

NUTRITION

SCIENCE EN ÉVOLUTION

La revue de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

LA GESTION AUTREMENT

DOSSIER

- LA PRATIQUE RÉFLEXIVE AU CŒUR DE NOS COMPÉTENCES ET DE LA FORMATION DE LA RELÈVE
- ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DE LA POLITIQUE ALIMENTAIRE DU CHUM À L'HÔPITAL NOTRE-DAME

LE PLUS

- NUTRITION ET MALADIE DE PARKINSON



**La Tablée
des Chefs**

NOURRIR ÉDUQUER

**LE MOTEUR
D'IMPLICATION SOCIALE**
DES
**CHEFS, CUISINIERS,
PÂTISSIERS ET FOODIES!**

MISSION

Nourrir les familles dans le besoin et éduquer les générations futures en développant leur autonomie alimentaire.

NOURRIR

- Service de courtoisie en alimentation durable
- Corvées alimentaires corporatives
- Semaine des écoles hôtelières

ÉDUQUER — NOS FORMATIONS CULINAIRES

- Brigades culinaires dans nos écoles secondaires en milieu défavorisé
- Programmes dans les centres jeunesse et les maisons de jeunes
- La cuisine d'été à Bon Départ

Pour de plus amples informations, veuillez visiter notre site web tableedeschefs.org ou par téléphone au **450 748-1638**



AUTOMNE 2013

Dossier – La gestion autrement

8 La pratique réflexive au cœur de nos compétences et de la formation de la relève

Danielle Lepage, Dt. P. M. Sc.

Responsable de formation clinique au département de nutrition de l'Université de Montréal

Annie Vallières, Dt. P. M. Sc.

Responsable de formation clinique au département de nutrition de l'Université de Montréal

Josée Lessard-Harvey, étudiante M. Sc., Dt. P., Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal

Alain Ishac, M. Sc., Dt. P., nutritionniste

Louise Tremblay, M.A.P., Dt. P., coordonnatrice des activités d'alimentation, Services alimentaires du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Caroline Loranger, M. Sc., Dt. P., adjointe à la coordonnatrice des activités d'alimentation du CHUM, Services alimentaires du CHUM

Marie-Claude Bray, Dt. P., adjointe à la coordonnatrice des activités d'alimentation du CHUM, Services alimentaires du CHUM

Bryna Shatenstein, Ph. D., P. Dt., professeure titulaire, Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal et chercheuse, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Édith Painchaud, M. Sc., Dt. P., responsable de formation clinique, Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal

Danielle Lepage, M. Sc., Dt. P., responsable de formation clinique, Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal

Irene Strychar, Ed. D, Dt. P., professeure titulaire et directrice, Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal et chercheuse, Centre de Recherche du CHUM (CRCHUM)

12 Évaluation de l'implantation de la politique alimentaire du CHUM à l'Hôpital Notre-Dame

Éditorial

4 La gestion autrement

Line Duval, Dt. P.

Chef, Activités alimentation et nutrition
Centre d'hébergement Laurendeau – CSSS d'Achuntsic Montréal-Nord

Julie Paquette, Dt. P., M. Sc.

Directrice adjointe, Nutrition
Les Producteurs laitiers du Canada

18 Nourrir le monde, aujourd'hui et demain : l'importance des sciences et des technologies des aliments

Josiane Couto, Stagiaire en nutrition

Le plus

28 Nutrition et maladie de Parkinson

Naghm Irani, étudiante en maîtrise, Bachelor of Science (Nutritional Sciences) (Dietetics Major), Université McGill

Mot de la présidente

5 Être un bon gestionnaire

Anne Gagné, Dt. P., nutritionniste

Reconnaissance de formation continue

19 Questionnaire détachable pour l'obtention de crédits d'UFC

Nutrition pratico-pratique

33 Évaluation de la satisfaction des élèves de la cafétéria scolaire

Avrile Gagné, Dt. P. Nutritionniste – Commission scolaire des Phares, Comtés de La Mitis et Rimouski-Neigette

Sommaires de recherche

18 Apport calcique et mortalité d'origine cardiovasculaire

Mimosa Nguyen, Stagiaire en nutrition

Actualités

21 Deux publications récentes en nutrition

Reportage

22 Journée de formation en nutrition sportive

Marie-Claude Beaudet, Dt. P., Gestionnaire de programmes provinciaux, Nutrition

Andreeanne Poutre, Dt. P., Gestionnaire de projets provinciaux, Nutrition,

Les Producteurs laitiers du Canada

34 Comme ils ne savaient pas que c'était impossible, ils l'ont fait : réussite d'un projet Lean appliqué dans le service alimentaire

Lise Marcotte, Dt. P., M. Sc., directrice adjointe des ressources matérielles au CSSS du Sud-Ouest-Verdun

Mélissa Léveillé, BA, agente de communication au CSSS du Sud-Ouest-Verdun

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.



4 LA GESTION AUTREMENT



Line Duval, Dt. P.

Chef, Activités alimentation et nutrition
 Centre d'hébergement Laurendeau –
 CSSS d'Ahuntsic Montréal-Nord

Julie Paquette, Dt. P., M. Sc.

Directrice adjointe, Nutrition
 Les Producteurs laitiers du Canada

Depuis déjà quelques années, les nutritionnistes doivent s'investir dans des activités professionnelles de plus en plus variées et complexes.

Les gestionnaires n'y échappent pas. En effet, que l'on soit nutritionniste clinicien ou gestionnaire en milieu hospitalier, en milieu scolaire, en communication, en industrie ou en santé publique, la gestion devient un défi quotidien et doit s'exercer de bien des façons, et parfois même autrement. Dans ce numéro, nous souhaitons donc rejoindre nos collègues issus des milieux aussi variés que possible.

Le premier article en est sans doute un qui nous aura permis d'atteindre cet objectif. En effet, les auteures, Annie Vallières et Danielle Lepage, toutes deux responsables de la formation clinique au département de nutrition de l'Université de Montréal, présentent un article portant sur la supervision d'étudiants, en s'attachant plus précisément à la pratique réflexive. Cet article nous explique ce qu'est cette pratique, qui nous permet de développer notre double rôle : soit celui de professionnels de la santé et de pédagogues dans quelque domaine de pratique que ce soit. Les auteures présentent également les avantages de la pratique réflexive pour le professionnel, pour l'étudiant, pour les équipes et pour la profession. Cet article est le premier d'une série de deux. Ce dernier sera présenté dans le prochain numéro.

Le second article, rédigé par la D^{re} Irene Strychar et ses collaborateurs, porte sur l'implantation de la politique alimentaire au CHUM, politique qui a augmenté la satisfaction des employés à l'égard des services alimentaires et a également contribué à améliorer leurs habitudes de vie à l'extérieur des lieux de travail.

La section Nutrition pratico-pratique de ce numéro présente également les expériences de collègues gestionnaires issues de deux milieux différents : l'une travaille dans une commission scolaire, et l'autre dans un centre de santé et de services sociaux (CSSS). Toutes deux nous parlent d'une démarche professionnelle novatrice, créative et fondée sur le désir d'améliorer l'état des choses. Avrielle Gagné décrit une démarche visant à améliorer le service alimentaire de la commission scolaire et le rôle joué à cet égard par les élèves, le comité École en santé, le directeur des ressources matérielles et le concessionnaire. Lise Marcotte, quant à elle, décrit la démarche du CSSS sud-ouest Verdun visant l'harmonisation des menus pour les clientèles de ses sept centres d'hébergement dans le cadre d'un projet Lean.

Nous espérons que ce numéro aussi formateur que pratique vous apportera une bonne dose d'inspiration. ■

Volume 11 n°2 Automne 2013

Ordre professionnel des diététistes du Québec

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

Téléphone : 514 393-3733 Sans frais : 1 888 393-8528

Télécopieur : 514 393-3582

opdq@opdq.org www.opdq.org

Édition

Ordre professionnel des diététistes du Québec

Comité éditorial

Julie Paquette, Dt.P., M.Sc, présidente du Comité

Chantal Bémour, Dt.P., Ph.D.

Nadine Bonneville, Dt.P., Ph.D.(c)

Line Duval, Dt.P.

Clotilde Fascione, Dt.P., MPH

Annie Ferland, Dt.P., Ph.D.

Hélène Gayraud, Dt.P. M.Sc.

Marie-Noël Geoffrion, Dt.P.

Marie-Eve Lavoie, Dt.P., Ph.D.

Geneviève Mailhot, Dt.P., Ph. D.

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

Julie Robitaille, Dt.P., Ph.D.

Stéphanie Tremblay, Dt.P., M.Sc.

Coordination

Lise Tardif, adjointe aux communications

et aux services à la clientèle

Rédaction

Marie-Claude Beaudet, Marie-Claude Bray, Josiane

Couto, Line Duval, Anne Gagné, Avrielle Gagné, Nagham

Irani, Alain Ishac, Cristina Leblanc, Danielle Lepage,

Josée Lessard-Harvey, Mélissa Léveillé, Caroline

Loranger, Lise Marcotte, Mimosa Nguyen, Édith

Painchaud, Geneviève Painchaud-Guérard, Julie

Paquette, Andréanne Poutré, Bryna Shatenstein, Irene

Strychar, Louise Tremblay, Annie Vallières.

Réviseurs

Tous les articles sont révisés par des pairs.

Direction artistique et production

G branding & design – 514 985-4181

Impression

Graphiscan

Crédit photos

Couvert 1; pages 7; 10; 11; 15; 18-21; 28 : Veer

Renseignements généraux

La revue NUTRITION – science en évolution est publiée

trois fois l'an par l'Ordre professionnel des diététistes du

Québec.

Publicité

G branding & design – 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 mes-

sage. 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

Nous invitons tous les lecteurs et lectrices à nous sou-

mettre des renseignements ou des articles susceptibles

d'intéresser les membres de l'Ordre. Faites-nous parvenir

vos textes au siège social de l'Ordre à l'attention de

Lise Tardif, adjointe aux communications et aux services

à la clientèle.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada – ISSN 1708-0452

Convention de la Poste-publication n°: 40052288

Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au

Canada à: OPDQ, 2155, rue Guy, bureau 1220, Montréal

(Québec) H3H 2R9 – opdq@opdq.org

ÊTRE UN BON GESTIONNAIRE



C'est avec grand plaisir que je découvre avec vous ce numéro de la revue entièrement dédié à la gestion. Comme cette discipline évolue constamment, il nous faut mettre à jour régulièrement nos connaissances. L'école de pensée des années 2010 est bien loin de l'école classique du 19^e siècle de Taylor, Fayol ou Gantt, époque où les cadres traitaient leurs subordonnés comme de simples exécutants. Aujourd'hui, la tendance est plutôt à l'autonomisation des employés et à la gestion intégrale de la qualité.

Anne Gagné, Dt.P., nutritionniste

Le sujet de la gestion m'apparaît d'une grande pertinence. D'une part, la gestion revêt un caractère universel. Elle nous touche tous, dans tous les domaines. Il suffit de penser aux fonctions de gestion (planification, organisation, direction et contrôle) et aux compétences qui y sont reliées (innovation, flexibilité, adaptation, leadership, communication, etc.), pour réaliser que tout un chacun a intérêt à être un bon gestionnaire de sa réalité, que ce soit en service d'alimentation, auprès de stagiaires, en clinique ou tout simplement dans ses relations interpersonnelles. D'autre part, la gestion des services de santé connaît de grands changements et est en pleine mutation, s'adaptant aux contextes économique, social, technologique et environnemental actuels. Inévitablement, face aux besoins d'une population vieillissante et en période de restrictions budgétaires, les coûts se doivent d'être rationalisés en fonction des budgets alloués au réseau de la santé tout en respectant la qualité des soins nutritionnels offerts à la population.

