

NUTRITION

SCIENCE EN ÉVOLUTION

La revue de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

LES TROUBLES ALIMENTAIRES: AU-DELÀ DES STÉRÉOTYPES

DOSSIER

- L'image corporelle des enfants : manifestations cliniques et facteurs de risque et de protection
- L'orthorexie nerveuse ou manger sainement... à en devenir malade !
- Troubles alimentaires et d'insatisfaction corporelle : les hommes aussi en souffrent

LE PLUS

- Trekking en altitude : influence sur le métabolisme énergétique et astuces nutritionnelles



Vital® Peptide 1 Cal, Vital® Peptide 1.5 Cal et PediaSure® Peptide 1 Cal Maintenant sur la liste de médicaments de la RAMQ

Formules nutritives – semi-élémentaires – VA98¹

Vos patients éprouvent des symptômes gastro-intestinaux?

- Douleurs abdominales
- Diarrhée / constipation
- Nausées / vomissements

Recommandez Vital® Peptide et PediaSure® Peptide :

- comme suppléments nutritionnels oraux et/ou pour l'alimentation par sonde
- aux patients passant de l'alimentation par sonde à l'alimentation orale
- aux patients qui ne tolèrent pas les préparations polymériques

- Produits nutritionnels au goût délicieux
- 100 % de protéines hydrolysées



Vital® Peptide 1 Cal
Vital® Peptide 1.5 Cal

PediaSure®
Peptide 1 Cal
Pour les enfants de 1 à 13 ans

Aidez vos patients à remettre de la saveur dans leur vie

Pour plus de renseignements, téléphonez à Communications Abbott Nutrition, services aux professionnels de la santé, au **1-866-767-7411 (option 1)**

HIVER 2016

Dossier — Les troubles alimentaires : au-delà des stéréotypes

7 L'image corporelle des enfants : manifestations cliniques et facteurs de risque et de protection

Annie Aimé, Ph. D., Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais (UQO), Laboratoire de cyberpsychologie, département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, Chercheuse associée, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

11 L'orthorexie nerveuse ou manger sainement... à en devenir malade!

Catherine Lehoux Dubois, étudiante au baccalauréat en nutrition, Université de Montréal
Chantal Béméur, Dt.P., Ph. D., professeure adjointe, Département de nutrition, chercheuse associée au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM)
Nancy Presse, Dt.P., Ph. D., stagiaire postdoctorale, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

15 Troubles alimentaires et d'insatisfaction corporelle : les hommes aussi en souffrent

Ève Crépeau, M. Sc., Dt.P., membre de l'équipe Prof-IL Extensio, le Centre de référence en nutrition de l'Université de Montréal

Éditorial

4 Les troubles alimentaires : au-delà des stéréotypes

Chantal Béméur, Dt.P., Ph. D., Département de nutrition, Université de Montréal et Centre de recherche du CHUM
Julie Paquette, Dt.P., M. Sc. Directrice adjointe, Nutrition, Les Producteurs laitiers du Canada

Mot de la présidente

5 L'alimentation, aussi une question de santé mentale

Paule Bernier, Dt.P., M. Sc.

Le Plus

19 Trekking en altitude : influence sur le métabolisme énergétique et astuces nutritionnelles

Alexandra Pépin et **Pascal Imbeault**, Ph. D., Unité de recherche sur le comportement et le métabolisme, École des sciences de l'activité physique, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Chronique juridique

23 L'art de bien diriger vers un tiers

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

Nutrition Pratico-pratique

25 Le traitement des troubles des conduites alimentaires : l'importance de la multidisciplinarité

Josée Guérin, Dt.P. et psychothérapeute, chargée de cours à l'Université de Montréal et présidente de la Clinique psychoalimentaire
Myriam Gehami, Dt.P., nutritionniste à la Clinique psychoalimentaire et chargée de cours à l'Université de Montréal
Jeanne Lapointe, stagiaire en nutrition niveau 4, Université de Montréal

28 Grille individuelle d'observation de l'image corporelle destinée aux enfants de 6 à 12 ans

Annie Aimé, Ph.D., Université du Québec en Outaouais, Anorexie et Boulimie Québec © ÉquiLibre, 2015

Actualités en nutrition

33 Suggestions de livres

Reportage

34 Conférence nationale des Diététistes du Canada 2015

Annie Motard-Bélanger, Dt.P., Gestionnaire de projets provinciaux, nutrition, Les Producteurs laitiers du Canada
Sylvie Leung Yinko, Dt.P., Gestionnaire de projets nationaux, nutrition, Les Producteurs laitiers du Canada

Sommaires de recherche

36 La relation entre la vitamine D et la stéatose hépatique non alcoolique

Corine Fontaine, stagiaire en nutrition

36 Jeunes adultes et troubles alimentaires

Gabrielle Sicotte-Mendoza, stagiaire en nutrition

37 La malnutrition aggrave le pronostic des patients cirrhotiques

Annie Lamoussenerie, stagiaire en nutrition

37 Relation entre la consommation de protéines avant le coucher et l'augmentation du taux de synthèse musculaire protéique chez les jeunes hommes adultes

Catherine Lemieux, stagiaire en nutrition

Reconnaissance de formation continue

38 Questionnaire détachable pour l'obtention de crédits



Mission

Valoriser l'importance de la nutrition, de la saine alimentation et des soins nutritionnels pour la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé humaine. À cette fin, l'OPDQ privilégie des interventions de qualité optimale de la part de ses membres, et ce, en fonction des divers besoins nutritionnels de la population québécoise. Ce faisant, l'OPDQ contribue à la protection du public et contrôle la qualité de l'acte professionnel tout en favorisant la promotion, le développement et la reconnaissance des compétences de ses membres.

Vision

L'OPDQ est un partenaire essentiel, un leader d'opinion incontournable et une référence de premier plan en matière de nutrition, de saine alimentation et de soins nutritionnels. L'OPDQ oriente, participe aux décisions et évalue les progrès accomplis.

LES TROUBLES ALIMENTAIRES : AU-DELÀ DES STÉRÉOTYPES



Chantal Bémeur, Dt.P., Ph. D.
Département de nutrition, Université de
Montréal et Centre de recherche du CHUM

Julie Paquette, Dt.P., M. Sc.
Directrice adjointe, Nutrition,
Les Producteurs laitiers du Canada

Les troubles alimentaires sont des conditions complexes caractérisées par un trouble lié à l'alimentation pouvant avoir un impact considérable sur la qualité de vie. Les troubles alimentaires peuvent se présenter sous diverses formes, apparaître à tout âge et toucher tant les hommes que les femmes. Le traitement des troubles alimentaires nécessite une approche multidisciplinaire où l'aspect nutritionnel revêt une importance substantielle. Dans ce numéro de Nutrition – Science en évolution, nous vous présentons un dossier qui inclut trois articles portant sur différents aspects reliés aux troubles alimentaires.

Le premier, rédigé par Dr Annie Aimé, professeure au Département de psychoéducation et de psychologie à l'Université du Québec en Outaouais, permet de mieux comprendre les facteurs de risque et de protection associés à l'image corporelle chez les enfants d'âge scolaire. Cette compréhension des facteurs est essentielle dans la pratique professionnelle du diététiste/nutritionniste, tant lors de l'évaluation que lors de l'intervention nutritionnelle.

Le deuxième article, signé par Catherine Lehoux-Dubois, stagiaire en nutrition, sous la supervision des Drs Chantal Bémeur et Nancy Presse, porte sur l'orthorexie nerveuse, un trouble peu connu caractérisé par une obsession d'une alimentation « parfaite » sans égard à l'image corporelle ou à la perte de poids. Dans son article, Mme Lehoux-Dubois décrit la problématique entourant le diagnostic de cette condition, brosse un tableau des conséquences d'ordre psychosocial et médical, puis aborde l'approche thérapeutique multidisciplinaire.

Le troisième article porte sur les troubles alimentaires au masculin. Bien que les troubles alimentaires ne soient pas exclusifs aux femmes, les études sur le sujet se concentrent majoritairement sur celles-ci. Dans son article, Ève Crépeau, diététiste/nutritionniste membre de l'équipe Prof IL Extensio, décrit les différences entre les hommes et les femmes pour

ce qui est des manifestations et des préoccupations à l'égard du poids corporel ainsi que les facteurs pouvant expliquer le développement d'un trouble alimentaire chez les hommes. Enfin, l'auteure confirme l'importance pour tout professionnel de la santé d'être à l'affût des troubles alimentaires chez les hommes afin d'intervenir efficacement auprès de cette population encore trop négligée.

Dans la section Pratico-pratique, un premier article porte sur l'importance de la multidisciplinarité dans le traitement des troubles des conduites alimentaires. S'inspirant d'une expérience clinique de plus de 20 ans, Myriam Géhami et Josée Guérin, toutes deux diététistes/nutritionnistes à la Clinique psychoalimentaire, accompagnées de Jeanne Lapointe, stagiaire en nutrition, décrivent la problématique entourant les troubles alimentaires, leur prise en charge ainsi que les traitements psychothérapeutique, nutritionnel et médical.

Le second article de cette section est le fruit d'une collaboration entre Dr Annie Aimé et les organismes Anorexie et boulimie Québec (ANEB) et ÉquiLibre. Il s'agit d'un outil pratique qui permet de réaliser une collecte de données basée sur l'observation de comportements liés à l'insatisfaction corporelle chez l'enfant du primaire.

Nous sommes heureuses de vous informer qu'il y aura du nouveau dans le prochain numéro de la revue. En effet, le comité éditorial vous invitera à lire un article supplémentaire disponible exclusivement sur l'extranet de l'OPDQ. Une raison de plus pour consulter le site de l'OPDQ!

En terminant, nous souhaitons que la lecture de ce numéro vous permette d'élargir vos connaissances sur les différents aspects des troubles alimentaires et de regarder au-delà des stéréotypes! ■

Bonne lecture!

Volume 13 N°3 Hiver 2016

Ordre professionnel des diététistes du Québec
550, rue Sherbrooke O., Tour Ouest, bureau 1855
Montréal, H3A 1B9
Téléphone: 514 393-3733 Sans frais: 1 888 393-8528
Télécopieur: 514 393-3582 opdq@opdq.org opdq.org

Édition

Ordre professionnel des diététistes du Québec

Comité éditorial

Julie Paquette, Dt.P., M. Sc., présidente du Comité
Chantal Bémeur, Dt.P., Ph. D.
Annie Biron, Dt.P., M.Sc.
Nadine Bonneville, Dt.P., B.A.(Psy), Ph. D.(c)
Mariève Dupont, Dt.P., M.Sc.
Line Duval, Dt.P.
Clotilde Fascione, Dt.P., MPH
Hélène Gayraud, Dt.P., M. Sc.
Marie-Noël Geoffrion, Dt.P.
Geneviève Mailhot, Dt.P., Ph. D.
Anne-Marie Morel, Dt.P., M. Sc.
Julie Robitaille, Dt.P., Ph. D.

Coordination

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

Rédaction

Annie Aimé, Chantal Bémeur, Paule Bernier,
Ève Crépeau, Corine Fontaine, Myriam Gehami,
Josée Guérin, Pascal Imbeault, Annie Lamoussenerie,
Jeanne Lapointe, Catherine Lehoux Dubois,
Catherine Lemieux, Sylvie Leung Yinko,
Annie Motard-Bélanger, Julie Paquette,
Alexandra Pépin, Janick Perreault, Nancy Presse,
Gabrielle Scotte-Mendoza

Réviseurs

Tous les articles sont révisés par des pairs.

Direction artistique et production

Glagence.ca – 514 985-4181

Impression

CommuniMedia

Crédit photos

Couvert 1: iStockPhoto.
Page 7: 8; 11; 17; 25; 28; 36; 37: iStockPhoto.
Page 15: Depositphotos. Page 19: Dollar Photo Club.

Renseignements généraux

La revue Nutrition – Science en évolution est publiée trois fois l'an par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec.

Publicité

Julie Goodhue, jgoodhue@glagence.ca
514 985-4181 poste 221

Abonnement / Tarifs pour 1 an (3 numéros)

Canada 75,00\$ États-Unis 85,00\$ Autres pays 95,00\$

Mise en garde

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

Reproduction

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

Invitation à toutes et à tous

Les lecteurs et lectrices sont invités à soumettre à l'Ordre des renseignements, des idées ou des intentions de rédaction susceptibles d'intéresser les membres de l'Ordre. Faites parvenir vos suggestions et intentions au siège social de l'Ordre, à l'attention de Lise Tardif, adjointe aux communications et au service à la clientèle à ltardif@opdq.org.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada – ISSN 1708-0452
Convention de la Poste-publication n°: 40052288
Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée



L'ALIMENTATION, AUSSI UNE QUESTION DE SANTÉ MENTALE



Paule Bernier, Dt.P., M. Sc.

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des troubles de santé mentale complexes dont la prévalence augmente depuis plusieurs années, en partie parce qu'ils sont dépistés de façon plus efficace. Puisque les TCA peuvent avoir des conséquences dramatiques, ce fait est encourageant, car la précocité de la prise en charge augmente le taux de réussite du traitement^[1]. On s'intéresse aussi davantage aux diverses clientèles souffrant des troubles des conduites alimentaires, notamment les enfants prépubères, les femmes enceintes et les hommes. Malgré tout, les troubles des conduites alimentaires seraient insuffisamment diagnostiqués. Une étude de Schumann^[2] rapporte que jusqu'à 90 % des cas de TCA ne seraient jamais diagnostiqués.

Par son rôle et son expertise, le diététiste/nutritionniste est fréquemment en première ligne pour dépister les TCA^[3]. Par exemple, dans le domaine sportif, le diététiste/nutritionniste peut se retrouver en présence de personnes appartenant à des groupes vulnérables comme les adeptes du patinage artistique, du ballet ou du culturisme^[1]. Aussi, le diététiste/nutritionniste clinicien en centre hospitalier de courte durée est périodiquement confronté à des patients atteints de TCA dont l'état de dénutrition est si grave qu'il requiert une admission aux soins intensifs pour surveiller les fonctions biologiques et prévenir les complications graves tel le syndrome de réalimentation.

Grâce à une évaluation nutritionnelle exhaustive, le diététiste/nutritionniste pourra déceler des carences alimentaires, des

croyances erronées et un éventuel problème de conduite alimentaire^[4]. Par ailleurs, les patients peuvent considérer ce professionnel comme un allié et bénéficiaire de ses conseils et de son enseignement. Son rôle d'éducateur

Par son rôle et son expertise, le diététiste/nutritionniste est fréquemment en première ligne pour dépister les TCA^[3].

en nutrition sera indispensable à l'atteinte des objectifs du traitement interdisciplinaire. Cela dit, l'origine des TCA ne se situe pas à priori dans l'assiette. Toutefois, puisque la nutrition est une partie indispensable du traitement, le rôle des diététistes/nutritionnistes n'est plus à démontrer^[5].

Outre le traitement nutritionnel, le traitement psychiatrique et psychologique ainsi que le traitement médical sont d'une importance capitale. Le traitement des TCA est un excellent exemple du travail qui se doit d'être interprofessionnel et qui doit inclure le patient et sa famille. Et qui dit interdisciplinarité, dit collaboration, respect des compétences et reconnaissance de ses limites. D'ailleurs, un diététiste/nutritionniste confronté à une personne qui présente des signes d'un trouble des conduites alimentaires doit impérativement s'entourer d'autres professionnels pour effectuer le suivi, voire la diriger vers des services ou des programmes spécialisés. En soins aigus, le diététiste/nutritionniste devra collaborer

avec l'équipe soignante et faire appel à l'expertise de collègues spécialisés en TCA afin de déterminer un plan de traitement nutritionnel des plus appropriés.

Ce numéro aborde plusieurs aspects du

traitement des TCA et démontre bien la complexité du traitement des maladies d'origine multifactorielle.

Je vous souhaite une bonne lecture! ■

Références

1. M.M. THOLKING et A.C. MELLOWSRING et coll. "American Dietetic Association: Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitians (Competent, Proficient, and Expert) in Disordered Eating and Eating Disorders (DE and ED)", *J Am Diet Assoc.*, 111 (8), 2011, p. 1242-1249.
2. S.A. SCHUMANN et J. HICKNER. "Suspect an eating disorder? Suggest CBT", *J Fam Pract.*, 58, 2009, p. 265-268.
3. AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. "Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of eating disorders", *J Am Diet Assoc.*, 111(8), 2011, p. 1236-1241.
4. G.T. WILSON, C.M. GRILO et K.M. VITOUSEK. "Psychological treatment for eating disorders", *Am J Psychol.*, 62, 2007, p. 199-216.
5. A.S.L. HO, N.L. SOH et coll. "Comparison of nutrition knowledge among health professionals, patients with eating disorders and the general population", *Nutr & Diet*, 68, 2011, p. 267-272.

NUTRITION: ALSO A MATTER OF MENTAL HEALTH



Paule Bernier, Dt.P., M. Sc.

Eating disorders are complex mental health problems whose prevalence has been increasing in recent years, in part because of more effective detection. Since eating disorders can have dramatic consequences, this trend is encouraging: the sooner care can be provided, the more successful the course of treatment is.^[1] In addition, more and more interest is being shown in eating disorders affecting various clientele, including pre-pubescent children, pregnant women and men. Nevertheless, the process of diagnosing eating disorders is still inadequate. Indeed, according to a study conducted by Schumann^[2], up to 90% of eating disorder cases are never diagnosed.

Thanks to their role and expertise, dietitians and nutritionists are frequently on the front lines when it comes to detecting eating disorders^[3]. In the field of sports, for example, dietitians and nutritionists may come into contact with members of vulnerable groups such as figure skaters, ballet dancers and body builders.^[1] In addition, clinical dietitians and nutritionists working in short-term care centres periodically have to deal with patients with eating disorders whose level of malnourishment is so severe that they require admission into intensive care to monitor their biological functions and prevent serious complications such as refeeding syndrome.

Thanks to the exhaustive nutritional evaluations carried out by dietitians and nutritionists, dietary deficiencies, erroneous beliefs and potential eating disorders may be detected.

^[4] In addition to regarding these professionals as allies, patients may benefit and learn something from their advice. Dietitians and

eating disorder specialists to determine the most appropriate nutritional treatment plan.

This issue addresses various aspects of

Thanks to their role and expertise, dietitians and nutritionists are frequently on the front lines when it comes to detecting eating disorders^[3].

nutritionists must fulfil their role as nutrition educators in order to achieve interdisciplinary treatment objectives. Eating disorders do not automatically stem from dietary habits. Nevertheless, nutrition is a key part of treatment and dietitians and nutritionists have pivotal roles to play in this regard.^[5]

In addition to nutritional treatment, psychiatric, psychological and medical care is of crucial importance. Treating eating disorders is an excellent example of interprofessional collaboration, in which patients and their families must be included. All professionals involved must respect their colleagues' skills while recognizing their own limits. In addition, it is imperative that dietitians and nutritionists dealing with a person showing signs of an eating disorder call on other professionals to provide follow-up care or guidance with respect to other specialized services or programs. In an intensive care setting, dietitians and nutritionists must collaborate with the care team while drawing on the expertise of

eating disorders treatment and provides a clear demonstration of the complexities surrounding the treatment of multi-factor illnesses.

I hope you enjoy this latest issue!

References

1. M.M. THOLKING et A.C. MELLOWSRING et coll. "American Dietetic Association: Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitians (Competent, Proficient, and Expert) in Disordered Eating and Eating Disorders (DE and ED)", *J Am Diet Assoc.*, 111 (8), 2011, p. 1242-1249.
2. S.A. SCHUMANN et J. HICKNER. "Suspect an eating disorder? Suggest CBT", *J Fam Pract.*, 58, 2009, p. 265-268.
3. AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. "Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of eating disorders", *J Am Diet Assoc.*, 111(8), 2011, p. 1236-1241.
4. G.T. WILSON, C.M. GRILO et K.M. VITOUSEK. "Psychological treatment for eating disorders", *Am J Psychol.*, 62, 2007, p. 199-216.
5. A.S.L. HO, N.L. SOH et coll. "Comparison of nutrition knowledge among health professionals, patients with eating disorders and the general population", *Nutr & Diet*, 68, 2011, p. 267-272. .

L'IMAGE CORPORELLE DES ENFANTS: MANIFESTATIONS CLINIQUES ET FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION

Annie Aimé, Ph. D.

Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais (UQO)

Laboratoire de cyberpsychologie, département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

Chercheure associée, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Considérant que les insatisfactions corporelles et les comparaisons par rapport à l'apparence et au poids commencent dès le primaire, il importe pour les professionnels de la santé appelés à intervenir auprès d'enfants d'être en mesure de savoir à quoi fait référence l'image corporelle et de disposer de moyens de déterminer si celle-ci est positive ou négative pour un enfant en particulier.



L'IMAGE CORPORELLE

L'image corporelle fait référence aux perceptions, aux pensées et aux sentiments qu'une personne entretient par rapport à son corps^[1]. D'une part, elle inclut une évaluation subjective du corps et, d'autre part, elle comprend l'importance que prend le corps dans l'évaluation qu'une personne fait globalement d'elle-même^[2].

Une image corporelle positive permet: (1) d'apprécier la beauté unique de son corps ainsi que le fonctionnement qu'il permet d'atteindre; (2) d'accepter, voire même d'admirer son corps, même s'il ne correspond pas aux idéaux de minceur en vigueur; (3) de se sentir beau, à l'aise, confiant et heureux avec son corps; (4) d'être en mesure de mettre l'accent sur les aspects positifs plutôt que sur les imperfections de son corps; (5) d'adopter une

pensée critique envers les modèles de beauté et de remettre en question ou de rejeter les pressions de minceur environnantes^[3-4].

