d'autres coalitions les interventions à privilégier dans le PAG. Parmi les stratégies gagnantes des diététistes-nutritionnistes mentionnent la création d'un groupe de travail sous l'égide de l'Association pour la santé publique du Québec : le Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP). Les environnements favorables aux modes de vie sains étaient au cœur des travaux du GTPPP.

Les diététistes-nutritionnistes ont trouvé un précieux allié en la personne du directeur national de santé publique qui partageait leurs convictions. Des partenariats ont été établis, une communauté de politique cohérente a été créée par les diététistes-nutritionnistes ; le noyau central de ce réseau de collaborateurs s'est engagé dans l'unité des saines habitudes de vie de la direction de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce noyau orchestre les activités des divers acteurs provenant des directions régionales de santé publique, de l'Institut national de santé publique, de l'Association pour la santé publique du Québec en plus de deux groupes de travail. Le directeur national de santé publique a créé un comité

interministériel de concert avec l'équipe de travail formée à l'instigation du premier ministre pour mobiliser les efforts en prévention visant l'amélioration des habitudes de vie des jeunes. Dans les recommandations faites par cette équipe au ministre de la Santé et des Services sociaux, on retrouve plusieurs des recommandations du GTPPP, y compris le développement d'un plan d'action gouvernemental.

L'engagement de longue date des diététistes-nutritionnistes à répondre aux problématiques reliées au poids au Québec les a bien préparées à formuler le PAG. Elles ont influencé les aspects techniques et scientifiques de son développement ainsi que son contenu. Dans cette étude, nous soulignons l'importance de leur plaidoyer pour changer le cadrage de l'obésité d'une responsabilité individuelle à une responsabilité gouvernementale intersectorielle tout en mettant de l'avant l'importance des environnements favorables aux modes de vie sains. L'étude montre également que les diététistes-nutritionnistes en santé publique ont été des actrices politiques d'importance dans l'atteinte d'un consensus sur le PAG.

### Retombées de l'étude

Dans cette étude qualitative, nous montrons comment les diététistes-nutritionnistes au Québec ont trouvé leur voix de plaidoyer et utilisé différentes stratégies pour la déployer et faire avancer leurs politiques préférées. L'étude permet de mieux saisir les processus politiques qui sous-tendent la mise à l'agenda et l'élaboration du PAG et illustre bien le rôle des diététistes-nutritionnistes dans ce grand chantier intersectoriel et gouvernemental au Québec. Nous proposons aussi des stratégies pour améliorer leur plaidoyer. En ce sens, cette étude contribue à renforcer les capacités de plaidoyer des diététistes-nutritionnistes pour améliorer la santé et à favoriser un plaidoyer fondé sur des données probantes.



Vous souhaitez approfondir le sujet ? La lecture d'un article scientifique vous permet d'accumuler 1 HFC. Lisez l'article original et déposez 1 HFC à votre portfolio. Je lis l'article.



## Que faut-il en retenir ?

En adoptant un plaidoyer efficace et soutenu, nous maximisons notre influence sur les processus politiques visant à promouvoir la santé et le bien-être, un des fondements de notre pratique comme diététistes-nutritionnistes. En plus de faire valoir nos connaissances à titre d'expertes en nutrition, nous intégrons nos valeurs, nos préférences et nos intérêts en matière de politiques. Il faut saisir les moments propices pour passer à l'action et se mettre à l'œuvre pour en créer d'autres.

Pour l'atteinte d'un plaidoyer efficace en nutrition et en santé publique, il importe de créer une vision commune de

la problématique et de participer aux activités et forums qui permettent de l'élaborer et de l'adopter. La création et le maintien de partenariats stratégiques et d'un réseau diversifié, transparent et inclusif, et ce, même avec des personnes qui n'ont pas forcément la même perspective, s'avère profitable pour tout le monde. L'utilisation des données probantes et des outils pertinents et adaptés aux besoins du public cible favorise la sensibilisation et la mobilisation de plusieurs acteurs. Enfin, le développement et le transfert des connaissances sont des stratégies de plaidoyer importantes sans toutefois être les seules permettant de mener à la prise de décision souhaitée.