Il suffit de penser aux fonctions de gestion et aux compétences qui y sont reliées, pour réaliser que tout un chacun a intérêt à être un bon gestionnaire de sa réalité, que ce soit en service d'alimentation, auprès de stagiaires, en clinique ou tout simplement dans ses relations interpersonnelles.

L'évolution de la gestion dans le domaine de la nutrition ne fait pas exception. Depuis quelques années, nous assistons à l'optimisation des ressources, tant en soins nutritionnels qu'en gestion des services d'alimentation. En nutrition clinique, la tendance à répartir les ressources budgétaires par clientèle (pneumologie, cardiologie, etc.) plutôt que par service (nutrition, physiothérapie, etc.) en est un bon exemple. Du côté de la gestion des services d'alimentation, l'impartition et les achats de groupe sont de plus en plus courants. Enfin, tous secteurs confondus, le nombre de postes-cadres intermédiaires tend à diminuer.

Dans ce contexte de rationalisation des budgets, l'OPDQ tient à souligner la maturité dont font preuve les diététistes-nutritionnistes face aux situations auxquelles elles sont parfois confrontées. À cet égard, l'Ordre rappelle que, conformément à son mandat de protection du public, cette rationalisation ne doit pas entrer en contradiction avec les obligations professionnelles de ses membres. Deux leviers sont à la disposition des diététistes-nutritionnistes pour éviter de telles situations. Sur le plan de la responsabilité professionnelle, le Code de déontologie des diététistes du Québec est l'élément central de la pratique. Il établit les obligations professionnelles et assure ainsi des soins adéquats et intègres à la population. Par conséquent, il fournit les assises et les arguments légaux permettant d'intervenir dans tout contexte, incluant les changements de pratique et de structure organisationnelle. Sur le plan organisationnel, l'Ordre invite les diététistes-nutritionnistes à informer les

responsables de la qualité des soins de leur établissement, soit le Conseil multidisciplinaire, des situations dans lesquelles la qualité des soins aux patients risque de diminuer. Enfin, sur une note moins formelle, l'OPDQ encourage le partage d'expérience et d'informations entre les diététistes-nutritionnistes, notamment pour ce qui est des projets qui sont implantés avec succès. À ce sujet, le texte de la section pratico-pratique de ce numéro saura vous inspirer!

En conclusion, la gestion évolue et ce numéro arrive à point. En tant que professionnels, nous ne devons jamais hésiter à perfectionner nos compétences en gestion puisqu'elles représenteront toujours un atout pour notre profil, peu importe l'emploi ou à l'activité convoitée.

Sur ce, bonne lecture!

Bonne réflexion! ■

6 SKILLED MANAGEMENT AND ITS BENEFITS



It is with great pleasure that I explore this issue of the journal with you, which is dedicated to management. As this field is constantly changing, we need to regularly update our knowledge. The school of thought of the 2010 years is far from the classical school of the 19th century of Taylor, Gantt and Fayol, a period where managers treated their subordinates as mere executors. Today, the trend is rather in the empowerment of employees and in total quality management.

Anne Gagné, P.Dt., Nutritionniste

The subject of management appears to be highly relevant. On one hand, management has a universal character affecting all of us, in all fields. One just has to think of the management functions (planning, organizing, directing and controlling) and the related skills (innovation, flexibility, adaptability, leadership, communication, etc.) in order to realize that everyone can benefit in becoming a good manager in their own field, whether it be in food services, with stagiaires, in a clinical setting or simply in their interpersonal relationships. On the other hand, the management of health care services is undergoing fundamental changes, adapting to the current economic, social, technological and environmental contexts. Inevitably, in face of the needs of an aging population and at a time of budgetary restrictions, expenses need to be rationalized according to the budget allocated to health care services, while respecting the quality of nutritional care provided to the population.

One just has to think of the management functions and the related skills in order to realize that everyone can benefit in becoming a good manager in their own field, whether it be in food services, with stagiaires, in a clinical setting or simply in their interpersonal relationships.

The evolution of management in the field of nutrition is no exception. In recent years, we have witnessed the optimization of resources, both in nutrition care and in the management of food services. In clinical nutrition, the trend to allocate budgets for resources by client program (pulmonary care, cardiology, etc.) rather than by clinical services (nutrition, physiotherapy, etc.) is a good example. In the management of food services, outsourcing and group purchasing are more and more common. Furthermore, in all sectors, there is a tendency to decrease the number of middle management positions.

In the context of streamlining budgets the OPDQ acknowledges the maturity shown by dietitians-nutritionists in conflicting situations. In these cases, the Order reminds us that, according to their mandate of protecting the public, a budget rationalization must not be in conflict with the professional obligations of the members. Two organizational tools are available to dietitians-nutritionists to avoid such situations. In terms of professional responsibility, the Code of Ethics for dietitians of Québec is the main reference for practice. The Code establishes professional obligations, and thus ensures appropriate and trustworthy care to the population. Consequently, it provides the foundation and the legal arguments to intervene in any context, including changes in practice and in the organizational structure. At the organizational level, the Order suggests

dietitians-nutritionists to report situations to those responsible for quality of care in their establishment, for example, to the Multidisciplinary Council, when the quality of patient care is at risk to decrease. Lastly, on a less formal note, the OPDQ encourages the sharing of experiences and information between dietitians-nutritionists, especially for projects that are successfully implemented. To illustrate this, the article in the practice-based section of this issue will be a source of inspiration!

In conclusion, as management is evolving, this issue is timely. As professionals, we must never hesitate to improve our management skills as this will always be an asset to our profile, regardless of our employment or pursued activities.

Enjoy your reading! ■

La prévalence de l'intolérance au lactose chez les adultes canadiens



Susan I. Barr, Ph. D., RD, FDC
Professeure
Nutrition et santé
Faculté de l'agriculture
et de l'alimentation
Université de la
Colombie-Britannique

Les produits laitiers sont associés à plusieurs bienfaits comme la santé osseuse et la réduction du risque d'hypertension, de cancer du côlon ou de diabète de type 2. Bon nombre de personnes qui se croient intolérantes au lactose limitent leur consommation de produits laitiers ou les évitent. Par conséquent, elles pourraient compromettre non seulement leurs apports en calcium et en vitamine D, mais également leur santé.

LA PRÉVALENCE DE L'INTOLÉRANCE AU LACTOSE

L'intolérance au lactose se caractérise par des symptômes tels que des crampes, des ballonnements, de la douleur abdominale et de la diarrhée, lorsque le lactose est consommé en grande quantité par des personnes qui possèdent un faible taux d'enzymes intestinales digérant le lactose. Contrairement à une allergie aux protéines laitières, qui requiert d'éviter les produits laitiers, des études à double insu démontrent que les personnes intolérantes au lactose peuvent en consommer en quantité modérée sans percevoir de symptômes¹. La prévalence de l'intolérance au lactose – qu'elle soit diagnostiquée par un médecin ou signalée par la personne – est inconnue au Canada. Nous avons donc entrepris une étude pour évaluer la prévalence et les facteurs associés aux cas d'intolérance au lactose signalée par les personnes dans la population adulte canadienne².

Stratégies alimentaires pour gérer l'intolérance au lactose¹

1. Une quantité allant jusqu'à 12 grammes de lactose (1 tasse de lait) est généralement bien tolérée.
2. Une consommation répétée et régulière d'aliments contenant du lactose favorise l'adaptation colique.
3. Les aliments contenant du lactose sont mieux tolérés lorsqu'ils sont consommés au cours d'un repas.
4. Les fromages à pâte dure contiennent très peu de lactose et sont généralement bien tolérés.
5. Le yogourt est habituellement bien toléré en raison de la digestion bactérienne du lactose.
6. Des produits sont offerts sur le marché, tels que des gouttes de lactase ou des comprimés de lactase pouvant être ajoutés aux produits laitiers ou pris avant leur consommation.
7. Il existe des laits sans lactose et ceux-ci sont facilement accessibles.

D'après l'énoncé de consensus du NIH¹

Notre étude menée chez 2 251 Canadiens de 19 ans ou plus a révélé ce qui suit :

- 16 % des participants (ou environ 1 sur 6) ont signalé qu'ils étaient intolérants au lactose; on comptait parmi eux une prévalence plus élevée de cas chez les femmes, les jeunes adultes, les non-Blancs et les personnes qui ont répondu à l'enquête en anglais plutôt qu'en français, mais qui possédaient le même niveau de scolarité.
- Les personnes intolérantes au lactose étaient moins portées à penser que les produits laitiers sont bénéfiques pour la santé et ils en consommaient beaucoup moins.
- Les personnes intolérantes au lactose consommaient moins de fromage, même si la plupart des fromages à pâte dure contiennent une quantité négligeable de lactose.
- Les personnes intolérantes au lactose avaient des apports moyens en calcium significativement plus bas – combinaison de produits laitiers, substituts et suppléments – par rapport à ceux qui n'avaient pas signalé d'intolérance au lactose (respectivement 739 mg/jour vs 893 mg/jour, $p < 0,001$)².

Les professionnels de la santé devraient informer les personnes aux prises avec une intolérance au lactose – qu'elle soit diagnostiquée par un médecin ou signalée par la personne – au sujet des moyens de consommer des produits laitiers de manière à ne pas provoquer de symptômes afin d'éviter des carences en nutriments^{1,2}.

La consommation de suppléments de calcium ou de boissons de soya enrichies n'est pas en mesure de compenser le faible apport en produits laitiers.

À la différence d'une allergie aux protéines laitières, éviter les produits laitiers n'est pas recommandé à ceux qui se croient intolérants au lactose, ni à ceux qui ont reçu un tel diagnostic.

Les stratégies destinées à gérer l'intolérance au lactose sans éviter les produits laitiers sont recommandées.

Faits saillants

Références: 1. National Institutes of Health. NIH Consensus Development Conference Statement: Lactose Intolerance and Health. *NIH Consensus State Sci Statements* 2010; Feb 24;27(2) [dairynutrition.ca/scientific-evidence/lactose-intolerance-and-milk-allergy/lactose-intolerance-and-health-consensus-from-the-national-institutes-of-health]. 2. Barr SI. Perceived lactose intolerance in adult Canadians: a national survey. *Appl Physiol Nutr Metab* 2013;38:830-835.

PRÉSENTÉ PAR



NUTRITION

LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA

savoirlaitier.ca



LA PRATIQUE RÉFLEXIVE AU CŒUR DE NOS COMPÉTENCES ET DE LA FORMATION DE LA RELÈVE

Danielle Lepage, Dt. P. M. Sc.

Responsable de formation clinique au département de nutrition de l'Université de Montréal

Annie Vallières, Dt. P. M. Sc.

Responsable de formation clinique au département de nutrition de l'Université de Montréal

La pratique réflexive au cœur de nos compétences et de la formation de la relève

De nos jours, les professionnels de la santé sont appelés à assumer des tâches pour lesquelles ils ont été peu ou pas préparés et la profession de nutritionniste n'échappe pas à la règle. Les défis rencontrés par le nutritionniste, tels la gestion d'un changement organisationnel, les multipathologies de la clientèle et la supervision de futurs collègues, augmente le niveau de difficulté à exercer un jugement professionnel de qualité (1).

De ce fait, le nutritionniste clinicien, le gestionnaire ou l'intervenant en santé publique a tout intérêt d'acquiescer de nouvelles connaissances sur la pratique réflexive, qui peuvent l'aider à assumer plus facilement le double rôle qu'il doit exercer : celui de professionnel de

la santé et de pédagogue. En intégrant cette pratique dans ses activités professionnelles et pédagogiques, le nutritionniste est mieux outillé pour s'adapter aux changements, accepter les critiques associées à sa pratique et tirer des leçons de l'expérience acquise (2). Selon les observations de Schön (1983), les professionnels relèvent les défis de leur pratique en s'appuyant principalement sur les expériences antérieures plutôt que sur des modèles théoriques appris en salle de classe (1).