À l'inverse, une image corporelle négative implique des croyances et des sentiments à la fois négatifs et dysfonctionnels par rapport au poids^[1,5]. Les personnes insatisfaites de leur corps désirent des caractéristiques corporelles différentes des leurs, tendent à se centrer principalement sur leurs imperfections et ressentent à l'égard de leur corps des émotions comme le dégoût, la honte, la tristesse ou l'anxiété^[1,6]. En fait, plus la perception d'un écart entre le corps idéal désiré et le corps actuel est élevé, plus il y a risque d'insatisfaction corporelle.

DÉVELOPPEMENT DE L'IMAGE CORPORELLE, FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION CHEZ LES ENFANTS

Selon la perspective cognitive comportementale de Cash^[2], l'image corporelle se développerait à partir de la socialisation, des

expériences interpersonnelles, des facteurs de personnalité, des caractéristiques physiques et des changements physiologiques^[2]. Quoiqu'elle tende à être stable, elle peut se montrer malléable et se modifier au fil du temps, en réponse à de nouvelles informations ou situations^[2-3].

Socialisation et expériences interpersonnelles

Les influences relatives à la socialisation et aux expériences interpersonnelles peuvent être regroupées selon le modèle tripartite de Thompson et ses collaborateurs^[7]. Selon ce modèle, les médias, les parents et les pairs constituent des prédicteurs significatifs de l'image corporelle^[8]. Les médias véhiculent de nombreuses informations quant à l'apparence et au poids idéal et établissent des normes de comparaison. Ils dictent les caractéristiques physiques à valoriser et indiquent des moyens de chercher à les atteindre^[2]. Chez les enfants, plus l'exposition aux médias est intense et de source variée (télévision, magazines, jeux

vidéo), plus le risque d'internaliser l'idéal de minceur présenté augmente. Si l'enfant intègre cognitivement l'idéal culturel de beauté et de minceur comme norme personnelle, il risque davantage d'être insatisfait de son corps et d'adopter des comportements alimentaires problématiques^[7].

Les membres de la famille et les pairs viennent renforcer le risque d'internalisation des messages médiatiques à travers les pressions qu'ils exercent sur l'enfant. Les parents ainsi que les frères et sœurs peuvent émettre des commentaires ou des critiques en lien avec le corps de l'enfant, le comparer à d'autres enfants et lui imposer des règles alimentaires sous-entendant qu'il doit contrôler son poids ou modifier son corps. Les enfants qui rapportent que leurs parents leur font des commentaires négatifs en lien avec leur apparence ou leur poids ou qu'ils les encouragent à se mettre à la diète sont significativement moins satisfaits de leur corps, plus préoccupés par leur poids et plus à risque d'internaliser les idéaux de minceur^[9]. Les parents peuvent aussi influencer l'image corporelle de leur enfant en lui partageant leurs propres préoccupations corporelles. Ceci se fait à travers (1) les commentaires qu'ils font par rapport à leur propre corps, (2) le niveau d'importance qu'ils accordent à la minceur, (3) les préjugés qu'ils entretiennent par rapport aux personnes en excès de poids et (4) les comportements alimentaires qu'ils adoptent^[7,10-12].

Les pairs, quant à eux, contribuent au développement de l'image corporelle des enfants à travers des mécanismes comme (1) la comparaison sociale, (2) l'établissement de normes de groupe relativement au poids et à l'apparence, (3) les conversations et les commentaires désobligeants par rapport au poids et l'apparence et (4) le partage d'information quant à des moyens visant à contrôler son poids ou à modifier son corps^[13]. Règle générale, les interactions entre pairs où il est question d'apparence physique ou d'activités reliées à l'apparence sont des occasions de faire la promotion d'une culture de la minceur et de la diète. Elles favorisent les comparaisons malsaines et justifient le jugement et la critique par rapport à l'apparence. Ainsi, les pairs influencent le positionnement de l'enfant face à des questions telles : peut-on aimer ou non son corps si l'on veut appartenir à un groupe d'amis ou de jeunes du même âge ? L'insatisfaction corporelle est-elle valorisée ou souhaitable ? Quel est le type de corps associé à la popularité ? Quelles sont les méthodes de contrôle du poids, de prise de masse musculaire ou

de modification de l'apparence les plus en vigueur et les plus accessibles ? D'une part, l'enfant qui désire être accepté de ses pairs peut croire qu'il est préférable pour lui d'être mince. D'autre part, la peur d'être rejeté peut l'amener à craindre les conséquences de ne pas être suffisamment mince^[14].

Facteurs de personnalité

Certains facteurs comme un concept de soi positif, une forte estime de soi et un soutien social élevé peuvent favoriser la résilience aux influences socioculturelles et ainsi faciliter le développement d'une image corporelle positive^[2]. D'autres caractéristiques personnelles, comme l'acceptation de ses imperfections et la perception du corps comme étant utile au fonctionnement quotidien ressortent également comme étant associées à une image corporelle positive^[15]. À l'inverse, des caractéristiques comme le perfectionnisme, la sensibilité à la critique, le conformisme et un style d'attachement insécurisé peuvent accroître le risque qu'un enfant trouve son corps imparfait ou qu'il accorde une grande importance à son apparence et qu'il cherche à le modifier dans le but d'être aimé et accepté^[2,16].

Caractéristiques physiques et changements physiologiques

Enfin, des caractéristiques physiques et des changements physiologiques contribuent au développement d'une image corporelle positive ou négative. En ce sens, il a été démontré que le risque d'insatisfaction corporelle chez les enfants augmente avec l'âge^[17-18], atteignant son apogée au début de l'adolescence^[19]. Ce phénomène est observé de manière plus marquée chez les filles comparativement aux garçons^[19-20] ainsi que chez les enfants avec un indice de masse corporelle (IMC) élevé en comparaison aux enfants dont le poids se situe dans la catégorie de poids normale^[18,21]. Cela dit, les enfants qui ne présentent pas d'excès de poids peuvent eux aussi souffrir d'une image corporelle négative. En fait, une forte proportion de filles qui se trouvent grosses et qui veulent perdre du poids ont un poids normal^[22].

IMAGE CORPORELLE ET COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES CHEZ LES ENFANTS

Règle générale, les premières manifestations d'une image corporelle négative apparaissent vers six ans, parfois même un peu plus tôt^[23]. Une proportion significative des filles de 6 à 12 ans, soit entre 40 et 50 % d'entre elles, se



déclarent mécontentes de leur apparence et souhaitent un corps plus mince^[14,24]. Les garçons sont eux aussi à risque de présenter une image corporelle négative, et ce, surtout si leur IMC se retrouve dans les catégories associées au poids insuffisant ou à l'obésité^[25]. Ces insatisfactions corporelles peuvent se transformer en préoccupations alimentaires ou en comportements visant une modification du corps, soit par une perte de poids ou encore un gain de masse musculaire. C'est donc dans l'espoir de devenir plus satisfaits de leur physique que des filles et des garçons de 8 à 9 ans en viennent à adopter certains comportements comme suivre un régime amaigrissant, éviter certains aliments, sauter des repas, pratiquer plus d'activité physique, adopter des comportements de vérification corporelle et, plus rarement, prendre des suppléments alimentaires ou des pilules amaigrissantes et se faire vomir^[26-27]. Malheureusement, ces comportements ont pour effet délétère de retarder leur croissance et leur puberté, en plus de les exposer à des manques nutritionnels, à des maladies, à un gain de poids et à un risque accru de développer un trouble des conduites alimentaires^[28-30].

MANIFESTATIONS CLINIQUES ET INDICATEURS À SURVEILLER LORSQU'IL EST QUESTION D'IMAGE CORPORELLE CHEZ LES ENFANTS DE 6-12 ANS

À la lumière d'une recension détaillée des facteurs de risque et de protection liés à l'image corporelle, nous avons établi des concentrations d'observation et d'évaluation en collaboration avec les organismes ÉquiLibre et Anorexie et Boulimie Québec (ANEB). Ceci dans le but d'établir des pistes d'éléments à évaluer pour un professionnel en santé mentale (habileté au sens de la loi 21). Ainsi, le tableau 1 présente des indicateurs qui permettent de se positionner face à l'image corporelle d'un

Tableau 1. Manifestations cliniques et indicateurs à surveiller

Centrations d'observation et d'évaluation	Indicateurs*
Poids de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Garçon : plus maigre ou plus gros que la moyenne (–) • Fille : poids dans la norme ou plus élevé que la norme (–)
Puberté	<ul style="list-style-type: none"> • Garçon : puberté tardive (–), puberté précoce (+) • Fille : puberté précoce (–)
Exposition aux médias	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant rapporte regarder des écrans à des fins récréatives (télévision, jeux vidéos, furetage en ligne) plusieurs heures par jour (–) • L'enfant lit des magazines, des webzines (–) • L'utilisation des écrans est limitée et régulée par les parents (+)
Influence parentale	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant est conscient que l'un de ses parents est préoccupé par son poids et son apparence (–) • L'enfant rapporte que ses parents mettent l'accent sur l'importance d'être mince ou musclé (–) • L'enfant affirme que ses parents l'acceptent comme il est (+) • L'enfant mentionne que ses parents l'encouragent à ne pas accorder d'importance aux commentaires négatifs concernant son poids et son apparence (+)
Influence des pairs	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant fréquente d'autres jeunes qui accordent de l'importance à leur poids et leur apparence (–) • L'enfant a des conversations portant sur le poids et l'apparence (–) • L'enfant côtoie un jeune qui suit un régime amaigrissant (–) • L'enfant et ses amis partagent une passion ou un intérêt ne portant pas sur le poids ou l'apparence (+)
Commentaires liés au corps, au poids, à l'apparence	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant reçoit des commentaires ou des critiques par rapport à son poids ou son apparence (–) • L'enfant se montre incapable de répliquer ou de se défendre (–) • L'enfant affirme que les autres perçoivent positivement son corps (+) • L'enfant rapporte recevoir des commentaires par rapport à des qualités personnelles non reliées à son apparence (+)
Discours de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant dénigre son apparence (–) • L'enfant se compare négativement aux autres (–) • L'enfant peut énumérer des moyens visant à contrôler son poids, augmenter sa masse musculaire ou modifier son apparence (–) • L'enfant est reconnaissant envers son corps pour ce qu'il lui permet de faire (+) • L'enfant peut nommer des parties de son corps qui lui plaisent (+)
Préoccupations alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant s'intéresse ou connaît les propriétés nutritionnelles des aliments (–)
Comportements alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant se pèse fréquemment (–) • L'enfant restreint son alimentation (–) • L'enfant mentionne suivre un régime amaigrissant (–) • L'enfant affirme « trop manger » (–) • L'enfant mange selon sa faim et peut s'arrêter lorsqu'il n'a plus faim (+)
Pratique sportive	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant pratique un sport qui nécessite des attributs physiques particuliers sur les plans de la minceur, de la taille ou de la force musculaire (–) • L'enfant fait de l'activité physique dans le but de perdre du poids (–) • L'enfant évite d'aller à ses cours d'éducation physique (–) • L'enfant fait partie d'une équipe sportive (+) • L'enfant pratique un sport plus de deux fois par semaine (+) • L'enfant s'engage dans des activités physiques agréables (+)

*À noter que le signe (–) réfère à des indicateurs liés à une image corporelle négative et que le signe (+) réfère à des indicateurs d'une image corporelle positive.

enfant (positive ou négative) et de formuler des recommandations pour l'intervention. Les centrations et indicateurs qui s'y retrouvent peuvent être utilisés en complémentarité avec la grille d'observation de l'image corporelle des enfants de 6 à 12 ans proposée par notre équipe (voir la section pratico-pratique du présent numéro, à la page 28).

RECOMMANDATIONS CLINIQUES

L'image corporelle peut être travaillée selon des modalités de groupe ou individuelle. Dans les deux cas, il importe de disposer des connaissances appropriées. Un appui à l'intervention peut également être envisagé à travers des formations, de la supervision ou encore au moyen de nombreux outils et ressources élaborés par ÉquiLibre et ANEB Québec. Sur une base individuelle, l'intervention est habituellement réalisée auprès d'un enfant évalué comme étant insatisfait de son corps et de son apparence. Cette intervention individuelle vise à prévenir le développement de problèmes d'alimentation et peut inclure des composantes telles s'engager dans des activités physiques agréables, développer la capacité d'être à l'écoute de ses besoins et indices corporels, acquérir la capacité de résister aux pressions de minceur et aux discours sociaux en vigueur et favoriser l'affirmation de soi^[31]. À travers des activités physiques qui lui procurent du plaisir et qui n'impliquent pas de compétition, l'enfant peut en venir à mieux accepter son corps et à reconnaître ce que celui-ci lui permet de faire, même s'il ne correspond pas aux modèles de minceur en vigueur. L'enfant peut aussi être amené à se considérer comme unique, à se comparer à lui-même plutôt qu'aux autres et à prêter attention puis à répondre à ses besoins de même qu'à ses signaux corporels comme la faim et la satiété. L'intervention individuelle peut aussi aider l'enfant à développer une pensée critique quant à l'objectification du corps et à l'inefficacité des moyens de contrôle du poids.

Le clinicien qui travaille avec un enfant vulnérable doit par ailleurs agir comme un modèle qui : (1) favorise l'acceptation d'autrui et de la différence; (2) met l'accent sur l'importance d'être bien dans son corps, peu importe son poids ou son apparence; (3) n'émet pas de jugements ou de commentaires sur le poids ou l'apparence d'autrui ; et (4) n'endosse pas l'adoption de comportements jugés problématiques comme les régimes amaigrissants^[31]. Lorsque nécessaire, il aide l'enfant à développer des moyens de faire face à l'intimidation

par rapport à son poids. Dans son intervention, il gagne également à impliquer les parents de manière à fournir à l'enfant un milieu sécurisant au sein duquel il peut se confier à ses parents et où les influences négatives de même que toute forme de référence au poids et à l'apparence sont limitées tandis que les messages positifs sont encouragés^[32]. ■

Références

- S. GROGAN. *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. 2nd ed. New York: Routledge, 2008.
- T.F. CASH. « Cognitive-behavioral perspectives on body image ». 2nd ed. In: Cash TF and Smolak L, ed. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. New York: The Guilford Press, 2011:39-47.
- T.L. TYLKA et N.L. WOOD-BARCALOW. « What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition ». *Body Image*, 2015.
- N.L. WOOD-BARCALOW, T.L. TYLKA et C.L. AUGUSTUS-HORVATH. « But I like my body »: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women ». *Body Image*, 2010,7(2):106-116.
- D.M. GARNER. « Body image and anorexia nervosa ». In: Cash TF and Pruzinsky T, ed. *Body Image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002:295-303.
- E.H. WERTHEIM et S.J. PAXTON. « Body Image Development in Adolescent Girls ». 2nd ed. In Cash TF and Smolak L, ed. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. New York: The Guilford Press, 2011:76-84.
- J.K. THOMPSON, L.J. HEINBERG, M.N. ALTABE et S. TANTLEFFDUNN. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2002.
- S.K. HARDIT et J.W. HANNUM. « Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction ». *Body Image*, 2012,9:469-475.
- J. HAINES, D. NEUMARK-SZTAINER, P. HANNAN et R. ROBINSON-O'BRIEN. « Child versus parent report of parental influences on children's weight-related attitudes and behaviors ». *Journal of Pediatric Psychology*, 2008;33:783-788.
- R.M. PUHL et J.D. LATNER. « Stigma, obesity, and the health of the nation's children ». *Psychological bulletin*, 2007;133(4):557-580.
- M. TIGGEMANN. « Sociocultural perspectives on human appearance and body image ». 2nd ed. In Cash TF and Smolak L, ed. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. New York: The Guilford Press, 2011:12-19.
- L. TREMBLAY et M. LIMBOS. « Body image and psychopathology in children: Research evidence and implications for prevention and treatment ». *Current Psychiatry Reviews*, 2009;5:62-72.
- H.K. DOHNT et M. TIGGEMANN. « Peer influences on body dissatisfaction and dieting awareness in young girls ». *British Journal of Developmental Psychology*, 2005;23(1):103-116.
- E.H. EVANS, M.J. TOVÉE, L.G. BOOTHROYD et R.F. DREWETT. « Body dissatisfaction and disordered eating attitudes in 7- to 11-year-old girls: Testing a sociocultural model ». *Body Image*, 2013;10:8-15.
- A. FRISÉN, K. HOLMQUIST. « What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys ». *Body image*, 2010;7(3):205-212.
- L.R. VARTANIAN et M.M. HOPKINSON. « Social connectedness, conformity, and internalization of societal standards of attractiveness ». *Body Image*, 2010;7(1):86-89.
- C. LUNDE et A. FRISÉN, C.P. HWANG. « Ten-year-old girls' and boys' body composition and peer victimisation experiences: Prospective associations with body satisfaction ». *Body Image*, 2007;4:11-28.
- L.A. RICCIARDELLI et M.P. McCABE. « Children's body image concern's and eating disturbance: A review of the literature ». *Clinical Psychology Review*, 2001;21:325-344.
- H.L. LITTLETON et T. OLLENDICK. « Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: What places youth at risk and how can these problems be prevented? » *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2003;6:51-66.
- V. PHARES, A.R. STEINBERG et J.K. THOMPSON. « Gender differences in peer and parental influences: Body image disturbance, self-worth, and psychological functioning in preadolescent children ». *Journal of Youth and Adolescence*, 2004;33:421-429.
- L. SMOLAK. « Body image development in children ». In: Cash TF and Pruzinsky T, ed. *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002:65-73.
- R.H. STRIEGEL-MOORE et D.L. FRANKO. « Body image issues among girls and women. » In: Cash TF and Pruzinsky T, ed. *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002:183-199.
- H. DITTMAR, E. HALLIWELL et S. IVE. « Does Barbie make girls want to be thin? The effect of experimental exposure to images of dolls on the body image of 5- to 8-year-old girls ». *Developmental Psychology*, 2006;42(2):283-292.
- L. SMOLAK. « Body image development in childhood ». 2nd ed. In Cash TF and Smolak L, ed. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. New York: The Guilford Press, 2011:67-75.
- S.B. AUSTIN, J. HAINES et P.J. VEUGELERS. « Body satisfaction and body weight: gender differences and sociodemographic determinants ». *BMC Public Health*, 2009;9:1-7.
- M.P. McCABE, L.A. RICCIARDELLI, J. STANFORD, K. HOLT, S. KEEGAN et L. MILLER. « Where is all the pressure coming from? Messages from mothers and teachers about preschool children's appearance, diet and exercise ». *European Eating Disorders Review*, 2007;15(3):221-230.
- E. STICE et H.E. SHAW. « Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings ». *Journal of Psychosomatic Research*, 2002;53(5):985-993.
- E.L. BIRD, E. HALLIWELL, P.C. DIEDRICHS et D. HARCOURT. (2013). « Happy being me in the UK: A controlled evaluation of a school-based body image intervention with pre-adolescent children ». *Body Image*, 2010;10:326-334.
- C.G. FAIRBURN. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press, 2008.
- A.E. FIELD, S.B. AUSTIN, C.B. TAYLOR, S. MALSPERIS, B. ROSNER, H.R. ROCKETT, M.W. GILLMAN et G.A. COLDITZ. « Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents ». *Pediatrics*, 2003;112:900-906.
- N. PIRAN. « New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures ». *Body Image*, 2015;14:146-157.
- D. NEUMARK-SZTAINER. « What do we do to help parents raise children with a healthy weight and a healthy body image? » *Eating Disorders*, 2005:13:491-495.

ERRATUM/PRÉCISION

NUTRITION — Science en évolution
Vol. 13 N° 2 Automne 2015

Précisions concernant l'avoine pure et non contaminée par le gluten

Suite à la publication de l'article « La maladie cœliaque et l'alimentation sans gluten » rédigé par Roxanne Papineau, Dt.P., nutritionniste, dans la revue de l'OPDQ Nutrition — Science en évolution (vol. 13, n° 2, automne 2015, p. 11), la Fondation québécoise de la maladie cœliaque (FQMC) aimerait apporter quelques précisions concernant l'avoine pure et non contaminée par le gluten et son introduction dans l'alimentation sans gluten des personnes atteintes de la maladie cœliaque. Ces précisions font suite aux commentaires et suggestions reçus du Comité de nutrition, après lecture dudit article. Il apparaît aussi important pour la FQMC d'informer les professionnels de la santé membres de l'OPDQ de la position de la FQMC, suite aux recommandations émises par le Comité de recherche scientifique, le Conseiller médical et le Comité de nutrition de la FQMC afin de les guider dans leur pratique. Vous trouverez les précisions émises par la FQMC sur le site web de l'OPDQ www.opdq.org – zone membre – « Ressources et publications » / Revue – annexe au vol. 13 n° 2.

L'ORTHOREXIE NERVEUSE OU MANGER SAINEMENT... À EN DEVENIR MALADE !

Catherine Lehoux Dubois,

étudiante au baccalauréat en nutrition, Université de Montréal

Chantal Bémeur, Dt.P., Ph. D.,

professeure adjointe, Département de nutrition, chercheuse associée au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM)

Nancy Presse, Dt.P., Ph. D.

stagiaire postdoctorale, Faculté de pharmacie, Université de Montréal



Depuis quelques années, la promotion des saines habitudes de vie occupe une place de plus en plus importante dans notre société. L'intérêt pour l'alimentation « santé », suscité par la quête d'un mode de vie sain, a atteint une popularité sans précédent. Bien que l'information qui circule ne soit pas toujours rigoureuse, d'aucuns ne peuvent maintenant ignorer les bienfaits d'une alimentation saine et tous approuveront l'importance accordée

par une personne à la qualité de son alimentation. Toutefois, cette préoccupation envers l'alimentation santé peut parfois se transformer en obsession et devenir une source d'angoisse profonde chez certaines personnes. Cette obsession pathologique pour les aliments « santé » est désignée sous l'appellation d'orthorexie nerveuse (ON). L'objectif de cet article est de dresser l'état des connaissances actuelles sur l'ON en abordant sa définition,

son diagnostic, les groupes à risque, les conséquences sociales et physiques, et son traitement. Les diététistes/nutritionnistes sont possiblement les intervenants les plus susceptibles de rencontrer un client ou un patient souffrant d'ON^[1]. Ainsi, une attention particulière sera portée au rôle des diététistes/nutritionnistes dans le dépistage et le traitement de l'ON.