# Vous avez récemment eu ou adopté un enfant ?

L'ODNQ accorde à ses membres une allocation parentale<sup>1</sup>

## **En quoi consiste l'allocation parentale ?**

- C'est une somme de 150 \$ accordé aux membres à la naissance ou à l'adoption d'un enfant<sup>2</sup>.

## **Quand faire votre demande ?**

- Dans les 90 jours suivant la naissance ou l'adoption de votre enfant.

Pour plus d'information ou faire une demande d'allocation parentale :

<https://odnq.org/membres/allocation-parentale/>

1. Certaines conditions s'appliquent.

2. Une seule prestation par accouchement ou par adoption est attribuée.



# Capsules éducatives pour les professionnels de la santé et leurs patients

Une allergie alimentaire est une réaction exagérée du système immunitaire lorsqu'il entre en contact avec une protéine d'un aliment qui est habituellement inoffensive pour la majorité des gens. Selon la plus récente étude canadienne, l'étude SPAACE to SPAACE (*Surveying Prevalence of Food Allergy in All Canadian Environments, ou S2S*)<sup>1</sup>, soutenue par Santé Canada et AllerGen NCE, 6,1 % de la population canadienne déclarent avoir une « allergie alimentaire probable<sup>2</sup> » alors que cette proportion augmente à 9,3 % pour une « allergie alimentaire perçue<sup>3</sup> ».

Dans le cadre de sa mission de promotion de la sécurité et d'amélioration de la qualité de vie des personnes qui doivent composer avec des allergies alimentaires, Allergies Québec sensibilise les professionnels de la santé et le grand public à la réalité des allergies alimentaires et leur propose des outils.

L'association a donc créé quatre nouvelles capsules éducatives de moins de trois minutes, présentées par une allergologue et une diététiste-nutritionniste. Elles s'adressent tantôt aux personnes allergiques et à leurs proches, tantôt aux professionnels de la santé qui les traitent. Ces brèves capsules survolent les différentes thématiques liées aux allergies alimentaires. Les diététistes-nutritionnistes peuvent les visionner pour mieux comprendre certaines spécificités associées aux allergies alimentaires; mais peuvent aussi partager les capsules conçues pour le grand public avec leur patient ou clientèle.

## Accélérer le diagnostic du SEIPA chez les patients affectés par cette hypersensibilité alimentaire méconnue

Le syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA) est une affection méconnue, même des professionnels de la santé. Souvent, le diagnostic du SEIPA est établi tardivement chez les nourrissons et les jeunes enfants malgré la présentation de symptômes persistants. Dans cette courte capsule destinée aux professionnels de la santé, Dre Émilie Proulx, allergologue, fait un survol du SEIPA pour sensibiliser les médecins à son existence et le considérer lors de leur démarche diagnostique.

1. Santé Canada [En ligne]. [date inconnue]. 2020 : Recherche relative à la prévalence des allergies et des intolérances alimentaires [modifié le 26 février 2021]. Disponible: Santé Canada [En ligne]. [date inconnue]. 2020 : Recherche relative à la prévalence des allergies et des intolérances alimentaires [modifié le 26 février 2021]. Disponible: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/salubrite-aliments/allergies-alimentaires-intolerances-alimentaires/programme-recherche-allergenes-alimentaires/recherche-relative-prevalence-allergies-intolerances-alimentaires.html>
2. Allergie alimentaire probable : basée sur des antécédents convaincants de symptômes et/ou un diagnostic. Données : 6,7 % pour les enfants de 0-17 ans et 5,9 % pour les adultes de 18 ans et plus.
3. Allergie alimentaire perçue : selon une auto-évaluation. Données : 8,7 % pour les enfants de 0-17 ans et 9,5 % pour les adultes de 18 ans et plus.



### **Allaitement et allergies alimentaires : éviter les carences malgré l'éviction des produits laitiers**

S'occuper de soi représente souvent un défi lorsqu'on est mère d'un jeune enfant. C'est pourquoi allaitement et régime d'éviction peuvent souvent rimer avec carence alimentaire chez celle-ci.

Dans cette capsule destinée aux parents d'enfants allergiques, Valérie Vaillancourt, nutritionniste, donne aux mères allaitantes des conseils pour prévenir les carences alimentaires lorsqu'elles doivent éliminer les produits laitiers de leur alimentation.