L'évolution de la pratique réflexive

Étant donné les nombreuses publications sur la réflexion, la terminologie qui sert à définir le concept de la démarche réflexive est des plus variées (3, 4). À l'origine, la démarche réflexive s'est développée dans le domaine de l'enseignement. Depuis que Dewey (1933),

philosophe et pédagogue américain, a discuté du concept de pensée réflexive, plusieurs auteurs s'intéressent à la démarche qui en découle (1,3,5). La réflexion, parfois appelée introspection, est une composante du développement d'un raisonnement de qualité et joue un rôle important dans les apprentissages et l'amélioration des compétences d'un professionnel (1,6). La **figure 1** illustre les trois composantes du raisonnement professionnel. On s'entend pour dire que la métacognition est une introspection, c'est-à-dire qu'elle comporte l'observation méthodique de ses propres actions et la capacité d'évaluer objectivement son processus d'apprentissage (2,7). Ainsi, tout professionnel doit avoir des connaissances tant au niveau théorique que pratique, et savoir se servir de la cognition et de la métacognition pour être en mesure de parfaire son raisonnement professionnel (6).

Exercer une pratique réflexive fait davantage référence à la capacité d'apprendre de sa pratique et de repérer ses besoins d'apprentissage (2,3). Ainsi, **la pratique réflexive est la capacité de se remettre en question, d'analyser ses interventions et d'expérimenter de nouvelles façons de faire afin de rendre ses interventions professionnelles plus efficaces**

(1,2,3). À cet égard, Schön (1983) a identifié deux niveaux de réflexion : la réflexion en cours d'action et la réflexion sur l'action (1). La réflexion sur l'action sous-entend une démarche réflexive plus approfondie (1). Ainsi, le professionnel doit examiner ce qui se passe, et comprendre comment cela se passe, pourquoi cela se passe de cette manière et ce qui pourrait être fait autrement afin de perfectionner ses compétences au fil du temps (2).

La pratique réflexive est bénéfique pour le professionnel mais aussi pour les équipes car elle est liée de près à la collaboration professionnelle. Il peut être intéressant et constructif d'amorcer et d'encourager des discussions qui mènent à des décisions collectives et à des interventions concrètes (8). Grâce à ces échanges, les professionnels sont plus à même d'adapter leur pratique. Pour améliorer leur compréhension d'une situation, ils peuvent s'engager dans des discussions pour comparer leurs perceptions à celles des autres (9). Les remises en question et la mise en commun d'opinions divergentes entre collègues ou entre l'étudiant et le formateur peuvent constituer une occasion d'apprentissage par interaction sociale(8). De plus, elles peuvent aider à harmoniser les pratiques plutôt qu'à les rendre uniformes(8).

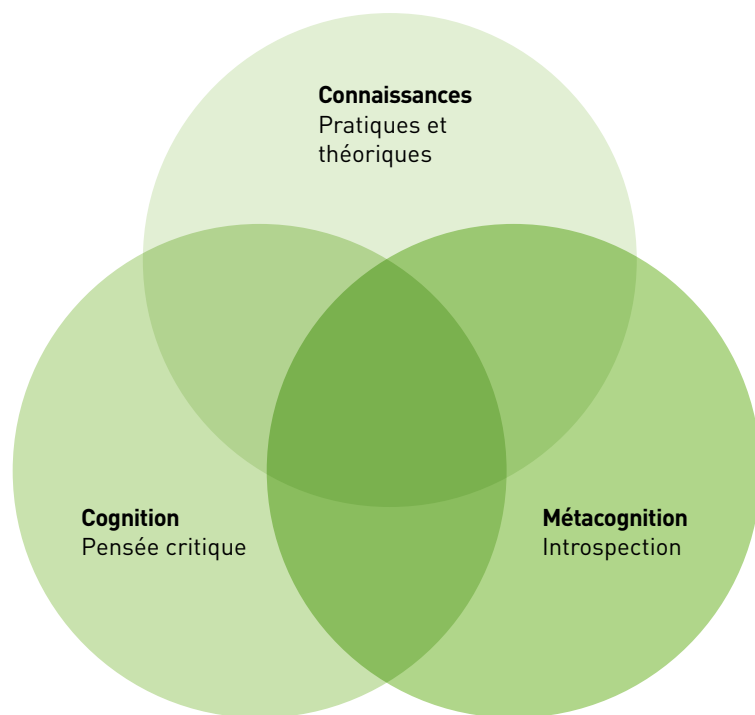


Figure 1 Composantes du raisonnement professionnel

Source : Adaptation du CNFS (2009).

Comment passer du statut d'étudiant à celui de professionnel compétent

Nous avons tous le souci d'être compétents et de former une relève compétente. La pratique réflexive prend ici tout son sens. Les stages forcent l'étudiant à expérimenter et à s'exercer pour développer ainsi son identité professionnelle. En étant proactif, il est amené à réfléchir à ses apprentissages, à décortiquer ses actes, à mettre en relief les forces et les points à retravailler pour en apprendre sur sa pratique et pour développer les compétences requises pour exercer sa profession (10).

Selon Lafortune et ses collaborateurs, les caractéristiques d'une personne compétente sont : savoir agir et réagir dans un contexte particulier, savoir combiner différentes ressources et les mobiliser, comprendre les sources et les raisons du succès ou de l'échec et se montrer capable d'adapter ses compétences dans d'autres contextes (2).

Les stages de formation professionnelle sont donc des étapes incontournables dans le parcours académique du professionnel de la santé, car ils constituent des occasions privilégiées d'exposer l'étudiant aux situations réelles et complexes du marché du travail (3, 10). À partir de l'expérimentation en stage et de la réflexion sur les interventions effectuées, l'étudiant se responsabilise dans sa démarche d'apprentissage et acquiert graduellement les compétences professionnelles nécessaires à sa pratique. Pendant le stage, le superviseur accompagne l'étudiant, guide sa réflexion et exerce une influence sur ses pratiques professionnelles afin de l'aider à améliorer ses compétences. Ce leadership d'accompagnement influe de manière positive sur l'engagement des stagiaires dans leur formation, puisque le superviseur encourage le stagiaire à trouver ses propres moyens pour passer à l'action et lui permet ensuite d'expérimenter de nouvelles façons de faire (8).

Le climat de confiance qui s'installe entre le superviseur et le stagiaire est une condition essentielle à l'accompagnement réflexif, qui doit se faire dans le respect du stagiaire (11). L'étudiant est en position vulnérable lorsqu'il sort de sa zone de confort et est confronté à l'évaluation de ses compétences comme futur nutritionniste. La pratique réflexive demande à être confortable à parler de soi et à discuter de ses forces et éléments à travailler. La capacité d'évaluer correctement ses apprentissages et ses activités professionnelles constitue par elle-même une compétence (2).

10 Réfléchir : par où commencer et quelles sont les étapes du processus ?

Le processus réflexif est souvent déclenché par un doute, un malaise, un différend ou une incertitude (12). Selon plusieurs auteurs, lorsqu'une personne se retrouve dans une situation nouvelle ou qu'elle se sent déstabilisée, elle se trouve devant de nombreuses occasions d'apprentissage (2,10,11). Les apprentissages en profondeur suscitent des déséquilibres qui ne sont pas toujours agréables à vivre, mais qui peuvent provoquer des changements dans la pratique (2). Comme superviseur, mais aussi comme professionnel, il faut savoir les susciter, les reconnaître et en tirer profit (8).

Quatre grandes catégories de catalyseurs d'un processus réflexif ont été élaborées (12). Le catalyseur est l'élément déclencheur de la réflexion et il varie selon la situation. Le **tableau 1** ci-dessous présente des catalyseurs adaptés à notre pratique. La manière de donner de la rétroaction à l'étudiant peut aussi devenir un catalyseur, si elle encourage l'étudiant à discuter de ses interventions et à réfléchir pour trouver ses propres solutions plutôt que d'attendre le « verdict » du superviseur (2). La remise en question induite par le questionnement du stagiaire devient donc un outil intéressant, car elle permet d'amorcer une discussion avec le stagiaire sur ses interventions et sur ses compétences de futur professionnel (2,3).

Le processus réflexif présenté dans la **figure 2** illustre les étapes d'analyse d'une situation jusqu'à la mise en application du fruit de la réflexion. Ce modèle à cinq étapes a été présenté par Korthagen et coll. en 1985 (13). Mentionnons qu'une composante importante de la pratique réflexive demeure le passage à l'acte après la réflexion pour tenter des expériences qui reflètent le résultat de la réflexion et de l'analyse des pratiques (8, 13).

Comment encourager le questionnement réflexif

« Le questionnement sera réflexif s'il mène les personnes à réfléchir à leur pratique professionnelle, à penser aux stratégies ou aux processus mis en œuvre dans la réalisation d'une tâche ou de gestes professionnels (8) ». Ainsi, faire réfléchir l'étudiant sur sa vision de la profession et des raisons pour lesquelles il l'a choisie est un excellent moyen de l'inciter à adopter une pratique réflexive. Cela lui permettra de circonscrire ses attentes et de les ajuster à la réalité du marché du travail (8).

Des auteurs énumèrent différentes stratégies qui aident à développer et à encourager

Exercer une pratique réflexive fait davantage référence à la capacité d'apprendre de sa pratique et de repérer ses besoins d'apprentissage.

la pratique réflexive chez l'étudiant (3, 8). Le modelage d'une pratique réflexive en se donnant en exemple de personne qui exerce elle-même une telle pratique est une stratégie déterminante. De plus, verbaliser comment on agit et pourquoi on le fait ainsi permet d'amorcer des discussions qui peuvent guider l'étudiant de le faire par lui-même, avec plus de facilité (8). De plus, le superviseur a intérêt à montrer à l'étudiant qu'il est ouvert à améliorer sa pratique pédagogique (8). Malgré les nombreuses obligations quotidiennes, il faut trouver le temps de prendre du recul et de discuter avec l'étudiant des décisions prises et de les remettre en question pour mieux les expliquer.

Il peut être avantageux pour le superviseur de préparer des questions à poser à l'étudiant pour améliorer son écoute et pour alimenter sa réflexion sur un sujet précis. Par exemple, il peut s'agir de questions qui aident à faire des liens entre la théorie et la pratique ou qui incitent l'étudiant à schématiser des éléments importants dans notre secteur d'activités. On peut aussi lui poser des questions sur ce qu'il a trouvé facile et positif afin de l'aider à prendre

conscience des compétences acquises pendant le stage (8). Ce type d'interrogation peut se faire sous forme de discussions au quotidien tout au long du stage ou par écrit en recourant à différents outils.

L'écriture permet d'approfondir la réflexion, facilite l'expression des idées chez certaines personnes, laisse des traces, aide à prendre du recul et permet de structurer la pensée (3, 8). Le journal réflexif, par exemple, est un outil pédagogique et d'exploration qui permet de colliger les activités de stage et qui favorise le processus par lequel une personne tente de restructurer ses connaissances et ses expériences (14). C'est un outil pertinent lorsqu'on le considère comme utile pour soi et pour son travail professionnel. Il faut en faire l'expérience pour prendre conscience des atouts et des avantages de cette démarche. Le superviseur doit discuter avec le stagiaire de ce qu'il a écrit pour lui montrer qu'il accorde de l'importance à ses réflexions et à son processus d'apprentissage. Un journal tenu pendant une plus longue période permet de voir l'évolution des compétences professionnelles au fil du temps (8).