Qu'est-ce que l'orthorexie nerveuse ?

Le terme « orthorexie » a fait son apparition dans la littérature en 1997, à la suite de la publication d'un article du Dr Steven Bratman dans une revue non scientifique^[2]. Le mot « orthorexie » dérive des mots grecs ortho pour droiture, justesse et orexis pour appétit^[3]. L'ON se distingue des autres troubles du comportement alimentaire (TCA) par la nature même de ce qui motive l'individu. En effet, **la qualité des aliments est le principal élément motivant le comportement de ceux qui souffrent d'ON plutôt que la quantité d'aliments, comme c'est le cas dans les autres TCA**^[4]. D'ailleurs, dans un rapport de cas publié récemment, un homme souffrant d'ON exprime bien sa préoccupation à l'égard de la qualité des aliments qu'il consomme : « **Je traite mon corps comme un temple et je lui donne les pierres pures pour la construction qu'il nécessite.** »^[4] Cette préoccupation est telle que le jeûne peut être préféré à la consommation d'un aliment jugé mauvais ou impur par le patient orthorexique, bien que le jeûne ne soit pas valorisé comme tel^[5]. L'image corporelle et la perte de poids ne sont

donc pas des éléments déterminants de l'ON. Les restrictions alimentaires sont néanmoins très fréquentes chez ces patients. Elles ne sont pas motivées par des valeurs de protection animale ni environnementale, ou par des croyances religieuses^[6]. Ce sont plutôt des peurs irrationnelles, voire extrêmes, qui génèrent ces restrictions, telles que la crainte des pesticides ou d'autres substances chimiques, des hormones administrées aux animaux d'élevage, des organismes génétiquement modifiés, des maladies animales, des techniques et du matériel utilisés lors de la manipulation des aliments, ou simplement d'une composition nutritionnelle non désirée^[3, 4, 7]. Les restrictions permettent à l'individu de ressentir un sentiment de contrôle, ce qui lui procure un bien-être qui certes l'apaise, mais qui nuit considérablement à son fonctionnement au quotidien^[6]. À cet égard, le tableau 1 énumère les signes suggérant la présence d'une ON. Ces signes englobent des aspects relatifs à l'alimentation et à la sphère psychosociale.

Comment diagnostique-t-on l'orthorexie nerveuse ?

L'ON est de plus en plus discutée dans les médias de masse. Toutefois, il y a peu de littérature scientifique portant spécifiquement sur l'ON. Le terme « orthorexie » est néanmoins connu des professionnels de la santé tels que les médecins, les psychologues, les infirmières et les travailleurs sociaux. Une étude de Vandereycken indique en effet que 90,1 % d'entre eux connaissent ce terme et 66,7 % ont déjà été confrontés à ce trouble dans leur pratique^[8]. Pourtant, l'ON n'est toujours pas un diagnostic officiellement reconnu par le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)^[5], et sa classification parmi les troubles de santé mentale fait encore l'objet de débats. D'abord, plusieurs affirment que l'ON est un chevauchement entre un TCA et un trouble obsessionnel compulsif (TOC) orienté vers l'alimentation^[2, 7, 9]. En effet, comme observé dans un TCA, l'ON se caractérise par un comportement alimentaire anormal qui mène à des conséquences significatives pour l'individu qui en souffre^[10]. Parallèlement, la grande angoisse ressentie et l'obsession à l'égard de la qualité des aliments qui accaparent continuellement la pensée des individus qui souffrent d'ON rappellent les caractéristiques du TOC. Ainsi, le rituel entourant l'alimentation serait un moyen d'apaiser l'anxiété observée dans le TOC^[3]. Par ailleurs, dans la dernière édition du DSM, un nouveau TCA a été ajouté : le trouble de la

Tableau 1. Signes suggérant l'orthorexie nerveuse ^[1, 2, 14, 16, 18-21, 23, 30]

Volet nutritionnel	Volet psychosocial
Discours valorisant la pureté de la diète et l'importance de la qualité des aliments	Sentiment de confiance en soi et de supériorité procuré par une diète « santé et pure »
Peu de variété alimentaire et horaire alimentaire strict	Sentiment de culpabilité lorsque les règles de la diète « santé » sont transgressées
Évite de manger à l'extérieur, de consommer des aliments inconnus ou préparés par autrui	Caractère perfectionniste, besoin de contrôle, faible estime de soi, anxiété
Préoccupation excessive à l'égard de la sélection, de la préparation, de la cuisson et de la consommation d'aliments	Habitudes alimentaires ayant un impact négatif sur la vie sociale

prise alimentaire évitant/restrictif (TPAÉR). Il s'agit d'une perte d'intérêt à se nourrir qui altère l'état nutritionnel sans être associée à une préoccupation par rapport à l'apparence physique^[4, 11]. Par contre, le TPAÉR ne semble pas correspondre à la définition actuelle de l'ON laquelle n'est pas réellement caractérisée par une perte d'intérêt à s'alimenter. Ainsi, certains professionnels classifient plutôt l'ON dans la catégorie des « troubles du comportement alimentaire non spécifiques » étant donné qu'aucune autre catégorie de TCA ne peut l'inclure.

Malgré cette confusion quant à la classification de l'ON parmi les troubles de santé mentale, une équipe de recherche a récemment proposé des critères diagnostiques^[4, 6]. Selon Moroze et coll., un individu est atteint d'ON s'il présente une préoccupation obsessionnelle : 1) orientée sur les aliments « santé », 2) ayant des répercussions négatives sur la santé de l'individu ou sur son fonctionnement social, académique ou professionnel, 3) qui n'est pas une exacerbation d'un autre trouble de la santé mentale (comme un TOC, une schizophrénie ou un trouble psychotique), 4) qui n'est pas le résultat de rituels religieux ou de besoins alimentaires particuliers en raison d'une condition médicale donnée. Cela dit, ces critères devront faire l'objet d'une étude de validation avant d'être intégrés dans une prochaine édition du DSM.

En dépit du débat qui persiste quant à la classification et au diagnostic, des outils de dépistage de l'ON ont été proposés. Toutefois, en l'absence de critères diagnostiques clairs, leur validité demeure incertaine. Par ailleurs, peu d'équipes de recherche les ont évalués et plusieurs problèmes ont été identifiés quant à leur application^[5, 6, 12]. Le premier outil de dépistage proposé a été le Bratman's Orthorexia Test (BOT), un formulaire comprenant

10 questions dichotomiques (oui/non)^[13, 14]. Cet outil est basé sur l'expérience clinique des auteurs. Il n'a pas été validé et contient des questions non spécifiques à l'ON. Ainsi, son usage n'est pas recommandé^[2, 13-15]. L'ORTO-15 a quant à lui été proposé en 2005^[11, 13, 16]. Il s'agit d'un questionnaire autoadministré composé de 15 questions portant sur la sélection, l'achat, la préparation et la consommation d'aliments. Les individus répondent à chacune des questions selon une échelle en quatre points (toujours, souvent, parfois ou jamais). Plus le score total est faible, plus l'individu présente une tendance orthorexique. L'ORTO-15 a fait l'objet d'un certain nombre d'études. La valeur seuil la plus souvent utilisée pour déterminer si une personne souffre possiblement d'ON est 40^[3, 5, 12, 13, 17-23]. Toutefois, cette valeur a été abaissée par certains auteurs qui la jugeaient trop élevée pour assurer une spécificité suffisante de ce test de dépistage^[12, 13, 19, 22]. De plus, certains reprochent à l'ORTO-15 de ne pas inclure des éléments se rapportant plus spécifiquement au TOC tels que l'anxiété et l'angoisse^[5, 6, 19]. Par ailleurs, l'ORTO-15 a été adapté pour plusieurs pays, y compris la Pologne^[11, 22], la Hongrie^[13] et la Turquie^[7] pour supprimer des éléments moins pertinents pour la population cible. L'ORTO-11, par exemple, est une adaptation turque de l'ORTO-15 dans laquelle quatre des éléments originaux ont été supprimés^[2]. Malgré ces modifications, la validité de ces versions dérivées demeure toujours incertaine.

Néanmoins, les diététistes/nutritionnistes auraient un rôle important à jouer en matière de dépistage de l'ON. En effet, les diététistes/nutritionnistes seraient les professionnels de la santé les plus susceptibles d'interagir avec des patients ou des clients souffrant d'ON et de représenter aux yeux de ces derniers des alliés vers l'atteinte d'une alimentation « parfaite ».

Les individus atteints d'ON sont en effet à la recherche d'informations nutritionnelles et ils veulent être rassurés sur leurs comportements alimentaires^[1]. Si un diététiste/nutritionniste soupçonne un patient d'avoir des tendances orthorexiques, il est de son devoir de l'informer qu'il pourrait souffrir d'un TCA et de le diriger vers des ressources adéquates. Il peut proposer au patient d'en discuter avec son médecin ou de consulter un professionnel de la santé dans une clinique spécialisée en TCA. Cette démarche est essentielle étant donné les conséquences parfois graves de l'ON, tant au niveau psychosocial que physique.

Qui est à risque de souffrir d'orthorexie nerveuse ?

En l'absence de critères diagnostiques bien définis et d'outils de dépistage valides, il est difficile d'évaluer avec précision la prévalence réelle de l'ON dans la population. D'ailleurs, les travaux publiés rapportent un taux de prévalence très variable dans la population générale, oscillant de 6,9 à 74,2 %^[3, 9, 13]. La prévalence a même été estimée à 81,9 % parmi les diététistes/nutritionnistes^[2, 19]. Cette prévalence très élevée illustre bien le manque de spécificité des outils de dépistage actuels. Néanmoins, la littérature actuelle cible certaines populations à risque de développer l'ON. Ainsi, les personnes ayant déjà souffert d'un TCA, les athlètes, les danseurs de ballet, les professionnels de la santé, y compris les médecins et les diététistes/nutritionnistes, les personnes pratiquant le yoga et les artistes de scène sont des individus susceptibles d'être préoccupés par leur santé^[7, 14-16, 18-21, 23-25]. Bien que la motivation des individus atteints d'ON ne concerne ni l'image corporelle ni le poids, il est intéressant de noter que ces populations à risque sont similaires à celles déterminées dans le cadre d'autres TCA, comme l'ano-

rexie ou la boulimie nerveuse, suggérant une certaine parenté dans l'origine des différents TCA^[24-26]. En fait, dans certains cas, l'ON serait un symptôme résiduel de l'anorexie ou de la boulimie nerveuse^[2, 11, 16, 27, 28]. Aussi, les intervenants doivent-ils être sensibles à cette possibilité lorsqu'ils interviennent auprès d'un patient qui souffre ou qui a déjà souffert d'un autre TCA.

À ce jour, de nombreuses études ont exploré les facteurs de risque potentiels de l'ON dont l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, l'éducation, le niveau socioéconomique et le niveau d'activité physique^[7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 20-23]. Toutefois, les résultats ne sont pas cohérents d'une étude à l'autre. Par exemple, certaines études n'observent pas de relation entre l'âge et le risque de souffrir d'ON. D'autres études rapportent un risque plus élevé chez les plus jeunes alors que d'autres, au contraire, observent un risque accru chez les adultes plus âgés. Dans ce contexte, les facteurs de risque de l'ON ne sont toujours pas bien définis.

Quelles sont les conséquences de l'orthorexie nerveuse ?

L'ON débute normalement de manière insidieuse par l'adoption de nouvelles habitudes alimentaires visant à améliorer la santé ou même parfois, dans le but d'autotrainer une maladie^[3, 10]. L'adhésion à une diète stricte évolue et engendre un sentiment de contrôle. Avec le temps, l'ON dicte les activités quotidiennes de l'individu, ce qui se traduit par des conséquences psychosociales et à plus long terme, par des conséquences physiques. Les premières répercussions de l'ON sont en général d'ordre social. Les individus souffrant d'ON ont tendance à s'isoler par sentiment d'incompréhension et de jugement de la part des pairs^[29]. Une patiente atteinte d'ON explique sa tactique pour éviter le jugement

des autres : « **La seule façon de m'en sortir est de dire que je suis végétarienne** »^[28]. Le partage des repas avec autrui est une source d'anxiété due à la peur de consommer des aliments non sains, ce qui amplifie l'isolement^[30]. De plus, certains ressentent un sentiment de supériorité par leur capacité à respecter une diète « parfaite » et stricte^[1]. Il est aussi possible que certains individus entretiennent des croyances témoignant d'une perte de contact avec la réalité, par exemple la croyance selon laquelle « la viande reste dans l'intestin pendant 7 ans »^[10] ou que certains aliments ont des vertus magiques^[4, 29]. **Les préoccupations excessives et incessantes envers l'alimentation altèrent le fonctionnement au quotidien**^[2, 12].

La diète restrictive peut aussi engendrer à long terme une perte de poids involontaire importante et conduire ultimement à un état de malnutrition. C'est alors qu'un syndrome de réalimentation peut aussi constituer une préoccupation dans l'ON^[4]. En effet, Moroze et coll.^[4] rapportent le cas d'un homme de 28 ans atteint d'ON souffrant de malnutrition sévère qui a présenté un syndrome de réalimentation lors de son hospitalisation. Une omission complète de certains aliments peut entraîner des carences spécifiques auxquelles les diététistes/nutritionnistes doivent porter une attention particulière lors de l'évaluation de l'état nutritionnel^[6]. Des effets neurologiques peuvent aussi survenir, comme une diminution de la capacité à résoudre des problèmes, une baisse de la concentration et de la mémoire à court terme^[4, 6]. Le tableau 2 énumère plusieurs conséquences cliniques ayant été observées chez des individus atteints d'ON. Certaines d'entre elles sont aussi caractéristiques de l'anorexie nerveuse.

Comment traite-t-on l'orthorexie nerveuse ?

Aucun protocole de traitement de l'ON n'a encore été formellement établi, mais l'expérience clinique permet tout de même d'émettre des recommandations. Notamment, l'ON doit être prise en charge par une équipe multidisciplinaire dans le but de bien en traiter tous les aspects. Cette équipe devrait se composer d'un psychologue/psychiatre, d'un pharmacien, d'un médecin et d'un diététiste/nutritionniste^[6]. En comparaison avec les patients anorexiques, les patients orthorexiques seraient moins réfractaires au traitement étant donné qu'ils désirent avant tout être en santé et prennent plus facilement conscience des conséquences néfastes de l'ON^[1].

Tableau 2. Conséquences cliniques aiguës observées chez des personnes atteintes d'orthorexie nerveuse^[2, 4, 6, 32]

Conséquences cliniques aiguës de l'orthorexie nerveuse	
Hyponatrémie et hypokaliémie	Inflammation de l'estomac
Acidose métabolique avec trou anionique normal	Problèmes cardiaques (bradycardie, arrêt cardiaque)
Pneumothorax	Ostéopénie
Emphysème sous-cutané	Déficience en testostérone
Rhabdomyolyse	Fatigue généralisée
Pancytopenie	Inconfort gastrique
Malnutrition et déficiences nutritionnelles	Syndrome de réalimentation

Comme pour tout autre TCA, l'élément central de la prise en charge de l'ON est la thérapie cognitivo-comportementale [1, 6, 31]. Au besoin, certains médicaments peuvent être prescrits, notamment des antipsychotiques ou des antidépresseurs [1, 6, 29]. L'adhésion au traitement pharmacologique peut toutefois être plus difficile étant donné que la médication est souvent perçue comme étant « chimique » par les individus souffrants d'ON [1, 3, 4]. Certains patients vont néanmoins accepter de prendre leurs médicaments, mais en fractionnant les doses au cours de la journée [4].

Quant à l'importance du rôle des diététistes/nutritionnistes lors de l'évaluation et de l'intervention, tout dépendra de l'intensité des symptômes. D'abord, il est important d'évaluer l'état nutritionnel et, le cas échéant, d'estimer le risque d'un syndrome de réalimentation [32]. Une attention particulière doit aussi être portée à l'évaluation de la nature des restrictions alimentaires afin d'identifier des carences possibles et au besoin, les traiter adéquatement. À cet égard, le premier objectif de l'intervention nutritionnelle sera d'assouplir les comportements alimentaires associés à de fausses croyances, tout en aidant le patient à retrouver le plaisir de manger et à éviter de catégoriser les aliments comme « bons » ou « mauvais ». De plus, le diététiste/nutritionniste doit accompagner le patient dans sa démarche vers une augmentation graduelle de la variété de son alimentation [6]. Par ailleurs, si l'évaluation nutritionnelle a révélé un état de malnutrition, l'intervention sera semblable à celle effectuée dans le cadre d'autres pathologies [6, 32].

Conclusion

L'expérience clinique démontre l'importance du rôle des diététistes/nutritionnistes à plusieurs niveaux incluant le dépistage, l'évaluation nutritionnelle et le traitement de l'ON. Toutefois, l'état des connaissances actuel révèle un manque évident de données probantes sur l'ON. Il est essentiel que des critères diagnostiques soient établis et acceptés par la communauté médicale. Il importe également que la recherche se penche sur le développement d'outils de dépistage plus spécifiques, le taux de prévalence étant souvent très élevé et improbable. Lorsque les critères diagnostiques de l'ON seront établis et les outils de dépistage validés, il sera possible d'estimer la prévalence réelle de l'ON et d'étudier les facteurs de risque. Le traitement devra aussi être standardisé afin d'offrir les meilleures pratiques cliniques. ■

Ressources :

- > <http://www.orthorexia.com>
Site informatif, fiches d'informations et ressources
- > <http://psychoalimentaire.com>
Clinique spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire
- > <http://www.anebquebec.com>
Organisme à but non lucratif, ligne d'écoute
- > <http://www.douglas.qc.ca>
Institut universitaire en santé mentale

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Josée Guérin, diététiste/nutritionniste, présidente et fondatrice de la Clinique psychoalimentaire, pour son avis professionnel ainsi qu'Annie Cauchon et Émilie Grenier, diététistes/nutritionnistes à la Clinique universitaire de nutrition de l'Université de Montréal, pour leur collaboration.

Bibliographie

1. J. MATHIEU. « What is orthorexia ? » *J Am Diet Assoc*, 2005. 105(10) : p. 1510-2.
2. M. VARGA et coll. « Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa ». *Eat Weight Disord*, 2013. 18(2) : p. 103-11.
3. C.E. RAMACCIOTTI et coll. « Orthorexia nervosa in the general population : a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15) ». *Eat Weight Disord*, 2011. 16(2) : p. e127-30.
4. R.M. MOROZE et coll. « Microthinking About Micronutrients : A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal "Orthorexia Nervosa" and Proposed Diagnostic Criteria ». *Psychosomatics*, 2015. 56(4) : p. 397-403.
5. L.M. DONINI et coll. « Orthorexia nervosa : validation of a diagnosis questionnaire ». *Eat Weight Disord*, 2005. 10(2) : p. e28-32.
6. N.S. KOVEN et A.W. ABRU. « The clinical basis of orthorexia nervosa : emerging perspectives ». *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2015. 11 : p. 385-94.
7. T. FIDAN et coll. « Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey ». *Compr Psychiatry*, 2010. 51(1) : p. 49-54.
8. W. VANDEREYCKEN. « Media hype, diagnostic fad or genuine disorder ? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia ». *Eat Disord*, 2011. 19(2) : p. 145-55.
9. L.M. DONINI et coll. « Orthorexia nervosa : a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon ». *Eat Weight Disord*, 2004. 9(2) : p. 151-7.
10. M.M. CARTWRIGHT. « Eating disorder emergencies : understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient ». *Crit Care Nurs Clin North Am*, 2004. 16(4) : p. 515-30.
11. A. BRYTEK-MATERA, BRYTEK-MATERA et coll. « Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students ». *J Eat Disord*, 2015. 3 : p. 2.
12. B. MISSBACH et coll. « When Eating Right, Is Measured Wrong! A Validation and Critical Examination of the ORTO-15 Questionnaire in German ». *PLoS One*, 2015. 10(8) : p. e0135772.
13. M. VARGA et coll. « When eating healthy is not healthy : orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary ». *BMC Psychiatry*, 2014. 14 : p. 59.
14. J.F. KINZL et coll., « Orthorexia nervosa in dietitians ». *Psychother Psychosom*, 2006. 75(6) : p. 395-6.
15. L. ERIKSSON et coll. « Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants ». *Scand J Med Sci Sports*, 2008. 18(3) : p. 389-94.
16. C. SEGURA-GARCIA et coll. « The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment ». *Eat Weight Disord*, 2015. 20(2) : p. 161-6.
17. S. BO et coll. « University courses, eating problems and muscle dysmorphia : are there any associations ? ». *J Transl Med*, 2014. 12 : p. 221.
18. E. ASIL et M.S. SURUCUOGLU. « Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians ». *Ecol Food Nutr*, 2015. 54(4) : p. 303-13.
19. M.S. ALVARENGA et coll. « Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15 ». *Eating and weight disorders*, 2011. 17(1) : p. e29-e35.
20. E. AKSOYDAN et N. CAMCI. « Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists ». *Eat Weight Disord*, 2009. 14(1) : p. 33-7.
21. A.T. BAGCI BOSI, D. CAMUR et C. GULER. « Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey) ». *Appetite*, 2007. 49(3) : p. 661-6.
22. A. BRYTEK-MATERA et coll. « Adaptation of the ORTHO-15 test to Polish women and men ». *Eat Weight Disord*, 2014. 19(1) : p. 69-76.
23. J. HERRANZ VALERA et coll. « Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners : a pilot study ». *Eat Weight Disord*, 2014. 19(4) : p. 469-72.
24. M. EL GHOCH et coll. « Eating disorders, physical fitness and sport performance : a systematic review ». *Nutrients*, 2013. 5(12) : p. 5140-60.
25. J.G. KNAPP, G. AERNI et J. ANDERSON. « Eating disorders in female athletes : use of screening tools ». *Curr Sports Med Rep*, 2014. 13(4) : p. 214-8.
26. A. GONCALVES Jde et coll. « Eating disorders in childhood and adolescence ». *Rev Paul Pediatr*, 2013. 31(1) : p. 96-103.
27. A. KUMMER, F.M. DIAS et A.L. TEIXEIRA. « On the concept of orthorexia nervosa ». *Scand J Med Sci Sports*, 2008. 18(3) : p. 395-6 ? author reply 397.
28. C. MUSOLINO et coll. « "Healthy anorexia" : The complexity of care in disordered eating ». *Soc Sci Med*, 2015. 139 : p. 18-25.
29. D. MARAZZITI et coll. « Behavioral addictions : a novel challenge for psychopharmacology ». *CNS Spectr*, 2014. 19(6) : p. 486-95.
30. K. HEPWORTH. « Eating disorders today--not just a girl thing ». *J Christ Nurs*, 2010. 27(3) : p. 236-41 ? quiz 242-3.
31. A. KORINTH, S. SCHIESS et J. WESTENHOEFER. « Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences ». *Public Health Nutr*, 2010. 13(1) : p. 32-7.
32. S.W. PARK et coll. « Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia ». *Electrolyte Blood Press*, 2011. 9(1) : p. 32-7.