### **Prévention des allergies alimentaires chez le jeune patient : conseiller les familles à risque**

Lorsqu'il est question d'allergie alimentaire, plusieurs facteurs sont hors de notre volonté. Or, les études commencent à faire ressortir les moyens de prévenir les allergies. Ainsi, les conseils fournis par un professionnel de la santé pourraient contribuer à réduire le risque qu'un patient développe une allergie alimentaire. Dans cette

courte capsule destinée aux professionnels de la santé, Dre Émilie Proulx, allergologue, présente les facteurs de risque auxquels il faut porter une attention particulière ainsi que de judicieux conseils aux familles.



### **Pourquoi certaines allergies alimentaires sont-elles plus dangereuses que d'autres ?**

Parfois, les allergies alimentaires sont banalisées par l'entourage de la personne allergique, le plus souvent par manque d'information. Dans d'autres cas, le fait d'avoir été témoin d'une réaction allergique mineure peut donner l'impression que les allergies ne sont pas si graves. Pourtant, comme nous l'explique Valérie Vaillancourt, nutritionniste, dans cette capsule destinée aux personnes allergiques et à leurs proches, la réalité est bien plus complexe.



Pour toute question relative aux allergies alimentaires, consultez le site Web [Allergies Québec](http://Allergies Québec). Les personnes ayant des allergies et les professionnels de la santé peuvent faire appel à la ligne de soutien gratuite, au 514 990-2575, poste 204 ou par courriel à [nutritionniste@allergiesquebec.ca](mailto:nutritionniste@allergiesquebec.ca).

# Tableau de l'Ordre

Mouvements du 1er février au 30 avril 2022

## Nouvelles inscriptions

Benamor, Asma  
Boulanger, Benoît  
Chriqui, Justine  
Dion-Cyr, Véronique  
Grégoire-Bolduc, Cassandre  
Grenier-Roy, Jade  
Guérin, Harmonie  
Houde, Zoé  
Labelle, Catherine  
Levacher, Valérie  
Li, Yimeng  
Quenneville, Amélie  
Roy, Karol-Ann  
Segbenou, Sesi  
St-Pierre, Maude  
Velasquez Flores, Monica  
Véronneau, Mylène  
Yousif, Hiba Omer Mohamed

## Réinscriptions

Bélanger, Pascale  
Charland, Josiane  
Côté, Nathalie  
Lamantia, Valérie  
Montpetit, Amy  
Morency, Sandra  
Morin, Josée  
Parent, Jocelyne  
Pelletier, Hélène  
Rioux, France  
Seizer, Katia  
Thibault, Véronique  
Wafa, Sarah

## Décès

Nos plus sincères  
condoléances à la  
famille et aux proches

Siguineau, Einrika-Lena

## Démissions

Alayoubi, Nadia  
Au, Lynda  
Baig, Hana  
Barbeau, Marie-Claire  
Bastasi, Gilda  
Beaulieu, Weena  
Beaulieu-Gagnon, Sabrina  
Beauregard, Colette  
Bégin, Justine  
Bergeron, Nadine  
Bergeron, Frédérique  
Blanchard, Laurence  
Bolduc, Karine  
Bouchard, Patricia  
Bourgault, Pier-Olivier  
Brien, Guylaine  
Brouillette, Michelle  
Cardin, Mylaine  
Caron, Marie-Ève  
Chabot, Catherine  
Cholette, Constance  
Cimon, Gabrielle  
Coderre, Josée  
Côté, Brigitte  
Côté-Marchand, Adèle  
Cui, Jane  
Daoust, Laurence  
Decelles, Stéphane  
Demers, Marie-Josée  
Deschênes, Line  
Desroches, Sylvie  
Drolet, Suzanne  
Drolet, Odette  
Drouin, Claire  
Dubeau, Caroline  
Dubois, Lise  
Ducharme, Marthe  
Dumais, Lydia  
Dupuis-L'Heureux, Michelle  
Dutil, Marie  
Edelstein Sherman, Sondra  
Forget, Melanie  
Fortin, Louise  
Francoeur-Pelletier, Pascale  
Fréchette, Lyne  
Gagné, Andrée  
Gagnon, Isabelle  
Gascon, Sonia  
Gaudet, Josianne  
Gauthier, France  
Gauthier, Joëlle  
Gilbert, Nancy