1. Ses propres émotions : un doute, une satisfaction, une perception
2. Des éléments reliés au contexte d'apprentissage : une question du superviseur, une décision du superviseur
3. Des éléments reliés au contexte professionnel : une remarque d'un autre professionnel, une question d'un patient / client / employé, un dilemme éthique
4. Le patient / la situation : évolution inhabituelle, complexité, insatisfaction par rapport aux soins

Tableau 1 Catalyseurs du processus réflexif chez le professionnel

Source : Adaptation de CAIRE FON et SANCHE (2010)

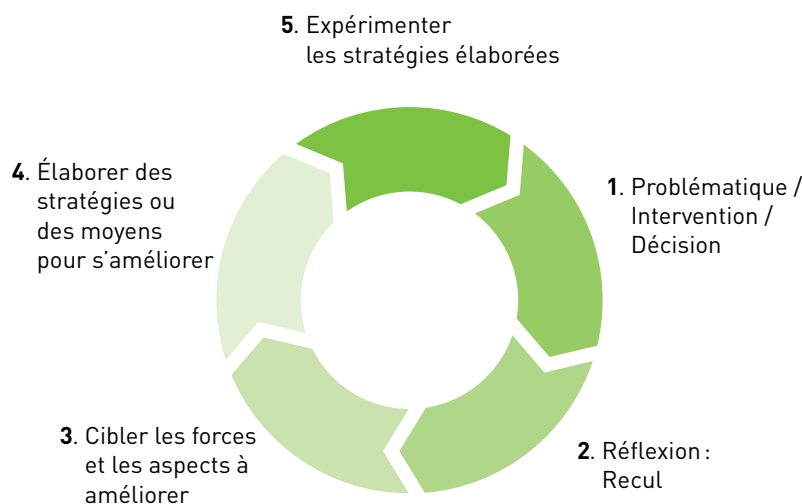


Figure 2 Étapes du processus réflexif
Source: KORTHAGEN et coll. (1985, 2001), traduction libre

On peut aussi inscrire sa réflexion sur un sujet précis ou sur les compétences nécessaires pour réaliser une tâche sur des fiches réflexives d'environ une page (8). Ces fiches peuvent être préparées à l'avance par le superviseur et permettront ainsi de structurer les réflexions qu'il faut nécessairement poursuivre pendant le stage. On doit écrire sa réflexion sur les compétences reliées à une tâche avant et après l'action pour pouvoir comparer entre elles les perceptions initiales et finales relatives à l'activité (8).

L'exercice de la pratique réflexive incite le professionnel ou l'étudiant à s'autoévaluer constamment à l'aide d'indicateurs ou de modèles de compétences. L'auto-évaluation demeure un processus important d'une démarche réflexive globale, allant de la préparation et jusqu'à la rétroaction donnée après l'action (3, 8).

Pour une profession dynamique et bien vivante

Le concept étant de plus en plus accepté, plusieurs programmes de formation en santé proposent des cours ou des activités qui touchent la pratique réflexive. D'ailleurs des programmes en sciences de la santé ont dans leur cursus académique un cours sur la pratique réflexive (15,16). De plus, le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé de la faculté de médecine de l'Université de Montréal offre à ses professeurs un cours sur l'approche réflexive pour développer leurs compétences d'enseignants (17). C'est dire que le professionnel autant que l'étudiant

doit s'approprier ce nouvel apprentissage afin de pouvoir continuer d'évoluer sur le marché du travail.

Il faut se souvenir que la pratique réflexive permet d'améliorer sa pratique professionnelle et pédagogique. Chaque personne structure ses connaissances et ses compétences selon ses acquis cognitifs, ses habiletés, ses attitudes et ses expériences antérieures (2). La pratique réflexive nous aide à améliorer notre jugement professionnel ainsi que notre jugement critique et notre jugement éthique, car tous ces types de jugement sont liés entre eux (8). En effet, la dimension critique est un élément du jugement professionnel qui favorise le recul et la rigueur. Chacun de nous doit se remettre en question, réfléchir et tenter de nouvelles approches pour perfectionner sa pratique et orienter sa formation continue en conséquence. Il s'agit d'une démarche essentielle pour garder notre profession dynamique et bien vivante! ■

Références

1. DA. SCHÖN. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. 1^{re} édition, New York, Basic Books, 1983, 374 p.
2. L. LAFORTUNE et al. *Une démarche réflexive pour une formation en santé*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, 2012, 252 p.
3. F. PARENT et J. JOUQUAN (sous la supervision de). *Penser la formation des professionnels de la santé. Une perspective intégrative*, Bruxelles, De Boeck, 2013, 440 p.
4. C. GERVAIS. « La réflexion: un ingrédient incontournable du portfolio. Mais qu'entend-on par réflexion? », présentation lors du Colloque sur le portfolio, 6 novembre 2009, www.bena.umontreal.ca/colloque_portfolio/documentation.html (page consultée le 7 août 2013).
5. J. DEWEY. *How we think*, Amherst, Prometheus Books, 1991, 224 p.
6. CONSORTIUM NATIONAL DE FORMATION EN SANTÉ (CNFS). Ateliers de perfectionnement à l'intention des professionnels de la santé. *Raisonnement pour mieux soutenir ma décision clinique*, Université d'Ottawa, <http://www.cnfs.ca/formation/lart-de-superviser-des-stagiaires> (atelier suivi en 2009).
7. V. DORY, T. de FOY et J. DEGRYSE. « L'auto-évaluation: postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale », *Pédagogie médicale*, volume 10, numéro 1, février 2009, p. 41-53.
8. L. LAFORTUNE et al. *Des stratégies réflexives- interactives pour le développement de compétences*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, 2012, 196 p.
9. F. LASNIER. *Réussir la formation par compétences*, Montréal, Guérin, 2000, 484 p.
10. L. ST-DENIS. « Le préceptorat: une collaboration inestimable pour une relève compétente », *Nutrition - Science en évolution*, volume 3, numéro 3, hiver 2006, p. 7-10.
11. CONSORTIUM NATIONAL DE FORMATION EN SANTÉ (CNFS). Ateliers de perfectionnement à l'intention des professionnels de la santé, *Bâtir un climat de confiance*, Université d'Ottawa, <http://www.cnfs.ca/formation/lart-de-superviser-des-stagiaires>, (page consultée le 23 août 2013).
12. N. CAIRE FON et G. SANCHE. « Je pense, donc je soigne, les dessous de la décision clinique », *Le Médecin du Québec*, volume 45, numéro 5, mai 2010, p.45-50.
13. F.A. KORTHAGEN. *Reflective teaching and preservice teacher education in the Netherlands*. *Journal of Teacher Education*, 1985, 36(5), 11-15.
14. F.A. KORTHAGEN. *Linking practice and theory: the pedagogy of realistic teacher education*. Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, 2001, 1-16. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.92.1562&rep=rep1&type=pdf> (page consultée le 22 août 2013).
15. Programme de maîtrise en ergothérapie de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, www.progcours.umontreal.ca/cours/index_fiche_cours/ERT60501.html, (page consultée le 7 août 2013).
16. Programme de baccalauréat en Sciences infirmières de l'Université de Montréal, www.progcours.umontreal.ca/guichets/progcours/cours/index_fiche_cours/SOI3013.html (page consultée le 7 août 2013).
17. CPASS. « Une approche réflexive pour développer ses compétences d'enseignant: les TCS en pédagogie », <https://www.cpass.umontreal.ca/calendrier/liste-ds-evenements/les-tcs-en-pedagogie?lang=FrCa>, (page consultée le 7 août 2013).

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DE LA POLITIQUE ALIMENTAIRE DU CHUM À L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Josée Lessard-Harvey,

étudiante M. Sc., Dt. P.,
Département de nutrition,
Faculté de médecine,
Université de Montréal

Alain Ishac, M. Sc., Dt. P., nutritionniste

Louise Tremblay, M.A.P., Dt. P.,
coordonnatrice des activités
d'alimentation, Services alimentaires
du Centre hospitalier
de l'Université de Montréal (CHUM)

Caroline Loranger, M. Sc., Dt. P., adjointe à la coordonnatrice des activités d'alimentation du CHUM,

Services alimentaires du CHUM

Marie-Claude Bray, Dt. P., adjointe à la coordonnatrice des activités d'alimentation du CHUM,

Services alimentaires du CHUM

Bryna Shatenstein, Ph. D., P. Dt., professeure titulaire, Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal et

chercheuse, Institut universitaire
de gériatrie de Montréal

Édith Painchaud, M. Sc., Dt. P., responsable de formation clinique, Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal

Danielle Lepage, M. Sc., Dt.P., responsable de formation clinique, Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal

Irene Strychar, Ed. D, Dt. P., professeure titulaire et directrice, Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal et chercheuse, Centre de Recherche du CHUM (CRCHUM)

Introduction

Les maladies chroniques liées à l'obésité représentent un fardeau considérable et de plus en plus lourd pour les individus, le système de santé et la société en général. Au Québec, selon les données de 2011, 50 % des adultes ont un surplus de poids, dont 58 % sont des hommes et 42 % des femmes⁽¹⁻²⁾. Plus précisément, 25 % des 50 % de ces adultes sont obèses. Le lien entre les facteurs nutritionnels et l'installation de l'obésité, ainsi que d'une vaste gamme de maladies chroniques, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires, est largement reconnu⁴⁻⁹. Le tiers des adultes québécois et environ 50 % des adultes canadiens consomment moins que les cinq portions minimales de fruits et de légumes recommandées⁹⁻¹¹. De plus, près du tiers seulement d'entre eux consomme suffisamment de produits laitiers^{9,10}. Au Canada, les apports moyens en graisses saturées dépassent les 10 % des apports énergétiques totaux recommandés et la consommation de fibres est nettement insuffisante (soit en moyenne de 19 g chez les hommes et de 16 g chez les femmes, au lieu de 38 g et de 25 g, respectivement¹²). En ce qui a trait au sodium, 95 % des hommes et 80 % des femmes du Canada en consomment plus que l'apport maximal recommandé de 2 300 mg par jour¹², l'apport le plus élevé étant observé dans la province du Québec⁹.

Afin de freiner l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques liées aux habitudes de vie, et à la suite du Plan d'action gouvernemental¹³, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a lancé un Cadre de référence¹⁴ dont une des directives était que chaque établissement du réseau de santé et des services sociaux du Québec élabore et mette en application une politique alimentaire¹⁴ avant mars 2012 (échéance reportée à mars 2013). Ainsi, en juin 2010, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal

(CHUM) a élaboré une politique alimentaire, cautionnée par son directeur général. Les principaux objectifs nutritionnels de la politique étaient : i) offrir des menus dont la teneur en graisses saturées n'excède pas 10 % des calories totales; ii) éliminer la friture et tous les aliments préalablement frits; iii) offrir une variété de produits céréaliers à grains entiers (au moins 50 % de l'offre totale, contenant au moins 2 g de fibres alimentaires par portion); iv) offrir des desserts et des collations qui n'excèdent pas 30 g de glucides par portion; v) offrir une variété de laits et de substituts de lait (contenant moins de 30 g de sucre par 250 ml); vi) offrir des jus de fruits purs à 100 % et des jus de légumes; vii) éliminer les boissons sucrées (comme les boissons gazeuses) et les boissons contenant des édulcorants artificiels; viii) offrir des menus dont la teneur en sodium n'excède pas 3 000 mg de sodium et qu'on devait réduire graduellement pour atteindre 2 300 mg, ainsi que des plats principaux dont la teneur en sodium n'excède pas 600 mg.