TROUBLES ALIMENTAIRES ET D'INSATISFACTION CORPORELLE : LES HOMMES AUSSI EN SOUFFRENT

Ève Crépeau, M. Sc., Dt.P.

diététiste/nutritionniste membre de l'équipe Prof-IL Extenso, le Centre de référence en nutrition de l'Université de Montréal

Encore aujourd'hui, les troubles alimentaires sont principalement associés au monde féminin^[1]. Pourtant, les hommes peuvent aussi souffrir d'un trouble alimentaire, même ceux qui semblent à première vue en parfaite santé. Il n'est pas rare que les familles, et même les professionnels de la santé, ne remarquent tout simplement pas ce type de trouble ou ratent l'occasion de le dépister chez les hommes^[2-5]. La stigmatisation des troubles alimentaires est omniprésente, et ce, même par le corps médical^[3, 6-8].

Les troubles alimentaires chez les hommes (anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique) sont un sujet peu abordé en nutrition, notamment parce que les hommes ne figurent pas dans les études portant sur ces troubles^[1]. Les outils de dépistage et de diagnostic ont été initialement conçus pour des femmes et sont donc peu adaptés à la réalité masculine. Ceci explique en partie la plus grande proportion d'hommes échappant au diagnostic^[9].

ÉTAT DE LA SITUATION

Anorexie, boulimie et hyperphagie boulimique

Parmi les gens qui souffrent d'anorexie et de boulimie, on estime que les hommes représentent entre 10 et 25 % des cas^[10]. Plusieurs études montrent de façon unanime que les troubles alimentaires chez les hommes sont insuffisamment diagnostiqués, insuffisamment traités et mal compris^[11]. Il est donc fort possible que ces données sous-estiment la réelle proportion d'hommes atteints de tels troubles^[12].



Lorsqu'il est question d'hyperphagie boulimique (trouble caractérisé par des crises d'hyperphagie récurrentes sans la présence de comportements compensatoires comme des vomissements ou l'usage abusif de laxatifs), la prévalence chez les hommes s'élève à 40 % des cas^[10]. Malgré cette proportion importante de sujets masculins, ces derniers sont sous-représentés dans les études, et la présence de cette maladie chez les hommes est encore aujourd'hui méconnue pour plusieurs professionnels de la santé^[13].

Des études réalisées en Australie indiquent qu'entre 1998 et 2008, la prévalence d'hyperphagie boulimique chez les hommes est passée de 2,6 % à 4,1 %^[14]. Au cours de cette même période, on note également une augmentation plus importante de l'utilisation de régimes très restrictifs et de comportements purgatifs chez les hommes en comparaison aux femmes^[15].

Les résultats au Québec sont tout aussi inquiétants. Selon un sondage réalisé par ÉquiLibre en 2012, environ un homme sur cinq (18 %) était insatisfait de son poids et près de la moitié d'entre eux (44 %) souhaitait le modifier^[16].

L'insatisfaction corporelle et les troubles alimentaires sont donc bel et bien des problématiques qui affectent tant les hommes que les femmes. Malheureusement, la croyance selon laquelle ces troubles sont typiquement féminins persiste, ce qui incite les hommes à garder leurs préoccupations pour eux, de peur d'être jugés^[17]. **Il est reconnu que ces derniers sont moins portés à consulter un professionnel de la santé en cas de problème médical**^[18, 19], notamment lorsqu'il s'agit d'un trouble alimentaire^[6]. Ce délai de prise en charge fait en sorte que les hommes ont des symptômes plus prononcés, et donc plus

difficiles à traiter^[20]. On note d'ailleurs plus de troubles concomitants chez les hommes qui présentent un trouble alimentaire comparativement aux femmes, comme l'anxiété, la dépression et le trouble obsessionnel-compulsif^[10]. De plus, ces hommes présentent fréquemment des troubles d'abus de substances^[11] et sont quatre fois plus nombreux à se suicider que les femmes^[21].

Dysmorphie musculaire

Complexe d'Adonis, bigorexie, anorexie inversée^[12, 22], tous ces termes réfèrent à un seul et même trouble : la dysmorphie musculaire. Ce trouble psychologique presque exclusivement masculin est une sous-catégorie de la dysmorphophobie ou la crainte obsessionnelle d'être malformé ou laid^[23]. Dans le cas plus précis de la dysmorphie musculaire, la personne est obsédée par sa musculature et souhaite sans cesse la développer, peu importe si celle-ci est déjà supérieure à la moyenne^[24]. Généralement, les hommes aspirent à une morphologie en forme de V, soit une musculature plus développée des bras, des épaules et du torse, comparativement aux femmes qui se préoccupent davantage de la grosseur de leurs hanches, de leurs cuisses et de leurs fesses^[25-31].

La prévalence de ce trouble est encore méconnue à ce jour^[32]. Les quelques études qui se sont penchées sur le sujet rapportent que 10 à 54 % des hommes présentent une dysmorphie musculaire^[33-35]. La variabilité des résultats des études s'explique par les différences en matière de populations, de méthodes d'évaluation et d'échantillonnage^[34].

Aucun test diagnostique n'a encore été développé pour la dysmorphie musculaire. Par contre, des critères diagnostiques ont été élaborés par Pope et coll.^[33] afin de faciliter le dépistage (voir le tableau 1). Ceux-ci sont largement utilisés en clinique et en recherche^[24, 33]. **Il peut être difficile de déterminer si les hommes souffrent de dysmorphie musculaire puisqu'ils paraissent souvent en parfaite santé^[12]. Ils s'entraînent et surveillent leur alimentation, deux aspects qui sont couramment encouragés dans notre société.** Toutefois, la situation devient problématique lorsque l'entraînement et le gain de masse musculaire deviennent une obsession et que la préoccupation pour l'alimentation devient excessive. Certains ont même recours à des stéroïdes anabolisants ou à d'autres substances potentiellement dangereuses^[23, 36-39]. Les diverses sphères de la vie comme la famille, le réseau social et le travail sont alors perturbés^[22, 36-38].

Tableau 1. Critères diagnostiques de la dysmorphie musculaire selon Pope et coll.^[33]

A.	Préoccupation ou peur que le corps ne soit pas suffisamment mince et musclé.
B.	La préoccupation se manifeste par au moins deux des quatre critères suivants : <ol style="list-style-type: none"> 1. Abandons fréquents des activités sociales, professionnelles ou récréatives en réponse à un besoin compulsif de maintenir un programme strict d'activité physique ou alimentaire. 2. Évitement des situations dans lesquelles le corps risque d'être exposé ou alors ces situations sont vécues avec beaucoup de détresse ou d'anxiété. 3. Les préoccupations corporelles sont accompagnées d'une détresse cliniquement significative ou d'un dysfonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines. 4. Maintien des habitudes concernant l'activité physique, l'alimentation ou la prise de substances pour améliorer la performance en dépit des conséquences physiques ou psychologiques qui y sont associées.
C.	Les préoccupations et les comportements sont axés sur la peur de devenir trop petit ou d'être insuffisamment musclé (non sur la peur de prendre du poids comme dans l'anorexie) et ne sont pas axés sur un autre aspect de l'apparence physique (comme dans les autres dysmorphies corporelles).

Tableau 2. Principales qualités recherchées par les hommes chez les professionnels de la santé^[54]

1)	Approche franche, concise et directe
2)	Compétence démontrée
3)	Utilisation intelligente de l'humour
4)	Empathie
5)	Capacité à résoudre rapidement le problème (émettre le bon diagnostic ou diriger rapidement vers un spécialiste)

Parmi les conséquences observées, on note entre autres le surentraînement et le risque de blessures^[38, 39]. Cette condition d'ailleurs été associée à une plus faible qualité de vie et à des tentatives de suicide^[40, 41]. Les personnes tentativement à risque de développer de la dysmorphie musculaire sont celles qui s'adonnent à des activités comme l'entraînement physique (fitness) et le culturisme, les sportifs et ceux qui s'entraînent très fréquemment^[35, 36, 39, 42-46].

Les nutritionnistes, kinésologues et autres professionnels de la santé qui travaillent dans les centres de conditionnement physique doivent être à l'affût de ce trouble psychologique puisqu'ils sont bien placés pour le dépister. Pour ces professionnels de la santé, la principale difficulté consiste à convaincre les hommes souffrant de dysmorphie musculaire qu'ils ont besoin d'aide. Bien souvent, ils n'ont pas totalement conscience des risques à la fois physiques et psychologiques de leurs comportements obsessionnels^[37]. D'où l'importance de sensibiliser les professionnels de la santé aux symptômes caractéristiques de la

dysmorphie musculaire de façon à ce qu'ils puissent diriger ceux qui semblent à risque vers des professionnels spécialisés dans ce domaine^[34].

La pression des médias, aussi présente chez les hommes

Au cours des dernières années, l'idéal masculin a évolué vers un modèle de beauté difficilement atteignable. Cet idéal irréaliste étant de plus en plus véhiculé par les médias (par l'entremise de magazines, de vidéoclips, de la télévision, du cinéma ou encore de publicités de toutes sortes), les hommes y sont confrontés et développent conséquemment une insatisfaction corporelle^[22, 47, 48]. Comme pour les femmes, ce modèle considéré comme l'objectif à atteindre ne concorde aucunement avec la taille masculine moyenne^[49].

Cet accroissement de l'insatisfaction à l'égard de son image corporelle peut mener à des troubles alimentaires graves, ainsi qu'à d'autres troubles psychologiques (dépression, anxiété, etc.)^[22, 26, 27, 29, 50]. Or, exprimer un intérêt pour sa santé et parler de ses problèmes



iraient à l'encontre de l'idéal de masculinité véhiculé par la société selon un précepte occidental voulant qu'il s'agisse de comportements typiquement féminins^[21]. En effet, la référence en matière de masculinité qui prédomine dans notre société occidentale contemporaine (aussi appelée « masculinité hégémonique ») correspond à un homme blanc, hétérosexuel, de classe moyenne possédant des traits masculins stéréotypés, telles l'assurance, la force physique et l'absence d'émotions^[51]. Pour un homme qui adhère à ce modèle de masculinité, le fait de dévoiler ses problèmes de santé physique ou mentale plutôt que d'y faire face seul, surtout lorsqu'il s'agit de problèmes qualifiés de « féminins », représente un échec^[18]. Cette dynamique explique en partie le plus faible taux de consultations observé chez ces

derniers^[52]. Bien que les professionnels de la santé doivent en tenir compte, il est important de ne pas généraliser ce stéréotype à tous les patients masculins. Les manifestations de la masculinité sont multiples et évoluent dans le temps selon les sociétés et de façon individuelle^[53].

Le tableau 2 illustre les cinq principales qualités que les hommes recherchent chez les professionnels de la santé qu'ils consultent^[54].

Comment améliorer la situation ?

Il ne fait aucun doute que de plus amples études sur les troubles alimentaires chez les hommes sont nécessaires. Les études actuelles sont souvent confrontées à de faibles échantillonnages, parfois même à l'absence d'hommes en raison de leur nombre insuffisant, ce qui

limite sérieusement les connaissances en matière de pratiques exemplaires à adopter avec cette clientèle^[55].

Outre le besoin d'études supplémentaires, une restructuration des méthodes d'évaluation et de traitement est également souhaitable. Récemment, le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a modifié ses critères diagnostiques pour l'anorexie en supprimant notamment le critère de l'aménorrhée, non pertinent pour les hommes. Aussi, la détermination d'un faible poids tient maintenant compte du contexte de l'individu, de son âge et de son sexe^[23]. Toutefois, malgré ces modifications, les outils diagnostiques actuellement disponibles ne permettent pas encore de déterminer clairement les troubles alimentaires chez les hommes, notamment parce que les hommes et les femmes ne présentent généralement pas les mêmes préoccupations quant à leur image corporelle^[56-58]. **Alors que les femmes désirent être minces et se préoccupent de leur poids, les hommes souhaitent davantage augmenter leur masse musculaire afin d'obtenir un corps à la fois mince et musclé^[9].**

Bien que les diététistes/nutritionnistes ne puissent pas poser un diagnostic, certains outils diagnostiques peuvent être utiles pour soutenir leur jugement clinique afin de mieux cerner le profil de leur patient. Il faut toutefois savoir que, lors de l'évaluation, les hommes obtiennent des résultats différents de ceux des femmes du fait qu'ils ne partagent pas les mêmes préoccupations que les femmes en matière d'image corporelle. Or, certains professionnels de la santé risquent de minimiser la gravité du trouble chez leurs sujets masculins en raison de ces résultats obtenus au cours du dépistage. **Comme le diagnostic est une étape cruciale dans la prise en charge de ces patients, des outils adaptés à la réalité des hommes doivent être développés^[9].**

Il en va de même pour les traitements, actuellement conçus pour une clientèle féminine, et qui ne correspondent souvent pas à la réalité et aux besoins des hommes. Par exemple, les thérapies de groupe sont peu efficaces lorsqu'il s'agit de groupes mixtes, les hommes étant moins ouverts à s'exprimer librement^[17].

Somme toute, puisqu'il est impératif de détecter les troubles alimentaires de façon précoce, les professionnels de la santé jouent un rôle clé dans le dépistage des symptômes^[12]. Médecins, nutritionnistes, psychologues, kinésologues et entraîneurs sportifs doivent mieux connaître les signes et les symptômes de ces

troubles, mais surtout, reconnaître que les hommes peuvent très bien en être affectés. D'ailleurs, les recherches sont éloquentes à ce sujet : le besoin de sensibilisation chez les professionnels de la santé concernant cette problématique est criant. ProFIL, le Centre de référence pour professionnels sur les troubles de l'alimentation et de l'image corporelle au masculin, a été créé pour répondre à ce besoin important. Sa mission est de sensibiliser et d'outiller les professionnels de la santé à cette problématique, notamment à l'aide d'articles basés sur des données probantes et de vidéos réalisées en collaboration avec des experts dans le domaine. Vous êtes invités à consulter le site Web (www.prof-il.org) afin d'en apprendre davantage sur le sujet. ■

Références

1. A. MACLEAN et coll. « "It's not healthy and it's decidedly not masculine": a media analysis of UK newspaper representations of eating disorders in males ». *BMJ Open*, 2015. 5(5): p. e007468.
2. S.T. GREENBERG et E.G. SCHOEN. « Males and eating disorders: Gender-based therapy for eating disorder recovery ». *Professional Psychology: Research and Practice*, 2008. 39(4): p. 464-471.
3. K.J. ROBINSON, V.A. MOUNTFORD et D.J. SPERLINGER. « Being men with eating disorders: perspectives of male eating disorder service-users ». *J Health Psychol*, 2013. 18(2): p. 176-86.
4. B. WOODSIDE et coll. « Comparisons of Men With Full or Partial Eating Disorders, Men Without Eating Disorders, and Women With Eating Disorders in the Community ». *Am J Psychiatry*, 2001. 158: p. 570-574.
5. S.K. O'HARA et K.C. SMITH. « Presentation of eating disorders in the news media: What are the implications for patient diagnosis and treatment? ». *Patient Education and Counseling*, 2007. 68(1): p. 43-51.
6. A. DEARDEN et K.E. MULGREW. « Service Provision for Men with Eating Issues in Australia: An Analysis of Organisations', Practitioners', and Men's Experiences ». *Australian Social Work*, 2013. 66(4): p. 590-606.
7. P. THAPLIVAL et P.J. HAY. « Treatment experiences of males with an eating disorder: a systematic review of qualitative studies ». *Translational Developmental Psychiatry*, 2014. 2.
8. T. BJÖRK, K. WALLIN, and G. PETERSEN. « Male experiences of life after recovery from an eating disorder ». *Eating disorders*, 2012. 20(5): p. 460-468.
9. S.C. STANDFORD et R. LEMBERG. « A clinical comparison of men and women on the eating disorder inventory-3 (EDI-3) and the eating disorder assessment for men (EDAM) ». *Eating Disorders*, 2012. 20(5): p. 379-94.
10. R. COLLIER. « Gender perceptions on eating disorders slow to change ». *CMAJ*, 2013. 185(3): p. E151-2.
11. E. STROTHER et coll. « Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood ». *Eating Disorders*, 2012. 20(5): p. 346-55.
12. S. GRIFFITHS, S.B. MURRAY et S. TOUYZ. « Keeping pace with the growing problem of male eating disorders ». *Medicine Today*, 2015. 16(5): p. 63-65.
13. D.L. FRANKO et coll. « Racial/ethnic differences in adults in randomized clinical trials of binge eating disorder ». *J Consult Clin Psychol*, 2012. 80(2): p. 186-95.
14. D.L. REAS et K. STEDAL. « Eating disorders in men aged midlife and beyond ». *Maturitas*, 2015. 81(2): p. 248-255.
15. D. MITCHISON et coll. « The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community ». *BMC Public Health*, 2014. 14(1): p. 943.
16. ÉQUILIBRE. « Poids, image corporelle et habitudes de vie : les différences entre les hommes et les femmes » – Étude réalisée par SOM pour le compte d'Équilibre. 2013 [cité le 18 octobre 2014; Internet : <http://www.equilibre.ca/salle-de-presse/actualites/article/2013/01/cahier-special-les-differences-entre-les-hommes-et-les-femmes/>].
17. R. COLLIER. « Treatment challenges for men with eating disorders ». *CMAJ*, 2013. 185(3): p. E137-8.
18. N. CHARLES et V. WALTERS. « "Men are leavers alone and women are worriers": Gender differences in discourses of health ». *Health, Risk & Society*, 2008. 10(2): p. 117-132.
19. P.M. GALDAS, F. CHEATER et P. MARSHALL. « Men and health help-seeking behaviour: literature review ». *Journal of Advanced Nursing*, 2005. 49(6): p. 616-623.
20. J. BUCKLEY et S. Ó TUAMA. « "I send the wife to the doctor" – Men's behaviour as health consumers ». *International Journal of Consumer Studies*, 2010. 34(5): p. 587-595.
21. J.L. OLIFFE et M.J. PHILLIPS. « Men, depression and masculinities: A review and recommendations ». *Journal of Men's Health*, 2008. 5(3): p. 194-202.
22. H.G. POPE, K.A. PHILLIPS et R. OLIVARDIA. *The Adonis Complex: How to Identify, Treat, and Prevent Body Obsession in Men and Boys*. 2000: Touchstone. 286 pages.
23. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-V)*. Fifth ed, ed. A.p. publisher. 2013: Washington DC.
24. J.E. NIEUWOUDT et coll. « Muscle dysmorphia: Current research and potential classification as a disorder ». *Psychology of Sport and Exercise*, 2012. 13(5): p. 569-577.
25. J. OGDEN. *Body Dissatisfaction, in The Psychology of Eating: from Healthy to Disordered Eating*. 2003, Blackwell Publishing: Malden. p. 302.
26. G.H. ADAMS, H. TURNER et R. BUCKS. « The experience of body dissatisfaction in men ». *Body Image*, 2005. 2(3): p. 271-283.
27. A. J. BLASHILL. « Gender roles, eating pathology, and body dissatisfaction in men: a meta-analysis ». *Body Image*, 2011. 8(1): p. 1-11.
28. A. BLOND. « Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review ». *Body Image*, 2008. 5(3): p. 244-250.
29. G. CAFRI et J.K. THOMPSON. « Measuring Male Body Image: A Review of the Current Methodology ». *Psychology of Men & Masculinity*, 2004. 5(1): p. 18-29.
30. S. GROGAN et H. RICHARDS. « Body Image: Focus Groups with Boys and Men ». *Men and Masculinities*, 2002. 4(3): p. 219-232.
31. S.K. MURNEN. « Gender and Body Images », in T.F. Cash and L. Smolak. *Body Image : a Handbook of Science, Practice and Prevention*, Editors. 2011, The Guilford Press: New York. p. 173-179.
32. M.C. PARENT. « Clinical considerations in etiology, assessment, and treatment of men's muscularity-focused body image disturbance ». *Psychology of Men & Masculinity*, 2013. 14(1): p. 88-100.
33. H.G. POPE et coll. « Muscle dysmorphia: An under-recognized form of body dysmorphic disorder ». *Psychosomatics*, 1997. 38(6): p. 548-557.
34. J. E NIEUWOUDT et coll. « Symptoms of Muscle Dysmorphia, Body Dysmorphic Disorder, and Eating Disorders in a Nonclinical Population of Adult Male Weightlifters in Australia ». *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 2015. 29(5): p. 1406-1414.
35. V. HITZEROTH et coll. « Muscle dysmorphia: a South African sample ». *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2001. 55(5): p. 521-523.
36. N. CONTESINI et coll. « Nutritional strategies of physically active subjects with muscle dysmorphia ». *International Archives of Medicine*, 2013. 6(25): p. 1-6.
37. J.E. LEONE, E.J. SEDORY et K.A. GRAY. « Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders ». *Journal of Athletic Training*, 2005. 40(4): p. 352-359.
38. MOSLEY P.E. « Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia ». *Eur Eat Disord Rev*, 2009. 17(3): p. 191-8.
39. M.T. SUFFOLK et coll. « Muscle dysmorphia: methodological issues, implications for research ». *Eating Disorders*, 2013. 21(5): p. 437-57.
40. G. CAFRI, R. OLIVARDIA et J.K. THOMPSON. « Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia ». *Comprehensive Psychiatry*, 2008. 49(4): p. 374-379.
41. C.G. POPE et coll. « Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder ». *Body Image*, 2005. 2(4): p. 395-400.
42. M. CONNER et S. GROGAN. « Gender, sexuality, body image and eating behaviours ». *J Health Psychol*, 2004. 9(4): p. 505-15.
43. K.M. SKEMP et coll. « Muscle dysmorphia: risk may be influenced by goals of the weightlifter ». *J Strength Cond Res*, 2013. 27(9): p. 2427-2432.
44. T. BAGHURST et C. LIRGG. « Characteristics of muscle dysmorphia in male football, weight training, and competitive natural and non-natural bodybuilding samples ». *Body Image*, 2009. 6(3): p. 221-227.
45. J.C. GIARDINO et M.E. PROCIDANO. « Muscle dysmorphia symptomatology: A cross-cultural study in Mexico and the United States ». *International Journal of Men's Health*, 2012. 11(1).
46. T. HILDEBRANDT et coll. « Presence of muscle dysmorphia symptomatology among male weightlifters ». *Comprehensive Psychiatry*, 2006. 47(2): p. 127-135.
47. GARNER D. « The 1997 body image survey results ». *Psychology Today*, 1997. 1(Jan-Feb): p. 30-84.
48. R.A. LEIT, J.J. GRAY et H.G. POPE. « The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia? ». *International Journal of Eating Disorders*, 2002. 31(3): p. 334-338.
49. M.P. MCCABE, K. BUTLER et C. WATT. « Media influences on attitudes and perceptions toward the body among adult men and women ». *Journal of applied behavioral research*, 2007. 12(2): p. 101-118.
50. T.F. CASH et coll. « How Has Body Image Changed? A Cross-Sectional Investigation of College Women and Men From 1983 to 2001 ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004. 72(6): p. 1081-1089.
51. J. EVANS et coll. « Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health ». *Journal of Men's Health*, 2011. 8(1): p. 7-15.
52. J.L. BERGER et coll. « Men's reactions to mental health labels, forms of help-seeking, and sources of help-seeking advice ». *Psychology of Men & Masculinity*, 2013. 14(4): p. 433.
53. W.H. COURTENAY. « Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health ». *Social Science & Medicine*, 2000. 50: p. 1385-1401.
54. J.A. SMITH et coll. « Qualities men value when communicating with general practitioners: implications for primary care settings ». *Medical Journal of Australia*, 2008. 189(11-12): p. 618-621.
55. A. ANDERSEN. « A brief history of eating disorders in males », in L. Cohn and R. Lemberg : *Current findings on eating disorders in males*, Editors. Routledge: New York, 2014.
56. D.M. GARNER. *Eating disorder Inventory-3: Professional manual*. Lutz: Psychological Assessment Resources, Inc. 2004.
57. T.L. TYLKA et L.M. SUBICH. « A Preliminary Investigation of the Eating Disorder Continuum With Men ». *Journal of counseling psychology*, 2002. 49(2): p. 273-279.
58. D.R. MCCREARY et D.K. SASSE. « An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls ». *J Am Coll Health*, 2000. 48(6): p. 297-304.