Girard, Louise  
Godin Champagne, Jhade  
Goudekian, Marina  
Gougeon, Jocelyne  
Grégoire, Caroline  
Guay, Christiane  
Guerriero, Anthony  
Hamilton, Sue  
Harvey, Denise  
Jobin, Manon  
Jolicoeur, Gisèle  
Kaminski-Ouellet, Sophie-Rose  
Labrie, Josianne  
Laforest, Sarah  
Lalande, Catherine  
Lamontagne, Caroline  
Landry, Suzanne  
Langford, Francia  
Lauzon, Véronique  
Lavallée, Louise  
Lavoie, Daniel  
Lavoie, Jean-Philippe  
Leclerc, Bernard-Simon  
Lefebvre, Maryse  
Lemoine, Diane  
Limongi, Solène  
Maltais, Mélanie  
Marineau, Mireille  
Marois, Josée  
McCauley, Lynn  
Melente, Mariana  
Mercier, Marjolaine  
Messier, Michelle  
Milette, Rachel  
Mondou-Phaneuf, Ariane  
Moore, Danielle  
Morin, Christine  
Morris, Daniel  
Moukarzel, Amandine  
Mousseau, Stéphanie  
Mousseau, Karine  
Paradis, Manon  
Parent, Marie-Pier  
Parent, Nicole  
Pedneault, Manon  
Perron, Julie  
Perron, Emmanuelle  
Pike, Deidre  
Poliquin, Suzette  
Pomerleau, Julie  
Potvin, Stéphanie

Racine-Lacroix, Aurée  
Ratnasingam, Kowshika  
Rheault, Geneviève  
Richard-Lehoux, Vanessa  
Roberge, Annie  
Robidoux, Chantal  
Roy, Johanne  
Schreiner, Christine  
Shanoudy, Rita  
Sicotte-Mendoza, Gabrielle  
Skaff, Yara-Maria  
St-Hilaire-Adam, Floralie  
Surprenant, Louise  
Takla, Mélodie  
Tchakrian, Ani-Christine  
Tessier, Valérie  
Théorêt, Vanessa  
Therrien, Véronique  
Tith, Rasmi  
Travaillaud, Eva  
Tremblay, Nicole  
Tremblay, Karine  
Trottier, Cassandra  
Trudel-Guy, Catherine  
Uckardas, Rita  
Ung, Serena  
Veillette, Johanne  
Veilleux, Amélie  
Wall, Carolyn  
West, Jessica  
Willis, Patricia  
Wong, Kayla  
Yip, Lai Nam

## Membres statut retraité

Belley, Louise  
Bernard, Denise  
Côté, France  
Dumas, Michèle  
Guindon, Roxane  
Nguyen, Thuy-Liên  
Pelletier, Hélène  
Pytko, Evelyne  
Raymond, Marie-Claude  
Saulnier, Louise  
Taillon, Elise  
Thibault, Louise  
Viau, Rosane

En plus d'être offerte à toutes nos membres, la revue *Nutrition* est maintenant aussi disponible au public. Elle est publiée sur le site de l'Ordre et elle est distribuée aux 3392 membres, aux autres ordres, à des cabinets privés et à travers le réseau de la santé. Une occasion de visibilité auprès des diététistes-nutritionnistes, des professionnels de la santé et du grand public.



Saison	Date de remise du matériel publicitaire	Date de parution
Automne 2022	24 octobre 2022	23 novembre 2022
Hiver 2023	10 février 2023	15 mars 2023
Printemps 2023	16 mai 2023	14 juin 2023

Pleine page	1/2 page horizontale	1/4 de page verticale	1/4 de page horizontale
8 ½ X 11 po	8 ½ X 5 po	3 ¾ X 5 po	8 ½ X 3 ½ po



Ordre des diététistes  
nutritionnistes  
du Québec

Vous souhaitez publier une annonce dans un prochain numéro ?  
Contactez notre représentant commercial Martin Laverdure :  
martin@laverdure-marketing.com ou au **514 239-3629**.



Ordre des diététistes  
nutritionnistes  
du Québec

Notre savoir, votre santé

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