L'implantation de la politique alimentaire s'est déroulée en trois phases : i) la phase préparatoire (de sept. 2010 à nov. 2011), pendant laquelle on a évalué la conformité de l'offre alimentaire avec la politique afin de cibler les changements à effectuer; ii) la phase de rénovations (de nov. 2011 à fév. 2012) pendant laquelle les cafétérias ont subi des réaménagements majeurs, et ont reçu de nouveaux équipements de cuisine pendant qu'on éliminait ceux qui n'étaient pas conformes à la politique (p. ex., les friteuses); iii) la phase d'implantation (2012) qui a consisté en la mise en application des changements dans l'offre alimentaire. La figure 1 décrit l'échéancier des principales interventions nutritionnelles et environnementales, basé sur le plan d'action découlant de la politique. On note l'élimination du bacon, de la friture et des boissons gazeuses. L'élimination des boissons gazeuses

s'est accompagnée de quelques activités de sensibilisation du public (kiosques d'information), comme le placement de « cartons-tentes » sur les tables des cafétérias contenant des messages démystifiant certaines croyances et d'affiches dans les points de ventes proposant les boissons à privilégier.

Évaluation de la politique

Objectifs de l'évaluation: 1) déterminer les changements au niveau de la fréquentation des services alimentaires du CHUM ainsi

que les types de repas achetés et les choix alimentaires, 2) déterminer les changements relatifs à la satisfaction envers les services alimentaires, 3) déterminer l'incidence de la politique alimentaire du CHUM sur certaines habitudes de vie.

Méthodologie

Afin d'évaluer l'implantation de la nouvelle politique alimentaire au CHUM, on a conduit une étude comprenant un pré- et un posttest. L'échantillon a été formé d'employés de l'Hô-

pital Notre-Dame. Les critères d'admission étaient les suivants: employés travaillant le jour à temps complet à l'Hôpital Notre-Dame et rémunérés par le CHUM. Les diététistes, ainsi que les employés des services alimentaires et du Centre de recherche ont été exclus. La direction des ressources humaines (DRH) a fourni le nom des employés admissibles à l'étude. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique du CHUM.

Les employés ont été recrutés par le biais d'un courrier interne. On leur a demandé de

| Objectifs | 2011 | | | | | | 2012 | | | | | | Post-test | Après... | | | |
|--|----------|----------|------|-------|------|------|------|---------|---------|------|-------|-----|-----------|----------|------|---------|------|
| | ...avant | Pré-test | Août | Sept. | Oct. | Nov. | Déc. | Janvier | Février | Mars | Avril | Mai | | | Juin | Juillet | Août |
| Critères nutritionnels | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Établissement de normes d'achat | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Modifications des recettes (↓ sucre, Na et M.G.) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Modes de cuisson (peu ou pas de M.G.) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desserts sucrés: ↓ portions et sucre ajouté | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Na: < 480 mg/aliment, <600 mg/plat et < 3 g die | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Offre alimentaire | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ajouts: Fruits et légumes | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Produits laitiers et substituts faibles en M.G. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Produits céréaliers à grains entiers | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desserts à base de fruits ou au lait | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retraits: Bacon | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Friture et aliments frits | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Boissons gazeuses | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aliments trop salés (selon critères) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Limitier les aliments contenant du gras trans | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Menu cyclique de 2 semaines → 3 semaines | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plus grande variété de boissons | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rénovation | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Réaménagement physique des 2 cafétérias | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fontaines d'eau libre-service | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Activités éducatives et communications | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cartons-tentes « Mythes sur les boissons gazeuses » | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Affichage « meilleurs choix » de breuvages | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nouvelle interface sur intranet | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Figure 1 Échéancier de l'implantation de la politique alimentaire

| Caractéristiques au début de l'étude (n = 385) ^a | | |
|---|---|--------|
| Sexe | | |
| hommes | 97 | (25 %) |
| femmes | 284 | (75 %) |
| Âge (ans) | | |
| moyen | 44,1 ± 10,4 | |
| ≤ 30 ans | 61 | (16 %) |
| 31-40 ans | 63 | (17 %) |
| 41-50 ans | 136 | (35 %) |
| > 50 ans | 119 | (31 %) |
| Tabagisme | | |
| jamais ou ancien fumeurs | 333 | (88 %) |
| fumeurs | 47 | (12 %) |
| Catégories d'emploi | | |
| professionnels de bureau et cadres | 115 | (30 %) |
| professionnels de la santé | 100 | (26 %) |
| personnel technique | 115 | (30 %) |
| personnel de soutien | 55 | (14 %) |
| Activité physique^b | | |
| moyenne | 3,1 ± 2,2 | |
| non (<1) | 76 | (21 %) |
| oui (≥1) | 294 | (79 %) |
| Poids (kg) | | |
| moyen | 71,7 ± 18,8 | |
| Taille (m) | | |
| moyenne | 1,67 ± 0,09 | |
| IMC (kg/m²) | | |
| moyen | 25,7 ± 5,3 | |
| < 25 | 210 | (55 %) |
| 25-29,9 | 106 | (28 %) |
| ≥ 30 | 63 | (17 %) |
| Maladies chroniques^c | | |
| Oui | 65 | (18 %) |
| Non | 304 | (82 %) |
| Fréquentation des services alimentaires | | |
| Oui | 288 | (75 %) |
| Non | 94 | (25 %) |
| Repas complets^e | | |
| Oui | 201 | (53 %) |
| Non | 181 | (47 %) |
| a n (%) ou moyenne ± écart-type | d nombre de fois par jour où il y a consommation de fruits et/ou de légumes (sans mesure de portions) | |
| b nombre de jours par semaine avec un minimum de 15 minutes d'activité physique (sans égard à l'intensité) | e achat au moins occasionnel d'un repas complet à l'un des services alimentaires de l'Hôpital Notre-Dame | |
| c au moins un diagnostic de maladie chronique parmi : diabète, hypertension artérielle et maladies cardiovasculaires | | |

Tableau 1 Profil des répondants au pré- et au posttests

remplir deux questionnaires : un prétest (juillet 2011) et un posttest (octobre-novembre 2012). Des notes aux chefs des services ont aussi été affichées sur l'INTRANET du CHUM afin d'informer le personnel du projet et des envois à venir. Chaque employé admissible a reçu sur son lieu de travail une enveloppe contenant le formulaire de consentement, le questionnaire et l'enveloppe de retour pré-adressée.

Les questionnaires

Les employés ont été interrogés sur leur fréquentation des services alimentaires au CHUM : i) utilisation globale (oui/non), ii) fréquentation (nombre de fois par semaine) de chacun des quatre points de ventes (les deux cafétérias gérées par les services alimentaires du CHUM, soit les cafétérias Deschamps et Mailloux, ainsi que la Brûlerie St-Denis et les machines distributrices). On leur a aussi demandé de préciser les types de repas achetés (repas complet, partie d'un repas, collation). On a documenté la fréquence des achats (jamais, à l'occasion, 1 ou 2 fois par semaine, 3 ou 4 fois par semaine, 5 fois et plus par semaine) par catégorie d'aliments (22 au pré- et 19 au posttest, étant donné que les boissons gazeuses, les frites et les hot-dogs ont été éliminés). On a aussi demandé aux employés quel était leur niveau de satisfaction (pas du tout, un peu, modérément ou très satisfait) par rapport à l'offre alimentaire, à l'aménagement des locaux, au prix des aliments, au service, à la présentation des aliments et au goût des aliments, ainsi que leur satisfaction globale. Afin d'établir les caractéristiques de l'échantillon, on a recueilli les données suivantes : sexe, âge, emploi, taille, poids, niveau d'activité physique, tabagisme, antécédents de maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle). Le questionnaire du prétest était semblable à celui du posttest. Toutefois, dans le posttest, on demandait aux répondants d'énumérer les changements effectués au cours de l'année pour améliorer leurs habitudes de vies.

Analyses statistiques

Pour comparer les catégories de répondants et leurs types d'emploi, on a réalisé un test de chi-carré. Afin de comparer les données du pré- et du posttest, on a exécuté les tests de t (variables continues) et du chi-carré McNemar (variables catégorielles) à l'aide du logiciel SPSS version 15,0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois). Il a été considéré qu'un $p < 0,05$ était significatif.

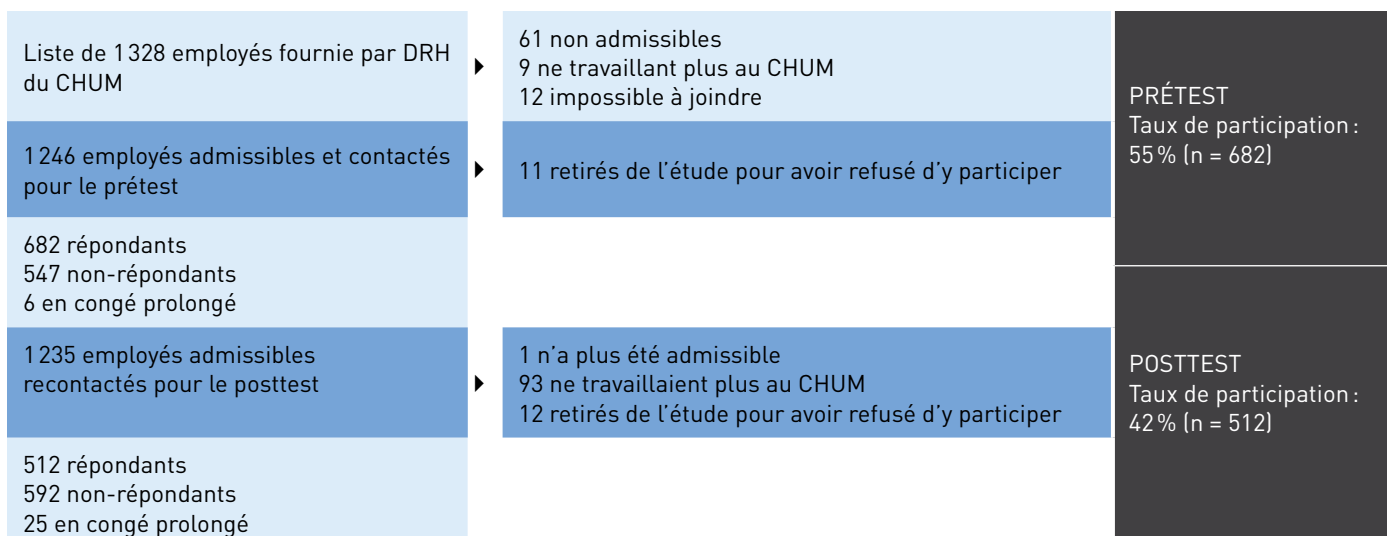


Figure 2 Recrutement des participants et achèvement de l'étude

Résultats

À partir de la liste de 1328 employés fournie par la DRH, 682 des 1246 employés admissibles (55 %) se sont soumis au prétest et 42 % au posttest (figure 2). On a comparé entre elles les quatre catégories de répondants (426 non-répondants, 297 répondants au prétest seulement, 127 au posttest seulement et 385 répondants au pré- et au posttest) en fonction des catégories d'emploi (professionnels de bureau et cadres, professionnels de la santé, personnel technique et personnel de soutien). Les non-répondants avaient plus tendance à faire partie du personnel de soutien tandis que les répondants avaient plus tendance à

faire partie de la catégorie des professionnels de bureau et cadres. On trouve dans l'article les résultats obtenus chez les employés ayant répondu aux deux questionnaires (n = 385).