TREKKING EN ALTITUDE : INFLUENCE SUR LE MÉTABOLISME ÉNERGÉTIQUE ET ASTUCES NUTRITIONNELLES

Alexandra Pépin et Pascal Imbeault, Ph. D.

Unité de recherche sur le comportement et le métabolisme, École des sciences de l'activité physique,
Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa



INTRODUCTION

Gagnant en popularité au fil des années, de nombreux voyageurs munis de sacs à dos se dirigent vers des destinations telles que le Népal, le Pérou ou la Tanzanie afin de participer à un trek. Le trekking en altitude expose l'humain à un environnement hypoxique, c'est-à-dire un contexte où la capacité de diffusion de l'oxygène de l'air jusqu'au sang par l'entremise des poumons est restreinte^[1]. L'oxygène est essentiel à l'humain pour assurer la production d'énergie. Une diminution de la livraison de l'oxygène en haute altitude engendre des

adaptations importantes du métabolisme énergétique. Cet article fait état des effets de l'hypoxie aiguë sur le métabolisme énergétique. Un regard particulier est posé sur les effets d'une exposition aiguë à l'altitude sur l'apport et la dépense énergétique chez l'humain. L'altitude est classée selon différents niveaux sur la base de ses effets physiologiques. L'altitude est dite au niveau de la mer entre 0-500 mètres (m); faible entre 500-2000 m au-dessus du niveau de la mer; modérée lorsqu'au-dessus de 2000-3000 m du niveau de la mer; haute lorsqu'au-dessus de 3000-5500 m et extrême

à 5500 m et plus au niveau de la mer^[2]. Nous nous attardons aux effets d'une exposition à la haute altitude considérant que les maux liés à cette altitude sont cliniquement significatifs et que la performance physique est considérablement réduite en comparaison à celle observée à une altitude faible ou modérée. Certaines recommandations nutritionnelles sont finalement proposées pour les futurs randonneurs en haute altitude.

HYPOXIE ET ALTITUDE

La concentration en oxygène de l'air ambiant au niveau de la mer, tout comme en altitude, avoisine 21 %. Toutefois, plus on s'élève en altitude, plus la pression atmosphérique diminue occasionnant par le fait même une baisse de la pression partielle en oxygène ; ceci ayant pour effet de diminuer la densité de l'air que l'on respire^[1, 3-5]. Ainsi, pour le même volume d'air inspiré, il y aura moins de molécules d'oxygène disponible en altitude comparativement au niveau de la mer. **Par conséquent, cette situation diminue la quantité de molécules d'oxygène pouvant se lier à l'hémoglobine, le transporteur de l'oxygène dans le sang. Une quantité réduite d'oxygène dans le sang (ou hypoxémie) entraînera diverses réponses physiologiques et métaboliques de l'organisme**^[3, 4, 6].

RÉPONSES PHYSIOLOGIQUES ET MÉTABOLIQUES À UN ENVIRONNEMENT HYPOXIQUE

Une des premières réponses physiologiques observées lors d'une exposition à l'altitude est une augmentation de la **ventilation pulmonaire**, processus par lequel l'air entre et sort des poumons. Cette hausse de la ventilation pulmonaire est déclenchée à une altitude d'environ 3000 mètres et augmente proportionnellement à la réduction de l'oxygène inspiré^[7]. Parallèlement, le rythme cardiaque augmente afin d'accélérer le débit de distribution de l'oxygène aux tissus et organes^[3, 4].

Sous des conditions hypoxiques, certaines voies métaboliques sont davantage sollicitées pour soutenir la demande énergétique. **Une exposition aiguë à l'hypoxie stimule l'utilisation des glucides par l'intermédiaire de la glycolyse rapide (glycolyse anaéro-bique)**, processus par lequel le glucose est dégradé au niveau du cytosol des cellules sans l'intermédiaire de l'oxygène et menant à la production de deux molécules d'adénosine triphosphate (ATP) par molécule de glucose utilisée^[6, 8-11]. Cette voie métabolique est utilisée par l'organisme au détriment de la **phosphorylation oxydative**, soit la dégradation des sous-produits de la glycolyse au niveau des mitochondries de la cellule, laquelle nécessite la présence d'oxygène et qui génère 36 à 38 ATP par molécule de glucose dégradée^[6, 8-11]. Puisque la glycolyse rapide génère moins d'ATP par molécule de glucose, l'utilisation préférentielle de cette voie métabolique lors d'une exposition aiguë à l'altitude induira ainsi une déplétion plus rapide du glycogène, soit la réserve de glucose de l'organisme. **Il convient**

également de noter que l'utilisation préférentielle des glucides lors d'une exposition aiguë à l'altitude s'effectue au détriment de l'utilisation des acides gras^[8, 11-13]. Ceci s'explique par le fait que plus d'oxygène est requis pour l'oxydation des acides gras que pour celle des dérivés du glucose^[12]. Ainsi, plus de molécules d'ATP peuvent être formées par molécule d'oxygène lors de l'oxydation des glucides en comparaison aux lipides^[12].

LA PERTE DE POIDS AU COURS D'UNE AVENTURE EN ALTITUDE

La perte pondérable est davantage observée à des altitudes au-dessus de 3000 m du niveau de la mer. Outre l'inaccessibilité à la nourriture ou aux liquides, cette perte pondérale peut être causée par divers facteurs telles l'augmentation du niveau d'activité physique, l'anorexie et l'augmentation du métabolisme de repos^[14].

Altitude et dépense énergétique liée à l'activité physique

Bien qu'en altitude la perception de l'effort pour une tâche donnée soit généralement plus élevée, la dépense énergétique induite par une tâche physique en altitude est similaire que lorsque pratiquée au niveau de la mer. Ainsi, la dépense énergétique liée à la pratique d'activité physique est augmentée en fonction de l'augmentation du niveau d'activité physique conséquente au trekking. La dépense énergétique liée à l'activité physique mesurée auprès d'individus ayant effectué une période d'entraînement dans les Alpes (2500-4800 m) est comparable à celle d'un individu qui pratique un sport d'endurance de haut niveau^[5]. Le grand défi du randonneur sera donc de pallier cette dépense énergétique avec un apport énergétique suffisant.

Altitude et apport énergétique

La perte d'appétit est communément observée en altitude. À des altitudes en deçà de 4500 m, l'appétit revient à la normale après quelques jours^[15]. À des altitudes extrêmes, c'est-à-dire au-delà de 5500 m, la perte d'appétit persiste et peut s'accroître tout au cours du séjour rendant le maintien du poids excessivement difficile, voire quasi impossible^[3, 5, 16-19]. La diminution de l'apport énergétique observée en haute altitude est donc un déterminant majeur de la perte de poids. Plusieurs causes peuvent être reliées à ce phénomène, la principale serait l'**anorexie** occasionnée simplement par la haute altitude ou par le **mal des montagnes** (Acute mountain sickness)^[3, 16, 17, 20]. L'apport calorifique quotidien des randonneurs lors

d'un trek aurait tendance à se situer bien en deçà des recommandations. En effet, celui-ci semble combler seulement 50 à 70 % de leurs besoins quotidiens en énergie^[3, 5, 16, 18]. En ce qui a trait au mal des montagnes, celui-ci comporte plusieurs symptômes non spécifiques se manifestant dans les 6 à 24 premières heures d'exposition en haute altitude comme des maux de tête, des nausées, des vomissements, une anorexie, de la fatigue, des étourdissements et de l'insomnie^[3, 4]. À ce jour, les facteurs pouvant prédisposer un individu au mal des montagnes demeurent inconnus. Une stratégie bien connue pour éviter l'apparition du mal des montagnes consiste à effectuer une ascension progressive en altitude^[3, 4, 21]. Il est également possible d'utiliser l'acétazolamide, un médicament préventif, sur ordonnance, pour le mal des montagnes^[3, 4, 21]. Il convient de mentionner que l'acétazolamide est un diurétique banni par l'agence mondiale antidopage et ne devrait donc pas être pris par l'individu sous le suivi d'un programme antidopage^[22].

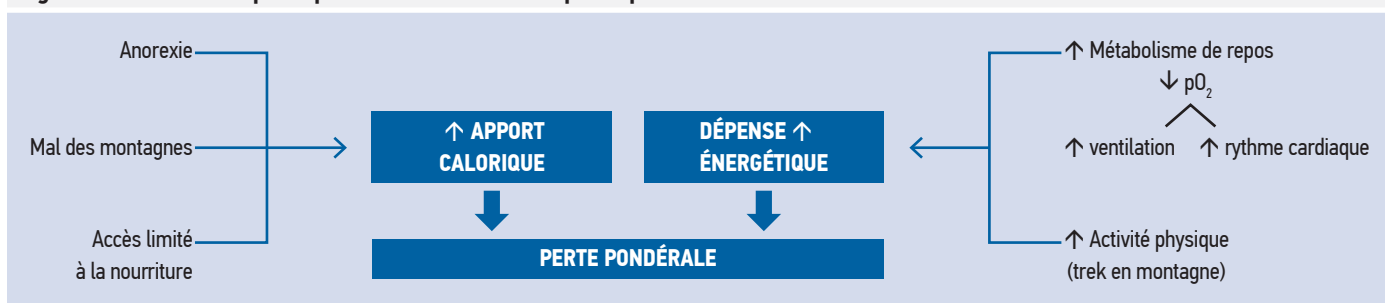
Métabolisme de repos en altitude

Le métabolisme de repos en altitude peut augmenter de l'ordre de 5 à 25 % en comparaison aux valeurs mesurées au niveau de la mer^[3, 19]. L'augmentation du métabolisme de repos en altitude est plus importante lors des premiers jours d'exposition à la haute altitude comparativement après une dizaine de jours. Malgré cette baisse observée après une certaine période en haute altitude, le métabolisme de repos en altitude demeure tout de même plus élevé en comparaison à la mesure effectuée au niveau de la mer.

Altitude et perte de poids

Une diminution des réserves adipeuses, mais aussi une perte de la masse musculaire est observée lors d'un séjour en haute altitude^[3, 5, 16]. Une récente revue de la littérature portant sur les effets de la haute altitude sur la composition corporelle rapporte qu'environ 50,5 % de la perte de poids induite lors d'une expédition en haute altitude est expliquée par la perte de masse musculaire^[17]. Néanmoins, d'autres études démontrent que la perte de masse musculaire peut représenter jusqu'à 60 à 70 % de la perte de poids en altitude, comparativement au niveau de la mer où la perte de masse grasse a une proportion plus importante^[5, 16]. Cette perte notable de masse musculaire peut mener à la fatigue, à une augmentation du risque de blessures, à une altération du système immunitaire et à une diminution des performances physiques^[17].

Figure 1. Causes de la perte pondérale des individus participant à un trek en haute altitude



En raison des influences métaboliques considérables qu'engendre l'hypoxie lors d'un trek en haute altitude, certaines recommandations nutritionnelles peuvent être mises de l'avant pour satisfaire les besoins de l'organisme.

RECOMMANDATIONS NUTRITIONNELLES

Comme mentionnés précédemment, les **glucides** représentent la principale source d'énergie utilisée par l'organisme en haute altitude^[8, 11-13]. Par conséquent, il s'avère important d'assurer un apport en glucides complexes visant au moins 60 % de l'apport calorique total afin de maximiser les réserves de glycogène^[21]. Ainsi, 7 à 10 g de glucides/kg de poids/jour sont recommandés, ceci équivalant aux recommandations nutritionnelles pour les athlètes en période d'entraînement intensif^[23]. Il faut se rappeler que la composition des substrats énergétiques utilisés par l'organisme varie selon l'état nutritionnel. Les substrats énergétiques utilisés affectent peu la consommation d'oxygène, mais surtout la production de dioxyde de carbone (CO₂)^[24]. Il est bien établi que le métabolisme des glucides libère plus de CO₂ dans le sang comparativement aux protéines et aux lipides^[24]. À cet égard, certaines études suggèrent qu'une augmentation de la ventilation consécutive à l'utilisation de glucides accroît la saturation artérielle en oxygène (S_aO₂) d'environ 4 % en condition hypoxique aiguë^[25, 26]. Cette augmentation de la S_aO₂ pourrait améliorer la tolérance à l'hypoxie en augmentant l'approvisionnement des tissus en oxygène^[26, 27]. Afin de répondre aux besoins énergétiques élevés et favoriser l'hydratation en condition d'anorexie engendrée par l'altitude, la supplémentation en glucides sous forme liquide peut aussi être envisagée. En effet, la supplémentation en glucides (100 g/L), sous forme de maltodextrine en dilution dans l'eau, représente une option intéressante nécessitant peu d'espace dans le sac à dos. Cette supplémentation diminuerait

la perception de l'effort et augmenterait la performance sportive lors d'une exposition prolongée en altitude^[28].

Considérant la perte de masse musculaire importante associée à la perte pondérale lors d'un trek en altitude, est-ce qu'un apport en **protéines** plus élevé que la normale serait justifié ? Une récente revue systématique concluait qu'une consommation en protéines excédant les apports nutritionnels recommandés de 0,8 g/kg de poids par jour^[29], n'entraîne pas d'effet significatif sur la prévention de la perte de masse musculaire observée lors d'un séjour en haute altitude dans des conditions où l'apport énergétique n'est pas restreint^[17]. Néanmoins, certaines évidences indiquent qu'un apport en protéines équivalant au double des apports nutritionnels recommandés, soit de 1,6 g/kg de poids, parvient à augmenter le bilan azoté des individus soumis à des restrictions énergétiques^[17]. Comme mentionné précédemment, l'anorexie occasionnée par l'altitude entrave l'atteinte d'un apport calorique souhaitable, conduisant ainsi à la perte pondérale. Il est donc justifié de recommander un apport en protéines de 1,6 g/kg de poids aux individus souhaitant participer à un trek en condition d'altitude. Comme les protéines ont des propriétés rassasiantes non négligeables, une consommation excédant les recommandations pourrait cependant compromettre la consommation de glucides. Conséquemment, ceci pourrait affecter négativement la synthèse des réserves en glycogène, atténuant ainsi la performance physique de l'individu en altitude^[14]. En revanche, la prise d'un supplément d'acides aminés ramifiés, plus particulièrement de leucine, pourrait parvenir à augmenter la synthèse de protéines musculaires, dans l'objectif d'amoindrir la fonte de masse musculaire en haute altitude tout en n'augmentant pas la satiété de façon importante^[17]. Ainsi, il serait pertinent de suggérer la prise d'un supplément de lactosérum enrichi de leucine considérant que ce type de supplément possède une valeur

nutritionnelle intéressante pour le maintien du poids et de la masse musculaire lors d'une expédition en altitude. D'autant plus que le lactosérum enrichi de leucine sous forme de poudre est pratique puisqu'il occupe peu de place dans un bagage limité. De futurs travaux seront toutefois nécessaires pour établir des recommandations précises quant aux quantités d'acides aminés ramifiés requis pour la prévention de la perte de masse musculaire en haute altitude.

Puisque les **lipides** ont une densité énergétique supérieure aux autres macronutriments, ceux-ci peuvent contrer plus facilement la dépense énergétique élevée associée à un trek. La consommation de lipides durant le trek ne doit donc pas être négligée, d'autant plus que les aliments riches en matières grasses occupent moins d'espace dans un bagage qui se veut minimaliste. Somme toute, il est essentiel d'assurer un apport en macronutriments qui réponde aux besoins énergétiques du randonneur pour pallier les changements métaboliques induits par l'altitude et ainsi prévenir une perte pondérale considérable.

En ce qui a trait aux vitamines et minéraux, il est important que le randonneur ait, avant son départ en haute altitude, des valeurs sanguines normales, notamment en ce qui concerne le fer vu son importance dans le processus de production des érythrocytes qui est mis à contribution lors d'une exposition à l'altitude. À moins de présenter une carence, une supplémentation ne s'avère pas nécessaire, car les aliments suffiront à combler les besoins en micronutriments^[21].

Finalement, il est primordial d'assurer une hydratation adéquate tout au long de la randonnée afin de couvrir les besoins en liquides ainsi que les pertes hydriques causées par la sueur et les variations de température. Un apport en liquides de 3 à 5 litres par jour est recommandé sous forme d'eau enrichie d'électrolytes, de boissons pour sportifs, de soupes, de boissons chaudes, etc.

CONCLUSION

Comme la pression partielle en oxygène dans l'air diminue avec l'altitude, un trek en haute altitude peut engendrer l'hypoxémie. Cet environnement entraîne diverses réponses physiologiques et métaboliques qui entraînent l'organisme à puiser abondamment dans ses réserves de glycogène. Une autre conséquence d'un séjour en haute altitude est la perte pondérale quasi inévitable provoquée principalement par une forme d'anorexie ainsi qu'une augmentation du métabolisme de repos et d'autres potentiels facteurs comme la **figure 1 l'illustre**. En dépit du peu de connaissances actuelles quant aux recommandations nutritionnelles spécifiques au trekking, il semble pertinent de mettre l'accent sur l'apport en glucides afin de répondre aux besoins accrus de l'organisme qui les utilise comme principale source d'énergie en altitude. De plus, des aliments à densité énergétique élevée doivent être préconisés en vue de prévenir une perte de poids importante et un apport adéquat en protéines favorisera la prévention d'une perte importante de masse musculaire.

De toute évidence, des recherches scientifiques supplémentaires portant sur la nutrition en altitude est souhaitable afin d'en venir à l'élaboration de recommandations nutritionnelles plus adaptées et plus précises. ■

Références

1. J. MAGALHÃES, A. ASCENSÃO, J.M.C. SOARES et coll. « Acute and severe hypobaric hypoxia-induced muscle oxidative stress in mice: the role of glutathione against oxidative damage », *European Journal of Applied Physiology*, vol. 91, no 2-3, 2004, p. 185-191.
2. P. BÄRTSCH, B. SALTIN et J. DVORAK. « Consensus statement on playing football at different altitude », *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, vol. 18, no 1, 2008, p. 96-99.
3. J.B. WEST, R.B. SCHOENE, A. LUKS, J.S. MILLEDGE. *High Altitude Medicine and Physiology*, Boca Raton, CRC Press, 2013, 961 p.
4. T.F. HORNBEIN et R.B. SCHOENE. *Lung Biology in Health and Disease : High Altitude : An Exploration of Human Adaptation*. New York, Marcel Dekker, 2001, 982 p.
5. K.R. WESTERTER, B. KAYSER, F. BROUNS, J.P. HERRY et W.H. SARIS. « Energy expenditure climbing Mt. Everest ». *Journal of Applied Physiology*, vol. 73, no 5, 1992, p. 1815-1819.
6. I. PAPANDREOU, R. CAIRNS, L. FONTANA, A.L. LIM et N.C. DENKO. « HIF-1 mediates adaptation to hypoxia by actively downregulating mitochondrial oxygen consumption ». *Cell Metabolism*, vol. 3, no 3, 2006, p.187-197.
7. H. RAHN et B. OTIS. « Man's respiratory response during acclimatization to high altitude ». *Federation Proceedings*, vol. 7, 1948, p. 96.
8. G.E. BROOKS et coll. « Increased dependence on blood glucose after acclimatization to 4,300 m ». *Journal of Applied Physiology*, vol. 70, no 2, 1991, p. 919-927.
9. R.L. GE et coll. « Metabolic aspects of high-altitude adaptation in Tibetans ». *Experimental Physiology*, 2015.
10. J.W. KIM, I. TCHERNYSHYOV, G.L. SEMENZA, et C.V. DANG. « HIF-1-mediated expression of pyruvate dehydrogenase kinase: A metabolic switch required for cellular adaptation to hypoxia ». *Cell Metabolism*, vol. 3, no 3, 2006, p. 177-185.
11. P. TRAYHURN. « Hypoxia and adipose tissue function and dysfunction in obesity ». *Physiological Reviews*, vol. 93, no 1, p. 1-21.
12. J.E. HOLDEN et coll. « Enhanced cardiac metabolism of plasma glucose in high-altitude natives: adaptation against chronic hypoxia ». *Journal of Applied Physiology*, vol. 79, no 1, 1995, p. 222-228.
13. K. KATAYAMA, K. GOTO, K. ISHIDA et F. OGITA. « Substrate utilization during exercise and recovery at moderate altitude ». *Metabolism: Clinical and Experimental*, vol. 59, no 7, 2010, p. 959-966.
14. K.R. WESTERTER et P.B. KAYSER. « Body mass regulation at altitude ». *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, vol. 18, no 1, 2006, p. 1-3.
15. C.F. CONSOLAZIO, L.O. MATOUSH, H.L. JOHNSON, et TA. DAWS. « Protein and Water Balances of Young Adults during Prolonged to High Altitude (4,300 Meters) ». *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 21, no 2, 1968, p. 154-161.
16. F. ARMELLINI, M. ZAMBONI, R. ROBBI et coll. « The effects of high altitude trekking on body composition and resting metabolic rate ». *Hormone and Metabolic Research*, vol. 29, no 9, 1997, p. 458-461.
17. S.L. WING-GAIA. « Nutritional strategies for the preservation of fat free mass at high altitude ». *Nutrients*, vol. 6, no 2, 2014, p. 665-681.
18. R.D. REYNOLDS, J. LICKTEIG, P. DEUSTER et coll. « Energy metabolism increases and regional body fat decreases while regional muscle mass is spared in humans climbing Mt. Everest ». *The Journal of Nutrition*, vol. 129, no 7, 1999, p. 1307-1314.
19. G. BUTTERFIELD et J. GATES. « Increased energy intake minimizes weight loss in men at high altitude ». *Journal of Applied Physiology*, 1992, p. 1741-1748.
20. N. HAMAD et S.P.L. TRAVIS. « Weight loss at high altitude: pathophysiology and practical implications », *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, vol. 18, no 1, 2006, p. 5-10.
21. A.L. FRIEDLANDER, B. BRAUN et J. MARQUEZ. « Making molehills out of mountains: Maintaining high performance at altitude », *ACSM's Health and Fitness Journal*, vol. 12, no 6, 2008, p.15-21.
22. M.S. KOEHLER, I. CHENG et B. SPORER. « Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine position statement: athletes at high altitude », *Clinical Journal of Sport Medicine*, vol. 24, no 2, 2014, p. 120-127.
23. L.M. BURKE, G.R. COX, N.K. CULMINGS et B. DESBROW. « Guidelines for daily carbohydrate intake: do athletes achieve them? ». *Sports Medicine*, vol. 31, no 4, 2001, p. 267-299.
24. E. FERRANNINI. « The theoretical bases of indirect calorimetry: a review ». *Metabolism : Clinical and Experimental*, vol. 37, no 3, 1988, p. 287-301.
25. K. CHARLOT, A. PICHON, J.P. RICHALET et D. CHAPELOT. « Effects of a high-carbohydrate versus high-protein meal on acute responses to hypoxia at rest and exercise ». *European Journal of Applied Physiology*, vol. 113, no 3, 2013, p. 691-702.
26. P. GOLJA, P. FLANDER, M. KLEMENC, J. MAVER et T. PRINCI. « Carbohydrate ingestion improves oxygen delivery in acute hypoxia ». *High Altitude Medicine & Biology*, vol. 9, no 1, 2008, p. 53-62.
27. N. LAWLESS, T. DILLARD, K. TORRINGTON, Q. DAVIS et G. KAMIMORI. « Improvement in hypoxemia at 4600 meters of simulated altitude with carbohydrates ingestion ». *Aviation, Space and Environmental Medicine*, vol. 70, no 9, 1999, p. 874-878.
28. S.J. OLIVER, P. GOLJA et J.H. MACDONALD. « Carbohydrate Supplementation and Exercise Performance at High Altitude: A Randomized Controlled Trial ». *High Altitude Medicine & Biology*, vol. 13, no 1, 2012, p. 22-31.
29. SANTÉ CANADA. *Apports nutritionnels de référence*, 2010, 13 p.

L'ART DE BIEN DIRIGER VERS UN TIERS



La collaboration entre divers professionnels permet de conjuguer diverses compétences. Les avantages de l'interdisciplinarité ne sont pas exclusifs à la pratique en établissement public ; les personnes qui exercent dans le secteur privé peuvent également en bénéficier. Dans le souci d'assurer de bons services à un client, il arrive que des diététistes/nutritionnistes dirigent leurs clients vers d'autres personnes, et ce, à la lumière des problèmes ou conditions ressortant de l'évaluation nutritionnelle ou des questions posées par les clients. Bien qu'il soit permis d'adresser ses clients à d'autres personnes, le tout doit être fait en respectant les obligations déontologiques.

Maître Janick Perreault, Ad.E., Dt.P., LL.B., LL.M.*

L'obligation de diriger vers un autre professionnel

Dans le domaine de la santé, la condition d'un client nécessite souvent que plus d'un professionnel doive intervenir et le traiter. C'est pourquoi l'exercice d'une profession doit faire place à la complémentarité et à l'interdisciplinarité. D'ailleurs, en tout temps, le diététiste/nutritionniste doit reconnaître le droit du client de consulter un confrère, un membre d'un autre ordre professionnel ou une autre personne compétente^[1].

Dans l'exercice de sa profession, le diététiste/nutritionniste doit tenir compte des limites de ses capacités et connaissances et des moyens à sa disposition^[2], ce qui peut l'emmener à diriger un client vers d'autres professionnels ou d'autres personnes compétentes. C'est d'ailleurs une obligation déontologique. En effet, si l'intérêt du client l'exige, le diététiste/nutritionniste doit non seulement consulter, mais aussi le diriger vers un confrère, un membre d'un autre ordre professionnel ou une autre personne compétente^[3].

Le choix du professionnel

Dans le contexte actuel du domaine de la santé, et surtout en matière de services privés, plusieurs personnes offrent des services alors qu'ils n'ont pas le statut de « professionnel » au

sens du Code des professions^[4]. Il y a une forte croissance de l'offre de produits et services dans le secteur privé de même qu'une plus grande utilisation de ceux-ci par la population québécoise. Il ne faut pas diriger vers une personne qui pourrait contrevenir au Code des professions par des services qui constituent en réalité l'exercice illégal d'une profession^[5] ou d'activités réservées^[6].

Malgré une obligation de diriger un client vers une autre personne dans certains cas, il ne s'agit pas de référer à n'importe qui. Une recommandation peut viser un professionnel, que ce soit un confrère, une consœur ou un membre d'un autre ordre professionnel. Mais, ce peut aussi être une autre personne non assujettie à une réglementation. Dans un tel cas, il doit néanmoins s'agir d'une personne « compétente » et non pas d'un charlatan^[7] qui n'a pas de rigueur scientifique et qui promet de tout guérir.

Il existe une obligation déontologique d'établir une relation de confiance avec son client^[8]. Or, en raison de la relation de confiance entre le client et le diététiste/nutritionniste, toute demande de consultation par ce dernier peut être interprétée par le client comme marqué d'un « sceau » d'approbation. Il faut donc être prudent lorsqu'on adresse le client à une tierce personne sinon on risque

d'induire en erreur un client. Il y a une différence entre croire personnellement en une certaine approche et diriger professionnellement un client vers cette approche. Les actes posés par un diététiste/nutritionniste doivent être conformes aux données actuelles de la science^[9]; ceci devrait aussi dicter les « actes de références ». Le service auquel on adresse un client doit être fondé sur des données probantes et une science reconnue. Le client devra donner un consentement éclairé à ce service, mais s'il y est dirigé par le diététiste/nutritionniste, il s'attendra à ce que ledit service soit efficace et bénéfique.

C'est sans compter que le diététiste/nutritionniste doit subordonner son intérêt personnel à celui de son client^[10] et sauvegarder son indépendance professionnelle^[11]. De plus, il doit s'abstenir d'intervenir dans les affaires personnelles de son client qui ne relèvent pas de l'exercice de sa profession^[12]. Ainsi, il devrait s'abstenir de fournir à ses clients des références relatives à des services totalement étrangers à l'exercice de sa profession ou qui ne relèvent pas de sa compétence, par exemple, des services qui ne concernent pas le domaine de la santé.

Enfin, lorsqu'un client est dirigé vers une autre personne, il peut s'agir d'une recommandation qui devrait être consignée au dossier du client. Conformément à la réglementation sur la tenue de dossiers, divers renseignements doivent être consignés au dossier du client, dont les recommandations qui lui sont faites^[13].

La collaboration en cas de demandes de consultation

Dans son milieu de travail, le diététiste/nutritionniste doit coopérer avec ses confrères et avec les membres des autres ordres professionnels et même avec toute autre personne compétente^[14]. Il y a lieu de privilégier cette coopération en cas de demande de consultation.

Lorsqu'un diététiste/nutritionniste adresse un client à un autre professionnel ou lorsqu'il se voit confié un client, des échanges d'informations peuvent être utiles. Étant donné que les obligations relatives au secret professionnel demeurent même en cas de demande de consultation, il est nécessaire d'obtenir le consentement du client pour l'échange de certaines informations avec un tiers.

Il peut être fort pertinent pour le diététiste/nutritionniste qui répond à une demande de consultation, émanant par exemple d'un médecin, de fournir les résultats de la consultation et les recommandations qu'il juge appropriées. Un tel rapport doit être inclus dans le dossier du client^[15].

Conclusion

En conclusion, il faut retenir que les diverses obligations déontologiques subsistent même lorsqu'on adresse un patient à une autre personne. Ainsi, bien qu'on puisse vouloir aider un client, on ne peut pas l'adresser à n'importe qui ni le diriger n'importe où.

Rappelons que l'appartenance à un ordre professionnel est un gage de qualité de l'acte et du maintien des compétences. Il est donc généralement préférable de diriger un client vers un professionnel assujéti à une réglementation. Sinon il devient difficile pour le diététiste/nutritionniste qui pose un tel geste, d'indiquer que l'intervenant non membre d'un ordre est compétent ou agira de façon déontologique et éthique auprès du client, voire saura reconnaître la limite de ses compétences. ■

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

Références

1. Code de déontologie des diététistes, RLRQ, chapitre C-26, r. 97, art. 4.
2. Id., art. 3.
3. Id., art. 9.
4. Code des professions, RLRQ, chapitre C-26.
5. Id., art. 32.
6. Id., art. 371.
7. Les médecins ont expressément une obligation déontologique de ne pas consulter un charlatan ni de collaborer de quelque façon que ce soit avec lui selon l'article 10 du Code de déontologie des médecins, RLRQ, chapitre M-9, r. 17.
8. Code de déontologie des diététistes, RLRQ, chapitre C-26, r. 97, art. 6.
9. Id., art. 14.
10. Id., art. 19.
11. Id., art. 20.
12. Id., art. 7.
13. Règlement sur la tenue des dossiers des diététistes, RLRQ, chapitre C-26, r. 105, art. 2.02 g).
14. Code de déontologie des diététistes, RLRQ, chapitre C-26, r. 97, art. 47.
15. Règlement sur la tenue des dossiers des diététistes, RLRQ, chapitre C-26, r. 105, art. 2.02 h).

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec a choisi La Personnelle comme assureur de groupe **auto, habitation et entreprise**



Demandez une soumission et comparez

1 888 476-8737

lapersonnelle.com/opdq

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer.





laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation et entreprise

La bonne combinaison.

LE TRAITEMENT DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES : L'IMPORTANCE DE LA MULTIDISCIPLINARITÉ

Josée Guérin, Dt.P. et psychothérapeute,

chargée de cours à l'Université de Montréal et présidente de la Clinique psychoalimentaire

Myriam Gehami, Dt.P.,

nutritionniste à la Clinique psychoalimentaire et chargée de cours à l'Université de Montréal

Jeanne Lapointe, stagiaire en nutrition niveau 4, Université de Montréal



La problématique

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont les troubles de santé mentale les plus communs chez les adolescentes et les jeunes femmes. Ils ont d'importantes conséquences psychiques, physiques et psychosociales pouvant aller jusqu'à l'invalidité^[1]. Ils affectent environ 10 % des femmes âgées entre 15 et 25 ans^[2,3]. L'incidence des TCA augmente

chaque année. Cette hausse est principalement attribuable à l'insatisfaction à l'égard de l'image corporelle découlant notamment des modèles de beauté véhiculés dans la société^[4,5].

Les causes des TCA sont complexes et multifactorielles. Généralement, une prédisposition génétique, des facteurs de vulnérabilité individuelle, familiale, psychosociale et environnementale coexistent. Les facteurs de

risque se classent en trois groupes : de prédisposition, déclencheurs et de maintien^[6].

Les **facteurs de prédisposition** sont liés à la génétique ainsi qu'aux caractéristiques individuelles, familiales et socioculturelles de l'individu comme, entre autres, l'environnement familial, la pression sociale, la présence d'une psychopathologie et la faible estime de soi. Quant aux **facteurs déclencheurs**, le plus prévalent est la restriction alimentaire consécutive à un événement perturbant ou à un désir de perdre du poids.

Finalement, l'évolution du TCA dépendra de l'importance et de la sévérité des **facteurs de maintien** comme le milieu familial, la malnutrition (qui altère les fonctions cognitives) et la peur de la maturité, pour ne nommer que quelques exemples^[1].

La prise en charge : qui, quoi, quand et comment ?

L'approche thérapeutique multidisciplinaire est essentielle^[1] puisque la trithérapie (suivi médical, psychothérapie et thérapie nutritionnelle) est reconnue comme étant l'intervention optimale pour mener le patient vers la rémission^[1]. Cette approche doit intégrer plusieurs intervenants et encourager la coopération entre diverses compétences spécialisées en TCA. L'entrevue motivationnelle est à la base de toutes les interventions^[7,8,9]. La spécialisation des professionnels en TCA s'avère être la clé du succès avec cette clientèle. Plus le traitement des troubles alimentaires est initié tôt, meilleur sera le pronostic^[10].

Généralement, le traitement global vise les objectifs suivants^[1]:

- > Favoriser la réhabilitation physique et nutritionnelle;
- > Améliorer les comportements dysfonctionnels reliés aux TCA;
- > Améliorer les interactions sociales;
- > Prendre en charge les facteurs de comorbidité psychologiques;
- > Comprendre les antécédents et les distorsions cognitives ayant mené aux TCA;
- > Diminuer le risque de rechute;
- > Améliorer la capacité à faire face aux difficultés personnelles futures.

Le suivi médical

Comme les TCA entraînent des risques et des complications pour la santé physique et mentale^[9], il est crucial que la personne qui en souffre fasse l'objet d'un suivi médical rigoureux; le diagnostic de TCA étant posé par le médecin. Pour un diététiste/nutritionniste, tout comme pour un psychothérapeute ou un psychologue, suivre un patient atteint d'un TCA en l'absence d'un suivi médical est à proscrire. Lorsque les observations cliniques des intervenants révèlent la présence de comorbidités, le suivi psychiatrique peut aussi s'avérer nécessaire.

Le traitement psychothérapeutique

Un traitement psychothérapeutique est également de mise pour évaluer les enjeux relatifs au trouble, travailler, d'une part, sur les facteurs de maintien et, d'autre part, sur les troubles concomitants comme les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les enjeux développementaux de la personnalité^[11].

La gestion de l'anxiété, l'estime de soi, les habiletés d'affirmation de soi, le contrôle des conduites nuisibles à la santé, les habiletés et la satisfaction sur le plan relationnel sont les thèmes se trouvant le plus souvent au cœur de la psychothérapie^[12].

Le traitement nutritionnel

Les lignes directrices de l'APA^[1] (*American Psychiatry Association*) recommandent que la normalisation de l'alimentation et des comportements alimentaires soit le but principal du traitement des patients souffrant d'un trouble alimentaire, peu importe la catégorie de poids. Selon l'APA^[1], le retour au poids « normal », ou au poids initial avant la survenue du trouble, est fondamental puisqu'il permet une amélioration de nombreux symptômes psychiques comme la dépression, les

angoisses, les compulsions alimentaires et les troubles de la perception de l'image corporelle. De plus, une psychothérapie chez la personne dénutrie s'avère d'une plus grande efficacité si le poids de la personne est normalisé. L'expérience clinique du diététiste/nutritionniste lui permettra de développer la compétence de diriger un patient souffrant en psychothérapie. Un discours axé davantage sur d'autres aspects de la vie que sur l'alimentation et la présence d'une grande émotion lors de la consultation sont des observations cliniques importantes qui indiquent au diététiste/nutritionniste qu'une aide en psychothérapie est requise. Il faut éviter d'être le seul professionnel à effectuer un suivi avec une personne souffrant d'un trouble alimentaire.

Tout au long du suivi nutritionnel, que l'on souhaite hebdomadaire, les objectifs généraux sont les suivants^[1]:

- > Retour à une fréquence prandiale optimale;
- > Retour à des repas équilibrés;
- > Enrayement des peurs liées à des aliments donnés ou à des catégories d'aliments;
- > Enrayement des comportements compensatoires;
- > Déconstruction des mythes alimentaires et des fausses croyances;
- > Reconnaissance des signaux de la faim et de la satiété.

En conclusion

Le diagnostic précoce des troubles alimentaires et l'initiation rapide d'un traitement jouent un rôle déterminant, puisqu'ils sont associés à un meilleur pronostic. Afin de dépasser les TCA et d'aider une personne qui en souffre, la compréhension et l'identification des facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants sont essentielles. De surcroît, la complexification des tableaux cliniques observés réaffirme le besoin du maintien des compétences professionnelles et du travail avec une équipe spécialisée. Par conséquent, les objectifs thérapeutiques poursuivis touchent plusieurs niveaux; considérant la nature même du TCA, une approche multidisciplinaire s'impose. La normalisation du comportement alimentaire de la personne, le retour au poids « normal » (ou au poids initial) ainsi que son maintien sont de première importance dans le traitement. La psychothérapie, tout comme le traitement médical et nutritionnel, s'avère incontournable pour traiter le patient, pour l'aider à se réalimenter et pour le guider vers le rétablissement. Les risques et les compli-

cations physiques et mentales des troubles de santé mentale nécessitent donc une collaboration interdisciplinaire intensive. ■

Références

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Third edition, American Psychiatric Association, 2006, 84 p.
2. G. POMERLEAU. *Anorexie et boulimie : Comprendre pour agir*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 2001, 212 p.
3. E. STICE, CN. MARTI, H. SHAW et coll. « An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents ». *Journal of abnormal psychology*, vol. 118, no 3, 2009, p. 587.
4. A.B. JORDAN, E.K. KRAMER-GOLINKOFF et V.C. STRASBURGER. « Does Adolescent Media Use Cause Obesity and Eating Disorders ? ». *Adolescent Medical State of the Art Review*, vol. 19, no 3, 2008, p. 431-449.
5. M.J. HOGAN et V.C. STRASBURGER. « Body Image, Eating Disorders, and the Media ». *Adolescent Medical State of the Art Review*, vol. 19, 2008, p.521-546.
6. H. STEIGER et K. BRUCE. « Eating Disorders : Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa ». Dans T. MILLION, P.H. BLANEY et R.D. DAVIS (Édit.). *Oxford Textbook of Psychopathology* (2nd edition), New York, Oxford University Press, 2008, p. 365-389.
7. C.V. WEISS, J.S. MILLS, H.A. WESTRA et coll. « A preliminary study of motivational interviewing as a prelude to intensive treatment for an eating disorder ». *Journal of Eating Disorders*, vol. 1, no. 34, 2013, 10 p.
8. S.E. CASSIN, K.M. VON RANSON, K. HENG et coll. « Adapted Motivational Interviewing for Women With Binge Eating Disorder : A Randomized Controlled Trial ». *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 22, no 3, 2008, p. 417-425.
9. M. HERRIN et M. LARKIN. *Nutrition Counseling in the Treatment of Eating Disorders*. New York et Londres, Routledge, 2013, 347 p.
10. A. VON HOLLE, A. POYASTRO PINHEIRO, L.M. THORNTON et coll. « Temporal patterns of recovery across eating disorder subtypes ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 42, no. 2, 2008, p. 108-117.
11. A. AIMÉ et C, BÉGIN. « Modèle conceptuel du développement et du maintien des troubles de conduites alimentaires ». *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, vol. 12, no 1, p. 1-13.
12. C.G. FAIRBURN et Z.C. ROZ SHAFRAN. « Cognitive behaviour therapy for eating disorders : a "transdiagnostic" theory and treatment ». *Oxford Behaviour research and therapy*, vol. 41, 2003, p. 509-528.