Les caractéristiques des répondants sont présentées au tableau 1. Le prétest nous apprend que 46 % des répondants fréquentaient la cafétéria Deschamps, 40 % la cafétéria Mailloux, 16 % la Brûlerie St-Denis et que 5 % utilisaient les machines distributrices au moins une fois par semaine. Le prétest montre que, tous points de vente confondus, 53 % des répondants signalaient qu'ils achetaient un repas complet, 54 % une partie du repas et 52 % une collation. On n'a

noté aucun changement entre le pré- et le posttest dans la fréquentation globale des services alimentaires rapportée, à l'exception de l'augmentation du nombre de répondants qui signalaient qu'ils achetaient au moins à l'occasion un repas complet (p = 0,005) ou une collation (p = 0,019), à la cafétéria Deschamps seulement.

Les huit catégories d'aliments le plus souvent achetées, au moins occasionnellement, par ordre décroissant, signalés au prétest ont été : les légumes (69 %), les soupes (67 %), le café (67 %), les pâtes (64 %), le yogourt (62 %), la viande et la volaille (61 %), les muffins (60 %) et les

| Catégories | Prétest | | Posttest | | p |
|---------------------------|------------|----------------|------------|----------------|---------|
| | Satisfaits | Non satisfaits | Satisfaits | Non satisfaits | |
| Service | 82 | 18 | 91 | 9 | < 0,001 |
| Présentation des aliments | 66 | 34 | 87 | 13 | < 0,001 |
| Prix des aliments | 62 | 38 | 64 | 36 | NS |
| Aménagement des locaux | 54 | 46 | 93 | 7 | < 0,001 |
| Offre alimentaire | 60 | 40 | 80 | 20 | < 0,001 |
| Goût des aliments | 53 | 47 | 70 | 30 | < 0,001 |
| Satisfaction globale | 65 | 35 | 84 | 16 | < 0,001 |

* « Satisfaits » désigne le % des répondants ayant rapporté être très ou modérément satisfaits et « non satisfaits » désigne le % pour les catégories « peu » ou « pas du tout satisfaits »

Tableau 2 Comparaison de la satisfaction (%) des employés ayant répondu au pré- et post tests *

16 Les non-répondants avaient plus tendance à faire partie du personnel de soutien tandis que les répondants avaient plus tendance à faire partie de la catégorie des professionnels de bureau et cadres.

desserts (58 %). Il n'y a pas eu de différence significative entre les pourcentages notés au pré- et au posttest.

La satisfaction des employés envers les services alimentaires a augmenté après l'implantation de la politique alimentaire ($p < 0,001$), à l'exception de la satisfaction envers les prix. Les catégories ayant donné lieu à une satisfaction plus grande ont été : la présentation des aliments, l'aménagement des locaux, l'offre alimentaire et le goût des aliments (tableau 2 à la page précédente).

Pour la majorité, les répondants (66 %) ont signalé avoir apporté au moins un changement au cours de la dernière année en vue d'améliorer leur santé : 43 % ont fait plus d'exercice, 40 % ont amélioré leur alimentation, 19 % ont perdu du poids et 3 % ont cessé de fumer. Le quart des répondants a signalé que la politique a influencé leurs habitudes de vie au cours de l'année ayant précédé le questionnaire du posttest et 20 % ont signalé que la politique alimentaire a influencé plus particulièrement leur alimentation en dehors du milieu de travail. À la question : « Si vous pensez avoir mangé (sic) moins de calories à la cafétéria, avez-vous eu tendance à récupérer ces calories à l'extérieur de l'hôpital (à la maison, au restaurant)? », seulement 17 % ont rapporté avoir eu tendance à récupérer (un peu, modérément ou beaucoup) des calories à l'extérieur de l'hôpital. Aucun changement significatif n'a été observé entre le pré- et le posttest pour ce qui est du tabagisme, de l'IMC moyen et de l'inactivité physique.

Cependant, l'IMC moyen des employés ayant rapporté avoir perdu du poids ($n = 72$) est passé de 28,4 au prétest à 27,5 kg/m² au posttest ($p < 0,001$).

Discussion

On a conduit un certain nombre d'études évaluatives^{4,6,15-21} sur des interventions nutritionnelles en milieu de travail (incluant divers aspects tels que : l'offre, l'éducation, la présentation des aliments, les incitatifs monétaires, etc.). Cependant, à notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée sur l'évaluation d'une intervention environnementale, en milieu hospitalier, consistant en l'implantation d'une politique alimentaire exposant la clientèle à une offre alimentaire presque exclusivement composée d'aliments à haute valeur nutritive, combinée à des activités éducatives et à un réaménagement physique majeur des lieux. L'implantation de la politique alimentaire du CHUM à l'Hôpital Notre-Dame a entraîné une nette amélioration de la satisfaction des employés envers les services alimentaires et a eu une influence positive, rapportée par au moins 20 % des répondants.

Les taux de participation de 55 % au prétest et de 42 % au posttest sont comparables à ceux révélés par d'autres études semblables, selon une revue systématique de la littérature sur l'efficacité des interventions en milieu de travail en Europe faisant la promotion d'une saine alimentation ; cette dernière a recensé des taux de participation variant entre 8 et 97 % (médiane : 61 %)^{16,22}. Dans cette étude, les

données sur les répondants (75 % de femmes, âge moyen de 44 ans) étaient similaires à celles fournies par la DRH sur tous les employés, notamment 71 % des femmes et âge moyen de 44 ans. Toutefois, notre échantillon est composé de personnes qui semblent avoir de meilleures habitudes de vie que la population québécoise générale, le taux de tabagisme de 12 % étant presque la moitié du taux de 2011 chez les Québécois, qui est de 21 %^{23,24}. De plus, 45 % des répondants étaient en surpoids, comparativement à environ la moitié pour la population québécoise¹.

Le maintien de la fréquentation générale des services alimentaires et des types d'achats effectués est d'un intérêt particulier puisque cela signifie que l'on peut rendre l'offre alimentaire plus saine sans impact négatif sur les clients.

La satisfaction des participants a augmenté significativement (à l'exception de la satisfaction envers le prix) à la suite des rénovations majeures des cafétérias et de l'implantation de la politique visant une offre alimentaire saine et diversifiée ainsi que la modification des recettes qui donnaient la priorité au goût et à la présentation des aliments. En effet, selon l'étude Tracking Nutrition Trends, le goût serait très important dans le choix des aliments pour 76 % des Canadiens²⁵ et, selon une revue systématique de la littérature, le goût est un des facteurs prédictifs les plus importants pour la consommation de légumes⁵. Il est aussi intéressant de noter que l'élimination de la friture, du bacon et des boissons gazeuses ne semble pas avoir eu d'impact négatif sur la satisfaction.

Il était à prévoir qu'on ne pourrait pas observer de changement pondéral puisque l'objectif principal de la politique était l'amélioration de la qualité de l'alimentation et, en ce sens, une revue systématique récente a constaté que seulement trois sur les 16 études interventionnelles visant la saine alimentation et/ou la gestion du poids ont rapporté un effet sur le poids⁸. Il est possible que les répondants aient été plus sensibilisés à la santé dès le départ du fait de travailler dans un établissement sanitaire, ou encore que le suivi n'ait pas duré assez longtemps pour qu'on puisse noter des changements significatifs. Il est également possible que les répondants aient compensé le moindre apport calorique de la nourriture consommée à la cafétéria par d'autres repas pris à l'extérieur du CHUM. D'ailleurs, 17 % l'ont affirmé. Il est à noter que la satiété n'a pas été évaluée et qu'elle aurait



pu influencer les réponses des participants. D'autres facteurs pouvant également avoir une incidence sur le poids n'ont pas été pris en compte dans cette étude.

Il est pertinent de soulever les principales limites de l'étude, soit l'absence de groupe témoin, ainsi que la complexité des nombreuses interrelations entre les facteurs influençant les comportements alimentaires²⁵ (environnementaux ou autres), qui réduisent la portée des conclusions.

Conclusion

Le changement environnemental résultant de l'implantation de la politique alimentaire du CHUM a conduit à une amélioration importante de la satisfaction envers les services alimentaires. On a aussi noté une influence positive chez un quart des répondants en ce qui a trait à leurs habitudes de vie et chez environ 20 % des employés en ce qui a trait à leurs habitudes alimentaires à l'extérieur du CHUM. Néanmoins, considérant que des politiques alimentaires ont été mises en place dans tous les établissements du réseau de la santé québécois, on pourrait avancer comme hypothèse que ce type d'intervention permettrait de tirer d'importants avantages sur le plan populationnel.

Remerciements

Nous tenons à remercier toute l'équipe du service alimentaire du CHUM ainsi que les employés de la direction des ressources humaines, du service de nutrition clinique, de la direction de la promotion de la santé et des communications ainsi que tous ceux qui ont

participé de près ou de loin à l'élaboration et à l'implantation de la politique alimentaire. ■

Références

- Ressources Humaines et Développement des Compétences Canada. Indicateurs de mieux-être au Canada - Santé - Obésité. 2013; Internet: <http://www4.rhdcc.gc.ca/.3nd.3c.1t.4r@-fra.jsp?iid=6> (accès le 29 janvier 2013)
- M. SHIELDS, S.C. GORBER, I. JANSSEN, M.S. TREMBLAY. « Biais dans les estimations autodéclarées de l'obésité dans les enquêtes canadiennes sur la santé: le point sur les équations de correction applicables aux adultes ». *Rapports sur la santé*. 2011;22(3):39.
- Agence de la santé publique du Canada. Obésité au Canada - Aperçu. Ottawa: 2009.
- A.P. PEREZ, M.M. PHILLIPS, C.E. CORNELL, G. MAYS, B. ADAMS. "Promoting Dietary Change Among State Health Employees in Arkansas Through a Worksite Wellness Program: The Healthy Employee Lifestyle Program (HELP)". *Am J Health Promot*. 2011;26(2):130-1.
- L. GUILLAUMIE, G. GODIN, L.A.VÉZINA-IM. "Psychosocial determinants of fruit and vegetable intake in adult population: a systematic review". *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010;7(1):12.
- D.H. BANDONI, F. SARNO, P.C. JAIME. "Impact of an intervention on the availability and consumption of fruits and vegetables in the workplace". *Public Health Nutr*. 2010;14(6):975.
- N.J. TEMPLE. "Nutrition Policy by Governments for the Prevention of Disease: Issues of Cost-effectiveness". *Nutritional Health*. 2012:491-503.
- C.N. MHURCHU, L.M. ASTON, S.A. JEBB. "Effects of worksite health promotion interventions on employee diets: a systematic review". *BMC Public Health*. 2010;10(1):62.
- Institut National de Santé Publique du Québec. « La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois ». Québec: 2009.
- D. GARRIGUET. « Vue d'ensemble des habitudes alimentaires des Canadiens ». Statistique Canada. 2006.
- Agence de la santé publique du Canada. « Suivi des maladies du coeur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada - Points saillants: Prévention ». Ottawa: 2009.
- Santé Canada et Statistique Canada. « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2, volet nutrition - Apports nutritionnels provenant des aliments » (cd-rom). Ottawa: 2004.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. « Investir pour l'avenir - Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids ». Québec: 2006.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. « Miser sur une saine alimentation: une question de qualité - Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées ». Québec: 2009.
- M.R. LOWE, K.A. TAPPE, M.L. BUTRYN et al. "An Intervention Study Targeting Nutritional Intake in Worksite Cafeterias". *Eat Behav*. 2010;11(3):144.
- M. HOLDSWORTH, N.T. RAYMOND, C. HASLAM. "Does the Heartbeat Award scheme in England result in change in dietary behaviour in the workplace?" *Health Promot Int*. 2004;19(2):197-204.
- S.A.A. BERESFORD, S.K. BISHOP, N.L. BRUNNER et al. "Environmental assessment at worksites following a multilevel intervention to promote activity and changes in eating: the PACE project". *J Occup Environ Med*. 2010;52(Suppl 1):S22.
- A.D. LASSEN, A.V. THORSEN, H.M. SOMMER et al. "Improving the diet of employees at blue-collar worksites: results from the 'Food at Work' intervention study". *Public Health Nutr*. 2011;14(6):965.
- J.P. BLOCK, A. CHANDRA, K.D. MCMANUS, W.C. WILLETT. "Point-of-purchase price and education intervention to reduce consumption of sugary soft drinks". *Am J Public Health*. 2010;100(8):1427.
- K.B. MICHELS, B.R. BLOOM, P. RICCARDI, B.A. ROSNER, W.C. WILLETT. "A study of the importance of education and cost incentives on individual food choices at the Harvard School of Public Health cafeteria". *J Am Coll Nutr*. 2008;27(1):6-11.
- I. SHAI, D. SCHWARZFUCHS, Y. HENKIN et al. "Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet". *N Engl J Med*. 2008;359(3):229-41.
- L. MAES, E. VAN CAUWENBERGHE, W. VAN LIPPEVELDE et al. "Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review". *Eur J Public Health*. 2012;22(5):677-83.
- Ressources Humaines et Développement des compétences Canada. Indicateurs de mieux-être au Canada - Santé - Tabagisme. 2013; Internet: <http://www4.hrsdc.gc.ca/.3ndic.1t.4r@-eng.jsp?iid=12> (accès le 31 janvier 2013).
- Ressources Humaines et Développement des compétences Canada. Indicateurs de mieux-être au Canada - Santé - Activité physique. 2013; Internet: <http://www4.hrsdc.gc.ca/.3ndic.1t.4r@-eng.jsp?iid=8#M.4> (accès le 31 janvier 2013)
- Canadian Council of Food and Nutrition. "Tracking Nutrition Trends VII". Août 2008.