★★★★★
MEILLEUR
CHOIX
★★★★★



90%
CONCENTRATION
MAXIMALE
★★★★★



nature zen

Pour votre bien être, tout naturellement...
For your well being, naturally...

LES PROTÉINES
VÉGÉTALES
COMPLÈTES
LES PLUS PURES
SUR LE MARCHÉ!



CA-BIO-154
Agriculture non-UE



PROTÉINES DE RIZ **BIO** GERMÉES ET FERMENTÉES

MANQUE D'ÉNERGIE ? FATIGUE ? STRESS ?

VOTRE SOLUTION: **LES PROTÉINES DE RIZ BIO NATURE ZEN!**

HYPOALLERGÈNES • COMPLÈTES • SANS SAVEURS AJOUTÉES

FAITES AU QUÉBEC, IDÉALES EN SMOOTHIE, POUR LES ADULTES, SPORTIFS, ENFANTS...

DISPONIBLES EN 3 DÉLICIEUSES SAVEURS



NATURE VELOUTÉ



VANILLE TAHITIENNE



CACAO PUR

POUR PLUS D'INFORMATION, PASSER UNE
COMMANDE OU DEVENIR PARTENAIRE AFFILIÉ,
VISITEZ-NOUS AU :

WWW.NATURE-ZEN.COM

ÉGALEMENT DISPONIBLE!

NOUVEAU
★★★★



CONVIENT POUR
LA CUISSON &
LES SMOOTHIES



FACILE À
PRÉPARER



GOUT EXQUIS

1^{ÈRE} FORMULE **PROTÉINÉE CUISSON**
100% VÉGÉTALE ET BIO
IDÉALE POUR LA CUISINE!

GRILLE INDIVIDUELLE D'OBSERVATION DE L'IMAGE CORPORELLE DESTINÉE AUX ENFANTS DE 6 À 12 ANS

Annie Aimé, Ph.D., Université du Québec en Outaouais
Anorexie et Boulimie Québec
© ÉquiLibre, 2015



La grille ci-jointe est un outil qui permet de réaliser une collecte de données basée sur l'observation de comportements liés à l'insatisfaction corporelle chez l'enfant d'âge scolaire primaire. Bien que l'élaboration de l'outil soit fondée sur une revue de la littérature, il n'a pas été validé jusqu'à maintenant. Ainsi, son utilisation et son interprétation reposent sur le jugement clinique des professionnels de la santé et des services sociaux, membres d'un ordre professionnel. Le professionnel qui souhaite se servir de cet outil peut se référer au texte intitulé *L'image corporelle des enfants : manifestations cliniques et facteurs de risque et de protection* qui se trouve aux pages 7 à 10 du présent numéro. Il peut aussi parfaire ses connaissances sur l'image corporelle au moyen de formations ou de la supervision. Enfin, tout professionnel désireux de participer à une évaluation ou à une validation de l'outil est cordialement invité à contacter les auteurs.

GRILLE INDIVIDUELLE D'OBSERVATION DE L'IMAGE CORPORELLE CHEZ L'ENFANT DE 6 À 12 ANS (GIOIC)

FICHE TECHNIQUE

Contexte

Les préoccupations et insatisfactions corporelles prévalent chez les jeunes si bien qu'il est maintenant suggéré de s'intéresser à l'image corporelle dès l'enfance. À l'âge de six ans, les enfants peuvent déjà présenter une insatisfaction notable à l'égard de leur corps. Cette insatisfaction les rend plus à risque de rapporter des symptômes dépressifs, une faible estime de soi et des comportements alimentaires problématiques. Il importe donc d'être en mesure de déterminer les comportements traduisant une insatisfaction corporelle chez un enfant considéré à risque.

Description de l'outil

La GIOIC permet de réaliser une collecte de données basée sur l'observation de comportements liés à l'insatisfaction corporelle chez l'enfant du primaire (6 à 12 ans). L'outil permet au professionnel qui soupçonne un problème d'image corporelle chez un enfant en particulier d'orienter ses observations et de déterminer des comportements cibles afin de confirmer ou d'invalider ses soupçons. L'outil permet également d'orienter le professionnel dans sa décision face au processus de référence.

Note : Puisque la GIOIC n'a pas fait l'objet d'une étude de validation, elle ne doit être utilisée que dans le cadre d'une démarche de collecte d'informations et non pas en tant qu'outil de dépistage ou de diagnostic.

Clientèle visée

Tout enfant de 6 à 12 ans jugé à risque de présenter des problèmes d'image corporelle.

Répondant

Puisque l'utilisateur de cet outil doit faire preuve de jugement clinique, il est réservé à l'usage des professionnels de la santé et des services sociaux membres d'un ordre professionnel, comme un nutritionniste, un psychologue scolaire, un psychoéducateur, un travailleur social, un sexologue, un infirmier scolaire ou tout autre professionnel du CISSS/CIUSSS appelé à faire l'évaluation et le suivi d'un enfant.

Procédure d'administration

Une période d'observation doit être prévue pour évaluer les divers aspects. Il est recommandé d'observer l'enfant dans plusieurs contextes et lors de périodes variées. Le répondant doit déterminer si les comportements décrits sont présents ou absents chez l'enfant évalué. Le professionnel qui amorce la démarche de collecte d'informations peut avoir à consulter des tiers qui connaissent bien l'enfant, comme son enseignant, ses parents ou d'autres professionnels du milieu scolaire. Afin de prévenir tout risque d'effets indésirables, comme une accentuation des insatisfactions corporelles de l'enfant, l'outil n'est pas destiné à être directement utilisé auprès de ce dernier. L'enfant ne doit donc pas être interrogé par rapport aux comportements énumérés dans la GIOIC.

Durée

- L'utilisation de l'outil requiert entre 10 et 15 minutes.
- La durée de la période d'observation peut varier et s'étendre sur plusieurs semaines.

Éléments à retenir

Il est recommandé d'observer l'enfant dans des contextes structurés et non structurés au sein desquels il peut interagir avec un adulte de même qu'avec un ou des pairs. Il est aussi nécessaire de s'intéresser à ce que dit l'enfant et à la façon dont il réagit dans les situations mentionnées dans les éléments de la grille.

Cotation

- Aspect présent : le répondant a pu observer le comportement mentionné au moins une fois pendant la période d'observation ou a été informé de sa présence par un tiers consulté.
- Aspect absent : le répondant a observé l'enfant dans la situation mentionnée et l'enfant ne s'est pas comporté ou n'a pas réagi tel que défini dans l'élément de la grille.
- Aspect non observé : le répondant n'a pas pu observer l'enfant dans un contexte donné pendant la période prévue à cet effet ou n'a pas été informé de sa présence par un tiers consulté.

Procédure de correction

Comptabiliser le nombre d'éléments où l'aspect évalué est considéré comme présent pour obtenir un score total. Plus le score total est élevé, plus l'insatisfaction corporelle risque d'être problématique. Un score élevé implique que l'intervenant devra approfondir le questionnement pour saisir l'étendue de la problématique et, au besoin, diriger l'enfant vers des services spécialisés.

**GRILLE INDIVIDUELLE D'OBSERVATION DE L'IMAGE CORPORELLE
CHEZ L'ENFANT DE 6 À 12 ANS (GIOIC)**

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____ Période d'observation : du _____ au _____
 Nom de l'observateur : _____ Tiers consultés : enseignant parent autre(s) : _____

Méthode de collecte d'information

Identifier une période d'observation (p. ex., 2 semaines) et différents moments propices pour recueillir les informations (p. ex. pendant l'heure du dîner, pendant une activité culinaire, pendant la récréation, en classe, pendant le cours d'éducation physique, etc.). La collecte d'informations peut se faire à travers l'observation de l'enfant dans son milieu et en posant des questions à des personnes qui côtoient régulièrement l'enfant.

Moments choisis (au moins 2) :

1. _____ 3. _____
 2. _____ 4. _____

Consigne

Lire les énoncés suivants et cocher si le comportement (ou la manifestation) décrit dans chacun des éléments est présent, absent ou s'il n'a pu être observé lors de la période d'observation.

Rappel : l'enfant ne doit pas être consulté directement concernant les comportements ci après.

Aspects à observer	Présent	Absent	Non observé
1 L'enfant feuillette, lit ou demande qu'on lui achète des magazines de mode ou des magazines qui ciblent les jeunes (p. ex., Cool, Adorable).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 L'enfant consulte des webzines, des blogues ou des pages Facebook qui portent sur l'apparence et le poids.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 L'enfant tient un discours dénigrant par rapport à son apparence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 L'enfant se compare négativement aux autres sur le plan de l'apparence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 L'enfant rapporte se peser fréquemment (plus d'une fois par semaine).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 L'enfant s'est fixé un poids à atteindre ou à ne pas dépasser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 L'enfant indique plusieurs parties de son corps dont il est insatisfait (au moins trois parties de son corps pour une fille et au moins deux pour un garçon).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 L'enfant se dit insatisfait de la performance physique et sportive que son corps lui permet d'atteindre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 L'enfant exprime des préoccupations face à son apparence notamment par rapport à ses cheveux, sa peau ou d'autres aspects de son corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 L'enfant rapporte recevoir des commentaires négatifs par rapport à son poids ou à sa silhouette de la part d'un parent ou d'une figure d'autorité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspects à observer	Présent	Absent	Non observé

Auteurs : © Annie Aimé, Ph. D., de l'Université du Québec en Outaouais, Anorexie et Boulimie Québec, ÉquiLibre, 2015

**GRILLE INDIVIDUELLE D'OBSERVATION DE L'IMAGE CORPORELLE
CHEZ L'ENFANT DE 6 À 12 ANS (GIOIC)**

11	L'enfant se dit victime d'intimidation, de rejet ou d'exclusion par ses pairs ou sa fratrie à cause de son poids ou de sa silhouette.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	L'enfant se fait agacer par rapport à ce qu'il mange (portion, qualité des aliments).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	L'enfant s'isole pour manger, ou s'abstient de manger en public.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	En réponse aux commentaires négatifs qu'il reçoit quant à son apparence, l'enfant ne réplique pas, s'isole, pleure ou réplique en cherchant à intimider.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	L'enfant côtoie de près un autre enfant ou une personne significative de son entourage qui suit un régime amaigrissant (p. ex., parent, frère, sœur, gardienne, enseignant, entraîneur).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	L'enfant connaît les ingrédients, le nombre de calories, la quantité de sucre ou de gras contenus dans les aliments qu'il consomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	L'enfant consulte un nutritionniste dans le but de perdre du poids.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	L'enfant refuse d'aller à son cours d'éducation physique ou mentionne qu'il n'aime pas y aller (demande d'être exempté du cours, participation réduite, absentéisme, prétendus maux physiques nuisant à la pratique du sport).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	L'enfant présente des comportements de restriction alimentaire (saute un repas, mange peu, retire certains aliments plus sucrés ou plus gras de son repas, compte les calories, jette son lunch).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	L'enfant présente des comportements de vérification de son corps (il se pince, touche ou palpe certaines parties).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	L'enfant mentionne suivre un régime amaigrissant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	L'enfant mentionne avoir recours à des moyens pour perdre du poids, contrôler son poids ou augmenter sa masse musculaire (activité physique, vomissements, laxatifs, diurétiques, pilules amaigrissantes, suppléments alimentaires et produits coupe-faim).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTRES OBSERVATIONS

Noter d'autres observations qui indiqueraient que l'enfant est insatisfait de son corps (p. ex., difficulté à choisir ses vêtements, évitement des activités où le corps est révélé [bain, piscine], dédain par rapport à une partie du corps, etc.).

Auteurs : © Annie Aimé, Ph. D., de l'Université du Québec en Outaouais, Anorexie et Boulimie Québec, ÉquiLibre, 2015

Lorsque le professionnel qui remplit la grille d'observation constate un nombre important de comportements liés à une image corporelle négative, il doit compléter son évaluation selon la démarche suggérée ci-après :

1) Dans un premier temps, il est nécessaire, si ce n'est pas déjà fait, de rencontrer les membres de la famille de l'enfant afin de mieux comprendre les comportements observés chez l'enfant. Cette rencontre permettra au professionnel d'étoffer ses observations, c'est-à-dire de les corroborer ou de les infirmer. Elle lui permettra également de déterminer plus précisément les besoins de l'enfant en termes d'évaluation et de suivi, s'il y a lieu.

- > Il est indiqué de rencontrer les parents afin de déterminer si la problématique observée se manifeste aussi à la maison et de vérifier la compréhension des parents face à ce que vit leur enfant. Il est aussi important d'examiner ce qui a peut-être déjà été mis en place pour aider l'enfant et si cela a fonctionné ou non. Il peut également être nécessaire à cette étape de l'évaluation de rencontrer l'enfant afin de discuter avec lui des aspects observés (selon l'âge et le degré de maturité de l'enfant).

Ce qui doit être évité lors de cette rencontre :

- > Culpabiliser les parents : ils ne doivent pas être tenus responsables des insatisfactions corporelles de leur enfant, ni de ses comportements alimentaires problématiques s'il y a lieu.
- > Laisser croire aux parents que les comportements problématiques de leur enfant sont irréversibles. Il se pourrait qu'après quelques rencontres avec un spécialiste, un changement significatif des comportements de l'enfant puisse être observé.
- > Poser un diagnostic de trouble alimentaire. L'outil utilisé permet d'observer des comportements liés à l'insatisfaction corporelle mais il ne doit pas être utilisé à des fins diagnostiques et ne peut en aucun cas se substituer à l'évaluation clinique et au jugement d'un professionnel.

2) Si la famille de l'enfant corrobore les observations faites par le professionnel, ce dernier doit alors, s'il est habilité à le faire au sens de la loi 21, procéder à une évaluation plus poussée qui tient compte du fonctionnement global de l'enfant.

- > Évaluer plus globalement le fonctionnement de l'enfant. Par exemple, présente-t-il des symptômes dépressifs, des signes d'anxiété, une faible estime de soi, etc. ? L'enfant et sa famille ont-ils récemment vécu un événement stressant pouvant expliquer des changements dans ses comportements ? Le professionnel qui n'est pas habilité à faire une telle évaluation peut diriger vers un intervenant de son milieu qui possède l'expertise nécessaire pour la réaliser.

3) À la suite d'une évaluation détaillée, le professionnel peut, soit offrir un suivi à l'enfant et à sa famille, soit les diriger vers un suivi en psychologie ou en psychiatrie.

- > Le professionnel qui décide de suivre l'enfant et sa famille doit s'assurer d'avoir les compétences nécessaires pour le faire. Il doit au préalable s'être livré à une réflexion sur la relation qu'il entretient avec son corps et sur son rapport avec la nourriture. Enfin, il doit être en mesure de cerner les jugements ou les croyances erronées qu'il peut entretenir sur le sujet pour éviter toute interférence dans son intervention.
- > Lorsque le professionnel considère ne pas être en mesure de poursuivre lui-même le suivi, il référera à un psychologue spécialisé dans le domaine de l'image corporelle et des troubles des conduites alimentaires ou à un psychiatre.
- > Le professionnel peut obtenir de l'aide auprès des organismes suivants s'il a besoin de diriger une famille vers des services spécialisés :
 - Anorexie et boulimie Québec (ANEB), 514 630-0907 (région de Montréal) ou 1 800-630-0907 (sans frais), www.anebquebec.com
 - Ordre des psychologues du Québec (1 800-363-2644), www.ordrepsy.qc.ca
 - Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec (1 877-913-6601), www.ordrepsed.qc.ca
 - Services de votre région : CISSS/ CIUSSS ■

Pour approfondir vos connaissances

**Anorexie et Boulimie Québec
(www.anebquebec.com)**

Anorexie et Boulimie Québec (ANEB) est un organisme à but non lucratif desservant la province de Québec depuis près de 30 ans. Sa mission est d'offrir une aide immédiate, spécialisée et gratuite aux personnes atteintes d'un trouble du comportement alimentaire ainsi qu'à leurs proches.

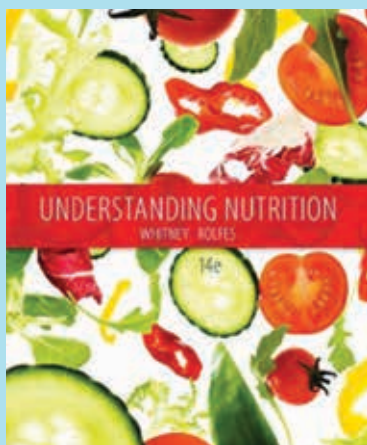
ANEB offre une multitude de services, y compris des ateliers et des conférences pour les jeunes et les intervenants qui œuvrent auprès de ces derniers, de la formation professionnelle ainsi que de l'aide directe (ligne d'écoute, groupes de soutien, aide en ligne, etc.).

ÉquiLibre (www.equilibre.ca)

L'organisme ÉquiLibre a pour mission de prévenir et de réduire les problèmes liés au poids et à l'image corporelle dans la population en favorisant le développement d'une image corporelle positive et l'adoption de saines habitudes de vie grâce à des programmes et à des campagnes de sensibilisation dans les écoles, dans le réseau de la santé, au travail et dans les milieux communautaires.

Pour les professionnels et les intervenants qui œuvrent auprès des jeunes, ÉquiLibre offre de la formation sur l'intervention à privilégier ainsi que plusieurs outils et ateliers pédagogiques pour aborder la question du poids et de l'image corporelle.

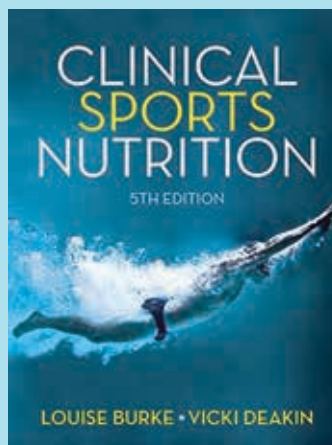
ACTUALITÉS EN NUTRITION



UNDERSTANDING NUTRITION

14th Edition, **Eleanor Noss Whitney** et **Sharon Rady Rolfes**, Cengage Learning. Publié en janvier 2015. 928 pages. 235 \$

Le livre Understanding Nutrition est un ouvrage à succès d'initiation à la nutrition écrit par Dr Whitney, détentrice d'un doctorat en biologie, et par Mme Rolfes, nutritionniste et membre fondatrice de Nutrition and Health Associates. Cette nouvelle édition comporte 20 chapitres portant, entre autres, sur la planification de l'alimentation, les macronutriments, les vitamines et les minéraux, l'alimentation et la santé, la nutrition et l'espérance de vie, l'activité physique, la faim dans le monde et l'environnement. Chaque chapitre est suivi par la présentation d'un sujet controversé ou d'actualité qui lui est lié. En somme, ce livre de référence est conçu pour favoriser un apprentissage actif.



CLINICAL SPORTS NUTRITION

5th Edition, **Louise Burke** et **Vicky Deakin**, Édition McGraw-Hill Education. Publié en septembre 2015. ISBN-13: 978-1743073681 ISBN-10: 1743073682 828 pages. 165 \$

La 5^e édition de Clinical Sports Nutrition est un livre de référence idéal pour les nutritionnistes dont la clientèle est composée d'adeptes du sport. Publié en 2015, il présente les plus récentes données scientifiques en nutrition sportive et apporte de nouvelles informations sur les sujets suivants: la triade de l'athlète féminine, le déficit d'énergie relatif en sport et son traitement, l'alimentation végétarienne, la supplémentation en antioxydants et les recommandations sur l'hydratation. Cet ouvrage complet est un incontournable pour les nutritionnistes qui désirent maintenir à jour leurs connaissances en nutrition sportive.

CONFÉRENCE NATIONALE DES DIÉTÉTISTES DU CANADA 2015



Annie Motard-Bélanger, Dt.P., M. Sc.
Gestionnaire de projets provinciaux, nutrition
Les Producteurs laitiers du Canada
Sylvie Leung Yinko, Dt.P., M. Sc.
Gestionnaire de projets nationaux, nutrition
Les Producteurs laitiers du Canada

NUTRITION THERAPY FOR IBS : THE FODMAP APPROACH

La nutritionniste Patsy Catsos a présenté une conférence concernant l'approche FODMAP. Elle fait de la pratique privée et s'est spécialisée dans le domaine de la santé digestive. Elle utilise l'approche FODMAP auprès des personnes qui souffrent du syndrome du côlon irritable, dans le but d'améliorer leurs symptômes.

Le syndrome du côlon irritable a longtemps été un diagnostic différentiel, mais il existe maintenant des critères spécifiques pour l'identifier. Il se manifeste par des douleurs abdominales récurrentes, à raison d'au moins trois jours par mois pendant au moins trois mois. Il est également caractérisé par l'absence de signes alarmants (ex. : masse palpable) et peut être associé à de la diarrhée ou de la constipation. Les causes de ce syndrome sont encore comprises du milieu médical. Plusieurs patients ont l'impression que l'alimentation en est la cause et sont convaincus que certains aliments augmentent ou déclenchent leurs symptômes.

FODMAP est une approche instaurée par deux chercheurs australiens pour soulager les patients atteints du syndrome du côlon irritable. Le terme FODMAP veut dire « Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols ». Les aliments inclus dans cet acronyme FODMAP sont faiblement absorbés, fermentescibles et peuvent causer un effet osmotique dans l'intestin. Ainsi, ils peuvent être susceptibles de causer des ballonnements, des gaz et de provoquer des malaises intestinaux chez certaines personnes. Voici une liste des aliments inclus dans les FODMAP :

- > **Oligosaccharides** : légumineuses, blé, orge, seigle, inuline, certains légumes et fruits ainsi que certaines noix
- > **Disaccharides (lactose)** : lait, yogourt, crème, crème glacée, fromage frais, fromages cottage et ricotta
- > **Monosaccharides (fructose)** : certains fruits, miel, sirop de maïs, rhum
- > **Polyols** : certains fruits et légumes, édulcorants.

Pour une liste exhaustive des aliments contenus dans chaque groupe, consultez le www.ibsfree.net/high-or-low.

Dans un premier temps, l'approche consiste à retirer tous les aliments FODMAP de l'alimentation de la personne pour une période d'une à deux semaines. Par la suite, il faut réintégrer les aliments un à la fois. Pendant cette période de réintégration, il est important de tenir un journal des symptômes pour juger de la tolérance intestinale lorsqu'un aliment est consommé. Il est ainsi possible de savoir si un ou des aliments sont responsables des inconforts intestinaux.

Selon la conférencière, cette approche a démontré des bienfaits : des études effectuées chez des patients ayant un syndrome du côlon irritable ont démontré une amélioration des symptômes chez 68 à 85 % d'entre eux, après avoir suivi les étapes de l'approche FODMAP.

Toutefois, il est important de noter que cette approche est complexe et restrictive pour plusieurs patients. Ceux qui veulent l'essayer auraient avantage à consulter un médecin pour exclure toute autre pathologie et une nutritionniste pour bien les guider.

MARKETING OF FOODS AND BEVERAGES TO CHILDREN : WHAT'S THE IMPACT OF VARIOUS POLICY OPTIONS IN CANADA?

Dans cette présentation, Monique Potvin Kent, Ph. D. a discuté la commercialisation des aliments et des boissons aux enfants. Elle a également offert un aperçu de l'impact de différents modèles de politiques au Canada. Les stratégies de marketing ciblées aux enfants sont nombreuses et comprennent, entre autres, la télévision, Internet et le marketing électronique, le placement de produits, le recours à des personnages ou à des porte-paroles célèbres, les cadeaux promotionnels, les commandites et les événements ou activités pour enfants. À cet effet, l'industrie agroalimentaire dépense des milliards de dollars. Pourquoi cibler les enfants ? Ces derniers ont un pouvoir d'achat considérable. Outre qu'ils influencent énormément leurs parents dans les décisions d'achat, les enfants sont aussi très fidèles à leurs marques préférées.

La commercialisation d'aliments et de boissons affecterait directement les préférences et les habitudes alimentaires. La recherche a démontré que la promotion commerciale d'aliments et de boissons malsains est associée à un risque accru d'obésité chez les enfants. Or, la majorité des publicités en font la promotion. Par ailleurs, la publicité portant sur ces aliments lors de la programmation télévisuelle est plus importante au Canada que dans plusieurs autres pays.

Au Québec, la publicité destinée aux enfants de moins de 13 ans est interdite par les articles 248 et 249 de la Loi sur la protection du consommateur. Dans le cadre d'un système d'autoréglementation, les messages publicitaires des autres provinces doivent satisfaire au Code de la publicité radiotélévisée destinée aux enfants, établi par les normes canadiennes de la publicité (NCP). En outre, l'Initiative canadienne pour la publicité sur les aliments et les boissons destinée aux enfants (l'IPE) a été lancée en 2007. Cette initiative volontaire a été prise par 18 entreprises de l'industrie des aliments et des boissons ayant pour but d'orienter leurs activités de marketing de manière à promouvoir des choix alimentaires sains chez les enfants de moins

de 12 ans. Environ la moitié des entreprises participantes se sont engagées à ne pas faire de publicité destinée principalement aux enfants (définie comme de la publicité diffusée dans le cadre de toute émission dont plus de 25 à 35 % de l'auditoire sont des enfants de moins de 12 ans). Les autres entreprises se sont engagées à n'inclure que des produits « meilleurs pour la santé ». Or, la définition d'aliments dits « meilleurs pour la santé » a été établie indépendamment par chaque entreprise. Selon le rapport 2014 des NCP, près de 35 % des produits actuellement annoncés aux enfants devront être reformulés pour respecter des critères nutritionnels uniformes. S'ils ne peuvent pas être reformulés, ils ne seront plus annoncés aux enfants après le 31 décembre 2015.

Par ailleurs, Monique Potvin Kent a mené une étude utilisant des données canadiennes afin de comparer 3 modèles de politiques : 1) le modèle de réglementation du Québec qui interdit la publicité destinée aux enfants ; 2) celui du Royaume-Uni qui interdit la publicité de produits malsains destinés aux enfants ; 3) celui du Alberta Policy Coalition for Chronic Disease Prevention qui interdit la publicité destinée aux enfants d'aliments et de boissons malsains. Même si chaque modèle a entraîné l'élimination de la publicité alimentaire diffusée sur certaines chaînes de télévision, particulièrement celles pour enfants, chaque modèle présentait aussi des lacunes. Selon la conférencière, il reste à mettre en place un système efficace au Canada afin de restreindre la commercialisation d'aliments et de boissons malsains aux enfants. ■



LA RELATION ENTRE LA VITAMINE D ET LA STÉATOSE HÉPATIQUE NON ALCOOLIQUE

Corine Fontaine, stagiaire en nutrition

Superviseur de stage: Chantal Bémeur, Dt.P., Ph. D.

Milieu de stage: CRCHUM

Des études épidémiologiques ont associé la déficience en vitamine D avec le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et la maladie du foie gras non alcoolique (couramment désignée par le sigle anglais NAFLD ou Non-alcoholic fatty liver disease). Cette dernière maladie, caractérisée par l'accumulation de gras dans le foie, mène à la stéatose hépatique non alcoolique (ou NASH en anglais), une condition irréversible comportant une composante inflammatoire qui peut éventuellement atteindre le stade de la cirrhose. Des études récentes suggèrent qu'une déficience en vitamine D aurait un impact sur la pathogenèse du NAFLD. Dans une étude transversale américaine comptant 239 sujets, la résistance à l'insuline (RI), l'accumulation de lipides dans le foie, la quantité corporelle totale de gras et la sévérité de la maladie hépatique ont été mesurées. Trois groupes ont été formés selon le taux plasmatique de vitamine D: normal (> 30 ng/ml), insuffisant (20-30 ng/ml) et déficient (< 20 ng/ml). Aucune différence significative n'a été observée entre ces trois groupes pour ce qui est de la RI, de la quantité corporelle totale de gras et de la teneur en gras du foie. Il en est de même pour l'inflammation et la fibrose des cellules hépatiques, deux indicateurs de la sévérité de la maladie. Les patients atteints de NASH (déterminé par biopsie) étaient plus nombreux à présenter une RI comparativement au groupe sain. Par contre, le taux plasmatique de vitamine D était similaire entre les deux groupes. Les résultats suggèrent donc que le niveau plasmatique de vitamine D ne serait pas associé à la RI, à la quantité de gras hépatique ou à la sévérité du NASH. D'autres études sont nécessaires afin d'évaluer la possibilité d'une relation causale entre la vitamine D et le NASH et l'effet à long terme d'une supplémentation en vitamine D.

Tiré de:

F. BRIL, M. MAXIMOS et coll. « Relationship of vitamin D with insulin resistance and disease severity in non-alcoholic steatohepatitis ». *Journal of hepatology*, 2015 ; 62:405-411.

LA MALNUTRITION AGGRAVE LE PRONOSTIC DES PATIENTS CIRRHOTIQUES

Annie Lamoussenerie, stagiaire en nutrition

Superviseur de stage: Chantal Bémeur, Dt.P., Ph. D.

Milieu de stage: CRCHUM

La malnutrition est un problème commun chez les patients souffrant de maladie hépatique chronique, y compris la cirrhose. Une étude longitudinale réalisée en Inde auprès de 247 patients atteints de cirrhose et 20 sujets témoins a révélé une prévalence de la malnutrition de 60 à 88 % chez les cirrhotiques, le taux variant selon la méthode d'évaluation utilisée et le degré de sévérité de la maladie (déterminée par l'échelle Child-Turcotte-Pugh). Les patients atteints de cirrhose d'origine alcoolique présentaient un état nutritionnel davantage détérioré comparativement aux patients avec une cirrhose non alcoolique. Au cours du suivi de douze mois, 71 % des patients dénutris ont souffert de complications nécessitant une hospitalisation comparativement à seulement 38 % des patients bien nourris ($p=0,002$). De plus, la malnutrition augmentait significativement l'incidence de mortalité chez les patients dénutris (41 % comparativement à 18 % ; $p=0,001$). Cette étude démontre donc que la malnutrition chez les patients cirrhotiques est associée à des complications médicales et à une mortalité plus élevée.

Malgré le fait que cette étude comporte plusieurs limites (disparité des groupes à l'étude, facteurs de confusion par exemple), ces résultats démontrent l'importance de l'évaluation nutritionnelle auprès des patients cirrhotiques pour dépister la malnutrition et intervenir de façon optimale. Toutefois, l'élaboration d'une méthode rigoureuse d'évaluation nutritionnelle chez cette population demeure un défi étant donné que la maladie hépatique en soi interfère avec les paramètres habituellement utilisés pour une telle évaluation.

Tiré de:

S. MAHARSHI, B.B. SHARMA et S. SRIVASTAVA. « Malnutrition in cirrhosis increases morbidity and mortality ». *J Gastroenterol Hepatol*, 2015. 30 (10) : p. 1507-1513.

JEUNES ADULTES ET TROUBLES ALIMENTAIRES

Gabrielle Sicotte-Mendoza, stagiaire en nutrition

Superviseur de stage: Annie Vallières, Dt.P.

Milieu de stage: Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Pavillon Albert-Prévost

Certains jeunes atteints de troubles alimentaires vivent une période critique lorsqu'ils passeront des soins pédiatriques au système de soins pour adultes, où les approches d'intervention diffèrent nettement. Cette transition draconienne perturbe le processus de guérison des jeunes. Une étude qualitative a examiné rétrospectivement l'expérience de 15 patientes ontariennes atteintes d'anorexie ou de boulimie (âge moyen: 19,1 ans) lors de leur transfert de la pédiatrie aux soins pour adultes, afin d'identifier les barrières et les éléments facilitateurs. Des entrevues ont été menées, enregistrées, transcrites, puis codifiées selon trois thèmes étayés par les données de la littérature: l'incohérence de la procédure de transfert, les barrières à la rémission des patientes et les recommandations visant à améliorer cette transition. Seulement cinq participantes se rappelaient avoir discuté des implications du transfert avec un intervenant. La fin des soins pédiatriques est vécue par la majorité comme une perte soudaine de soutien. La compétence des professionnels pour leur assurer un suivi (p. ex., médecins de famille), l'accessibilité (délai de réponse et emplacement) ainsi que la flexibilité des soins offerts influencent la poursuite de leur traitement; 14 des 15 participantes ont fait une rechute à la suite du transfert. Les participantes ont proposé, d'une part, une plus grande participation des adolescentes à leur traitement pour mieux les préparer à prendre soin d'elles-mêmes à l'âge adulte et, d'autre part, une meilleure communication pour faciliter la transition. Les résultats de cette étude sont peu généralisables en raison de l'échantillon restreint et des biais induits par le mode de recrutement et la méthodologie utilisés. Néanmoins, une meilleure compréhension par les professionnels de la santé de cette réalité permettrait d'adopter une approche visant l'autonomie du jeune adulte en encadrant le transfert pour un suivi efficace, offrant ainsi une meilleure chance de rémission.

Tiré de:

G. DIMITROPOULOS, A. TOULANY et coll. « A Qualitative Study on the Experiences of Young Adults With Eating Disorders Transferring From Pediatric to Adult Care ». *Eating Disorders*, 2015; 23:144-162



RELATION ENTRE LA CONSOMMATION DE PROTÉINES AVANT LE COUCHER ET L'AUGMENTATION DU TAUX DE SYNTHÈSE MUSCULAIRE PROTÉIQUE CHEZ LES JEUNES HOMMES ADULTES

Catherine Lemieux, stagiaire en nutrition

Superviseur de stage: Annie Motard-Bélanger, M. Sc., Dt.P.,

Milieu de stage: Les Producteurs laitiers du Canada

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'effet de la prise d'un supplément de protéines (27,5 g) avant le coucher sur la masse musculaire et le gain de force dans un contexte d'entraînement musculaire. L'étude s'est déroulée sur une période de 12 semaines auprès de deux groupes de jeunes hommes en santé (n: 41): le groupe placebo (groupe 1) et le groupe recevant les suppléments de protéines avant le coucher (groupe 2). Il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes du point de vue des apports quotidiens en énergie, en glucides et en lipides. L'apport quotidien en protéines était significativement plus élevé dans le groupe 2 (1,9 g/kg) que dans le groupe 1 (1,3 g/kg). On a observé une augmentation totale de la masse maigre similaire chez les participants des deux groupes, sans aucun changement de la masse adipeuse totale entre le début et la fin de l'intervention. Le volume des quadriceps a augmenté dans les deux groupes, mais de façon plus importante au sein du groupe 2. La taille des fibres musculaires de type II a augmenté davantage chez les participants du groupe 2 comparativement à ceux du groupe 1 (valeur p < 0,05).

Les auteurs ont conclu que la prise de protéines avant le coucher s'avère un moyen efficace d'augmenter la masse musculaire des jeunes hommes en santé. Or, les apports alimentaires des participants à l'étude n'étaient pas contrôlés, ce qui constitue une lacune. En effet, les participants étaient libres de manger ce qu'ils voulaient.

Il faut noter que la quantité de protéines utilisée dans le supplément (27,5 g) s'intègre difficilement dans une collation de soirée. Il serait pertinent de mener d'autres études pour voir s'il est possible d'obtenir les mêmes résultats avec des apports protéiques moindres. Il serait également intéressant d'observer l'effet de la prise de protéines avant le coucher chez d'autres groupes cibles (ex.: femmes, personnes âgées).

Tiré de:

T. SNIJDERS et coll. « Protein Ingestion before Sleep Increases Muscle Mass and Strength Gains during Prolonged Resistance-Type Exercise Training in Healthy Young Men ». *J. Nutr.*, 2015; 7 p.



QUESTIONNAIRE DÉTACHABLE POUR L'OBTENTION DE CRÉDITS

La section du bas devra être retournée à l'OPDQ pour l'obtention des crédits de formation continue inscrits au dossier du membre. Nombre de crédits alloués : 5 UFC (4 UFC PP et 1 UFC EP).

Un chèque de 25 \$ (taxes incluses) émis à l'ordre de l'OPDQ devra accompagner cette feuille (pour couvrir les frais d'administration).

Doit être retourné avant le 30 mai 2016.

Les questions sont présentées sur le site Web de l'OPDQ, zone membre. Les réponses des questionnaires d'évaluation de formation continue seront publiées à la prochaine parution.

DOSSIER : Questions sur l'article d'Annie Aimé intitulé « L'image corporelle des enfants : manifestations cliniques et facteurs de risque et de protection »

- Comment se développe l'image corporelle ?
 - Elle se développe dès l'enfance, plus précisément à compter de l'âge de 6 ans.
 - Elle se développe à partir de plusieurs facteurs, incluant les caractéristiques physiques, l'influence des médias et les expériences interpersonnelles.
 - Elle se développe naturellement, grâce aux interactions entre les parents et leurs enfants.
 - Elle se développe uniquement chez certains enfants, d'autres étant jugés moins à risque.

- Lesquels des indicateurs suivants vous permettraient de déterminer si un enfant en particulier présente une image corporelle positive ?
 - L'enfant se pèse fréquemment et il dénigre son apparence.
 - L'enfant restreint son alimentation et fait partie d'une équipe sportive.
 - L'enfant s'engage dans des activités physiques agréables même s'il est légèrement plus gros que la moyenne des enfants de son âge.
 - L'enfant a une passion pour le ski et croit que les autres l'encouragent à poursuivre sa passion.


DOSSIER : Questions sur l'article de Catherine Lehoux-Dubois « L'orthorexie nerveuse ou manger sainement... à en devenir malade ! »

- Lequel de ces énoncés est faux ?
 - Les restrictions alimentaires dans l'orthorexie nerveuse ne sont pas motivées par des valeurs liées à la protection animale ni, par l'environnement ni par des croyances religieuses.
 - Aucune perte de poids n'est observée en orthorexie nerveuse.
 - Les gens ayant des antécédents de trouble du comportement alimentaire sont à risque d'orthorexie nerveuse.
 - L'orthorexie n'est pas un diagnostic en soi.
- Parmi ces éléments d'obsession alimentaire, une seule n'est pas valide dans le cas de l'orthorexie nerveuse. Laquelle ?
 - Valeur nutritive.
 - Ustensiles utilisés lors de la préparation des aliments.
 - Organismes génétiquement modifiés.
 - Protection animale.

DOSSIER : Questions sur l'article de Ève Crépeau « Troubles alimentaires et d'insatisfaction corporelle : les hommes aussi en souffrent »

- Quelles personnes sont particulièrement à risque de développer la dysmorphie musculaire ?
 - Ceux qui s'adonnent à l'entraînement physique et au culturisme ou qui s'entraînent très fréquemment.
 - Ceux qui présentent un surpoids.
 - Ceux qui ont déjà suivi un régime.
 - Ceux qui souffrent d'un trouble obsessionnel compulsif.

Découpez et postez à l'adresse ci-dessous

Nom(s)	LES TROUBLES ALIMENTAIRES : AU-DELÀ DES STÉRÉOTYPES	
Prénom(s)	Volume 13, n°3 Hiver 2016	5  (4 UFC PP et 1 UFC EP)
Numéro de membre	Réponses	
Signature	1. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	6. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
<p>Retournez cette section avec votre paiement de 25 \$ par la poste avant le 30 mai 2016 à : Ordre professionnel des diététistes du Québec, 550, rue Sherbrooke O., tour Ouest bureau 1855, Montréal, QC H3A 1B9</p>	2. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	7. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	3. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	8. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	4. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	9. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	5. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	10. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

6. À quoi correspond la masculinité hégémonique véhiculée par notre société contemporaine ?

- a) Un homme blanc.
- b) Un homme hétérosexuel.
- c) Un homme de classe moyenne.
- d) Un homme qui présente des traits caractéristiques telles l'assurance, la force physique et l'absence d'émotions.
- e) Toutes ces réponses.

LE PLUS : Questions sur l'article de Alexandra Pépin et Pascal Imbeault intitulé « Trekking en altitude : influences sur le métabolisme énergétique et astuces nutritionnelles »

7. Lors d'un trek en haute altitude, l'individu est soumis à des conditions hypoxiques aiguës pouvant réduire la quantité d'oxygène contenue dans le sang. Quelle est la cause de cette condition nommée hypoxémie ?

- a) Une augmentation de la pression partielle en oxygène rendant ainsi l'air trop dense pour une diffusion optimale de l'oxygène dans le sang.
- b) Une augmentation de la pression atmosphérique rendant ainsi l'air trop dense pour une diffusion optimale de l'oxygène dans le sang.
- c) Une diminution de la pression partielle en oxygène dans de l'air, ainsi moins de molécules d'oxygène peuvent se lier à l'hémoglobine.
- d) Une diminution de la concentration en oxygène en altitude comparativement au niveau de la mer.

8. Lors d'une exposition à l'hypoxie aiguë, quels substrats énergétiques sont principalement utilisés par l'organisme ?

- a) Les protéines.
- b) Les glucides.
- c) Les acides gras.
- d) Les triglycérides.

CHRONIQUE JURIDIQUE : Questions sur l'article de Janick Perreault « L'art de bien adresser à un tiers »

9. Laquelle des affirmations suivantes est vraie ?

- a) Lorsqu'un client est dirigé vers un diététiste/nutritionniste, ce dernier peut dès lors communiquer avec la personne qui lui a envoyé le client pour lui fournir des renseignements.
- b) Un diététiste/nutritionniste peut refuser ou cesser de traiter un client qui désire consulter d'autres personnes qui ne sont pas des professionnels.
- c) Dans la mesure où il possède les capacités et les connaissances pour suivre un client, le diététiste/nutritionniste ne peut pas diriger ce client vers un autre professionnel.
- d) Le diététiste/nutritionniste ne peut pas diriger ses clients vers n'importe qui, même lorsqu'il est question de services qu'il ne peut rendre lui-même.

10. Laquelle des affirmations suivantes est fausse ?

- a) Il peut être pertinent, voire utile, de fournir un rapport de consultation à la personne qui a dirigé le client.
- b) Les recommandations faites au client visant à le diriger vers d'autres professionnels ne sont pas des renseignements devant être consignés au dossier.
- c) Une copie des rapports de consultation doivent être inclus dans le dossier du client.

**Voici les réponses
aux questions
de reconnaissance
de formation continue**

Volume 13 n° 2 – Automne 2015

**Allergies et intolérances alimentaires :
au-delà des restrictions**

1. D 2. C 3. C 4. D 5. A
6. D 7. B 8. A 9. A 10. A

L'OPDQ, c'est

La protection du public par :

L'admission, la formation continue, l'inspection professionnelle, la déontologie, la discipline, le soutien aux membres, les publications, la présence en commissions parlementaires, le traitement des plaintes ...

C'est aussi

12 employés à la permanence de l'Ordre, 22 Comités et sous-comités et plus de 3 000 membres compétents et dévoués.