18 Apport calcique et mortalité d'origine cardiovasculaire

Mimosa Nguyen, Stagiaire en nutrition
Cristina Leblanc, Dt.P., étudiante M.Sc.,
 Superviseur de stage
 Milieu de stage : Institut universitaire de
 gériatrie de Montréal

En raison de ses bienfaits sur la santé osseuse, la supplémentation en calcium est très répandue au sein de la population âgée. Le rôle extrasquelettique du calcium est toutefois peu compris à l'heure actuelle. L'objectif principal de cette étude observationnelle était d'examiner l'association entre l'apport calcique et le risque de décès d'origine cardiovasculaire.

Une cohorte de 388 229 individus âgés de 50 à 71 ans a été suivie durant une période de 12 ans. L'apport calcique d'origine alimentaire et sous forme de supplément a été évalué à l'aide d'un questionnaire de fréquence alimentaire auto-administré au début de l'étude.

Les résultats ont montré que les hommes consommant >1000 mg par jour de calcium sous forme de suppléments présentaient un risque significativement plus élevé de décès d'origine cardiovasculaire (RR [IC à 95 %]; 1,20[1,05-1,36]) comparativement à ceux qui n'en consommaient pas. Cet effet n'était pas observé chez les femmes, ni dans le cas de l'apport calcique alimentaire. Notons néanmoins qu'on n'a pas effectué de réévaluation de l'apport calcique au cours du suivi. De plus, les individus présentant un apport calcique d'origine alimentaire très élevé étaient exclus de l'étude.

En somme, ces résultats laissent entendre que la supplémentation en calcium, mais pas les apports calciques d'origine alimentaires, aurait un effet délétère sur la santé cardiovasculaire des hommes. Bien que d'autres études soient nécessaires, cette étude soulève des questions quant au rapport risques/bénéfices d'une telle supplémentation chez cette population.

Tiré de:

Xiao Q, Murphy R.A., Houston D.K. et coll. Dietary and supplemental calcium intake and cardiovascular disease mortality. *JAMA Intern Med.* 173 (8) : 639-646, 2013.

Effet du milieu de garde d'enfants d'âge préscolaire sur les problèmes de poids durant l'enfance

Geneviève Painchaud Guérard,
 Stagiaire en nutrition
Annie Motard-Bélanger Dt. P., M. Sc.,
 Superviseure de stage, Milieu de stage :
 Producteurs laitiers du Canada

La prévalence croissante des problèmes de surpoids ou d'obésité chez les enfants est devenue une préoccupation majeure de santé publique. Comme de nombreux enfants d'âge préscolaire passent leur journée sous la surveillance d'autres personnes que leurs parents, il est intéressant de se pencher sur l'effet que peut avoir ce milieu de garde sur leur poids. Pour cette étude, on a recruté à la naissance et suivi pendant dix ans 1649 enfants, nés au Québec entre octobre 1997 et juillet 1998, afin d'observer la relation entre le milieu de garde des enfants en bas âge et les problèmes d'obésité ou de surpoids pendant l'enfance. Les informations sur le milieu de garde de l'enfant ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire auquel la mère devait répondre à quatre reprises, entre l'âge de 1,5 et de 4 ans. On a calculé l'indice de masse corporelle (IMC) à partir du poids et de la taille, mesurés à 4, 6, 7, 8 et 10 ans. Les résultats montrent que les enfants qui fréquentent les centres de la petite enfance (CPE) et les garderies privées (GP) en installation ont significativement plus de risques de connaître des problèmes de poids que les enfants gardés par leurs parents (RR: 1,65, 95% IC: 1,13-2,41), et que cette relation est directement proportionnelle au nombre d'heures passées dans le milieu de garde. Une tendance similaire, mais non significative ($p = 0,085$) a été observée pour les enfants gardés par des membres de la famille, alors qu'aucun autre lien n'a été trouvé pour les autres types de garde (milieu familial et gardienne à la maison). On a pris en compte un certain nombre de facteurs confondants, tels que le statut socio-économique, le type d'allaitement, le genre d'emploi de la mère et l'IMC de la mère, sans que les résultats en soient affectés. Ces résultats concordent avec ceux d'autres études s'étant intéressées au même phénomène. Toutefois, il faudrait mener d'autres recherches pour mieux comprendre le lien possible entre le poids et les facteurs environnementaux qui influencent l'alimentation et l'activité physique des enfants en milieux de garde.

Tiré de:

Geoffroy MC et coll. Childcare and overweight or obesity over 10 years of follow-up. *J Pediatr.* 162(4) : 753-758, 2013.

Nourrir le monde, aujourd'hui et demain : l'importance des sciences et des technologies des aliments

Josiane Couto, Stagiaire en nutrition
 Superviseures de stage :
Annie Motard Bélanger M. Sc., Dt. P.
 et Julie Paquette M. Sc., Dt. P.
 Milieu de stage : Les Producteurs laitiers
 du Canada

Pour arriver à nourrir les sept milliards d'êtres humains de la planète, le système alimentaire a dû évoluer au même rythme que la société. Les sciences et les technologies alimentaires ont contribué à cette évolution vers le système alimentaire actuel, en assurant la production de suffisamment de nourriture pour couvrir les besoins de la population dans un contexte où le territoire consacré à l'agriculture est de plus en plus limité. Cette revue de littérature présente les faits à propos de la transformation des aliments et nous aide à mieux comprendre les applications des sciences et des technologies dans le système alimentaire moderne. Au fil du temps, grâce aux sciences et aux technologies, l'agriculture a permis d'obtenir de meilleurs rendements et de réduire les pertes de production alimentaire, limitant d'autant la pression sur les territoires agricoles et l'utilisation de ressources. Grâce aux connaissances pluridisciplinaires, on a aussi pu mettre au point diverses méthodes de transformation alimentaire indispensables, qui assurent une meilleure conservation, qualité et sécurité des aliments. Afin de relever les défis futurs d'une population en perpétuelle croissance alors que les ressources ne le sont pas, les scientifiques, l'industrie alimentaire et les décideurs doivent s'impliquer davantage dans la recherche de solutions viables. Les sciences et les technologies devront offrir de nouvelles avancées applicables autant dans les pays industrialisés que dans ceux en voie de développement, pour trouver des solutions durables sur le plan environnemental et socio-économique. ■

Tiré de:

Floros J.D., Newsome R., Fisher W. et coll. Feeding the world today and tomorrow : The importance of food science and technology. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety.* 9 (5) : 572-599, 2010.

DOSSIER Questions sur l'article de Danielle Lepage et Annie Vallières « *La pratique réflexive au cœur de nos compétences et de la formation de la relève* »

1. Nommer la ou les bonnes stratégies visant à encourager la pratique réflexive chez les étudiants en stage :

- Expliquer sa façon d'agir et ses raisons pour le faire.
- Devenir un modèle de personne qui exerce une pratique réflexive.
- Préparer des questions à poser à l'étudiant pour nourrir sa réflexion.
- Toutes ces réponses sont bonnes.

2. Laquelle des affirmations suivantes ne s'applique pas au cheminement réflexif ?

- Permettre à l'étudiant de prendre du recul pour le pousser à réfléchir.
- Il est primordial d'inciter l'étudiant à réfléchir sur sa vision de la profession.
- Il est souvent nécessaire de guider l'étudiant dans sa réflexion.
- L'écriture n'est pas l'outil essentiel pour approfondir la réflexion de l'étudiant.

DOSSIER Questions sur l'article de Josée Lessard-Harvey & al « *Évaluation de l'implantation de la politique alimentaire du CHUM à l'Hôpital Notre-Dame* »

3. Lequel des énoncés suivants est vrai ?

- Il n'y a pas eu de changement au niveau de la satisfaction globale des employés après l'implantation de la politique.
- On n'a effectué que des rénovations mineures et ce, seulement à l'une des deux cafétérias de l'Hôpital Notre-Dame.
- Les répondants au questionnaire semblent fumer moins que la population québécoise en général.
- On a noté un changement significatif sur le plan de l'IMC des participants entre les pré- et le posttest.

4. Lequel des objectifs suivants ne fait pas partie des objectifs particuliers de la politique mentionnés dans l'article ?

- Encourager la consommation de 3 portions de poisson par semaine.
- Diminuer la quantité de sucre dans les desserts.
- Éliminer la friture.
- Favoriser la consommation de boissons plus nutritives.

LE PLUS Questions sur l'article de Nagham Irani « *Nutrition et maladie de Parkinson* »

5. Quelle est la stratégie d'intervention nutritionnelle à privilégier afin de diminuer les interactions médicaments-nutriments ?

- La diète 5 :1;
- La diminution de l'apport protéique global;
- La redistribution protéique;
- La répartition égale des apports protéiques entre les 3 repas d'une journée.

6. Parmi les choix suivants, lequel ne fait PAS partie des visées nutritionnelles habituelles lors du traitement des patients atteints de la maladie de Parkinson ?

- L'hypercholestérolémie;
- La constipation;
- La dysphagie;
- La perte de poids.

PRATICO-PRATIQUE Questions sur l'article de Lise Marcotte et Mélissa Léveillé « *Comme ils ne savaient pas que c'était impossible, ils l'ont fait : réussite d'un projet Lean appliqué dans le service alimentaire* »


7. Quel type d'approche est étayé par la méthodologie Lean Healthcare Six Sigma ?

- Approche d'optimisation des processus de travail qui met le client au cœur des préoccupations.
- Approche d'amélioration des performances visant à faire plus avec moins.
- Approche de recherche de solutions répondant à 100 % aux attentes de la clientèle.
- Approche d'optimisation des processus basée sur la prise de décisions de groupe à 50+1.

8. Quel élément est le facteur critique de réussite d'un projet selon les principes Lean ?

- Une gestion active et intégrée des communications.
- L'adhésion des utilisateurs du processus.
- La présence du promoteur de projet au sein du groupe de travail de la semaine Kaizen.
- L'octroi d'un budget ciblé.

→ **RÉPONSES AUX QUESTIONS DE RECONNAISSANCE DE FORMATION CONTINUE DU VOL. 11, N°1, PRINTEMPS 2013 EN PAGE 32.**

| | | |
|---|--|--|
| Nom(s) | LA GESTION AUTREMENT | |
| Prénom(s) | Volume 11, n°2 Automne 2013 | 4  |
| Numéro de membre | Réponses | |
| Signature | 1. 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"/> |
| | 2. 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"/> |
| | 3. 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"/> |
| | 4. 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"/> |
| <p>Retournez cette section avec votre paiement de 25 \$ par la poste avant le 28 février 2014 à : Ordre professionnel des diététistes du Québec, 2155, rue Guy, bureau 1220, Montréal (Québec) H3H 2R9</p> | | |



VOS INITIATIVES CONTRIBUENT-ELLES À UNE MEILLEURE ALIMENTATION ?

DUX veut vous célébrer auprès de millions de consommateurs.

UNE VASTE CAMPAGNE PUBLICITAIRE
appuiera le rayonnement de vos projets.



SEREZ-VOUS LE PROCHAIN DUX DE L'ALIMENTATION ?
INSCRIVEZ-VOUS AU CONCOURS AVANT LE 6 DÉCEMBRE 2013

PROGRAMMEDUX.COM

DUX^{MC}

CÉLÉBRONS L'INITIATIVE

Merci à nos partenaires !



FÉDÉRATION
DES PRODUCTEURS D'OEUF
DE CONSOMMATION
DU QUÉBEC



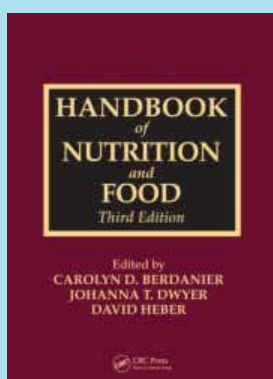
Le leader en emballages d'avant-garde et
imprimés écopereformants



- BÉNÉFIQ
- Conseil de la transformation agroalimentaire et des produits de consommation
- Desjardins
- Food & Consumer Products of Canada
- Grenier aux nouvelles
- Groupe Export agroalimentaire Québec-Canada
- Institut canadien de science et technologie alimentaires
- Leader sans frontière
- Les Diététistes du Canada
- Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
- Produits Alimentaires Berthelet
- Raymond Chabot Grant Thornton
- Samyrabbat.com

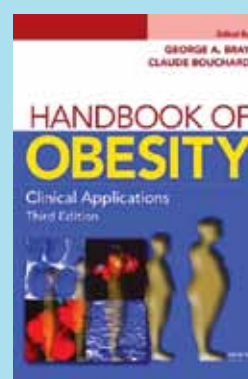
ACTUALITÉS EN NUTRITION

21



Handbook of Nutrition and Food, 3^e éd. Carolyn D. Berdanier, Johanna T. Dwyer, David Heber (éditeurs). CRC Press LCC, Taylor and Francis Group, Boca Raton, FL. Date de parution : 22 juillet 2013. 1136 pages. 280\$ [version papier] ; 195 \$ [version électronique]
ISBN : 9781466505711

Le Handbook of Nutrition and Food est un guide de référence pour la plupart des questions de santé associées à la nutrition. Entièrement révisée, la troisième édition présente 20 nouveaux chapitres portant, entre autres, sur la régulation de l'apport énergétique, les aspects légaux de la nutrition (étiquetage, lois et règlements), la sécurité alimentaire, les médicaments, la nutrition et la génétique. On a ajouté à cette nouvelle version des chapitres traitant de différents problèmes de santé, tels que la nutrition et la fonction immunitaire, la santé dentaire, la maladie rénale, la fonction cérébrale et les compulsions alimentaires en présence d'obésité. Ce manuel aborde également des sujets comme la composition et l'analyse nutritionnelle, les besoins nutritionnels de l'homme, des nourrissons aux personnes âgées, ainsi que les besoins de groupes particuliers, comme les athlètes de haut niveau, les végétariens et les voyageurs de l'espace. La plupart des anciens chapitres ont également été mis à jour. Cette nouvelle édition bénéficie de la collaboration de chercheurs et de professionnels de la santé chevronnés, dont la D^{re} Annie Ferland, nutritionniste membre de l'OPDQ.



Handbook of Obesity: Etiology & Physiopathology, 3^e éd. Claude Bouchard, George A. Bray (éditeurs). CRC Press LCC, Taylor and Francis Group, Boca Raton, FL. Date de parution : 20 janvier 2014. 1264 pages (2 volumes). 350\$ version papier.
ISBN-10 : 1482210673
ISBN-13 : 978-1482210675

Depuis la dernière mise à jour du *Handbook of Obesity*, on a réalisé d'énormes progrès dans la compréhension de l'étiologie de l'obésité et mis au point des approches thérapeutiques novatrices. Le contenu de cette nouvelle édition en deux volumes est extrêmement original, grâce à l'expertise de nombreux nouveaux auteurs. Parmi eux, la D^{re} Annie Ferland, nutritionniste, a participé à la rédaction du chapitre sur la prévention et le traitement des dyslipidémies, de l'hyperglycémie et du syndrome métabolique chez les patients obèses.

Le volume 1 porte sur les déterminants biologiques, comportementaux et environnementaux de l'obésité ; on y explique aussi comment l'environnement exacerbe une vaste gamme de comorbidités, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite et le cancer. Le volume 2 approfondit les techniques permettant d'évaluer la gravité de l'obésité et passe en revue le rôle des intervenants en santé dans la prise en charge des patients obèses et les divers traitements allant des médicaments à la chirurgie.

JOURNÉE DE FORMATION EN NUTRITION SPORTIVE



JOURNÉE DE FORMATION EN NUTRITION SPORTIVE:
L'ALIMENTATION DES SPORTIFS,
 POUR NOURRIR VOTRE PRATIQUE.

Présentée par l'équipe des diététistes des Producteurs laitiers du Canada (PLC)

Le 8 juin dernier se tenait à Montréal la journée de formation en nutrition sportive, organisée par l'équipe des diététistes des PLC en collaboration avec l'Ordre professionnel des diététistes du Québec. L'objectif général était de permettre aux diététistes d'acquérir des connaissances en nutrition sportive.

Marie-Claude Beaudet, Dt.P., Gestionnaire de programmes provinciaux, Nutrition

Andréanne Poutré, Dt.P., Gestionnaire de projets provinciaux, Nutrition, Les Producteurs laitiers du Canada

Six conférencières reconnues dans le milieu de la nutrition sportive ont fait des présentations, 70 diététistes étaient sur place et 500 étaient présentes par visioconférence.

Mélanie Olivier, diététiste spécialisée en nutrition sportive et présidente de Vivai, experts en nutrition, a été la première à s'adresser à l'auditoire. Riche de son vécu dans ce domaine, notamment à titre de diététiste auprès du Comité olympique canadien, elle a partagé ses diverses expériences et a exposé les qualités essentielles requises pour se tailler une place dans ce milieu : rigueur scientifique, bonne connaissance du sport et du milieu, compétences en gestion, créativité et flexibilité, pour n'en nommer que quelques-unes. Elle a conclu en précisant que l'approche nutritionnelle doit être adaptée aux besoins, aux objectifs et au niveau d'activité physique du sportif ou de l'athlète :

| | Nutrition active | Nutrition sportive | Nutrition de performance |
|-------------------|---|---|---|
| Pour qui ? | Débutants ayant comme objectif le maintien d'une bonne santé globale, ou le maintien ou la perte de poids | Sportifs réguliers et expérimentés pratiquant l'activité physique pour le plaisir Athlètes d'élite de niveau provincial ou national | Athlètes amateurs ou professionnels de niveau national ou international |
| Quelle approche ? | Bases de la nutrition (p. ex.: Guide alimentaire canadien, concept d'énergie, faim et satiété, aliments à consommer avant l'entraînement) | Bases de la nutrition Récupération post-entraînement + Produits pour sportifs (boissons et barres énergétiques) + Préparation à la performance | Suppléments de performance + Application des dernières découvertes en matière de suppléments + Aller au-delà des dernières découvertes et des données probantes |



LES GLUCIDES ET LES PROTÉINES : RECOMMANDATIONS ET APPLICATIONS

Par **Vicky Drapeau**, Ph. D., Dt.P.,
Département d'éducation physique,
Université Laval

Cette présentation visait à établir les rôles des glucides et des protéines dans la pratique d'activités physiques.

Glucides

Lors d'un effort physique, les **glucides** fournissent de l'énergie aux muscles et permettent au cerveau de se concentrer, ce qui est essentiel pour un sportif et un athlète. Plus l'effort est intense, plus la contribution relative des glucides à la production d'énergie est importante. Toutefois, les réserves de glucides dans les muscles et le foie sont limitées. Il faut donc fournir quotidiennement à l'organisme des quantités suffisantes de glucides. Le tableau A décrit les apports en glucides recommandés selon la fréquence et l'intensité de l'activité.

Pour un effort intense continu, les apports en glucides recommandés sont expliqués dans le (Tableau B).

Il n'existe pas de consensus scientifique quant à l'effet sur la performance sportive de l'indice glycémique des aliments consommés avant, pendant ou après l'effort. La quantité de glucides aurait un effet plus important que l'indice glycémique.

| Intensité | Description | Recommandations (g/kg/j) |
|-------------|---|--------------------------|
| Faible | Activités de faible intensité ou activités quotidiennes | 3-5 |
| Modérée | Programme d'exercices modérés (1 h/j) | 5-7 |
| Élevée | Entraînement en endurance – exercices d'intensité modérée à élevée (de 1 à 3 h/j) | 6-10 |
| Très élevée | Exercices d'intensité modérée à très élevée (de 4 à 5 h/j) | 8-12 |

Tableau A

*Adapté de Burke et coll., J Sports Sciences, 2011.

| Quand | Type d'effort | Stratégie de consommation de glucides |
|---------|--|--|
| Avant | Intense et continu (→ 60 min) | 1-4 g/kg ~ 1-4 h avant |
| Pendant | Intense et continu (45-75 min) | Petites quantités (selon tolérance) |
| | Intense et continu, incluant des sprints (60-150 min) Ultra endurance (→ 150 min) | 30-60 g/h ou 0,7 g/kg/h Jusqu'à 90 g/h |
| Après | ← 8 heures entre 2 entraînements intenses | 30 min post-entraînement = 1 g/kg, 1 g/kg/heure pour les 4 heures suivantes |

Tableau B

*Adapté de Burke et coll., J Sports Sciences, 2011.

24 **Protéines**

Les **protéines** jouent un rôle important dans la synthèse et la réparation des tissus ainsi que pour le fonctionnement général de l'organisme. Les besoins quotidiens en protéines dépendent du type d'activité pratiquée (Tableau C).

| Type d'activité physique | Besoins (g/kg/j) |
|---|------------------|
| Sédentaire | 0,8 |
| Sports esthétismes (gymnastique, danse, etc.) | 1,2 - 1,7 |
| Sports d'endurance (vélo, course, natation, etc.) | 1,2 - 1,6 |
| Sports de puissance (boxe, sprints, etc.) | 1,6 - 1,8 |
| Entraînement pour les autres sports (maintien de la masse musculaire) | 1,2 - 1,6 |
| Gain de masse musculaire | 1,6 - 1,8 |

Tableau C

*Tiré de Ledoux et coll., Nutrition Sport et Performance, éd. GeoPleinAir, 2007 et Philipps et Van Loon, Int J Sport Nutr, 2011.

L'HYDRATATION

Par **Annie Motard-Bélanger**, M. Sc., Dt.P., Les Producteurs laitiers du Canada

Cette présentation portait sur les plus récentes données sur l'hydratation, notamment les recommandations de 2007 de l'*American College of Sports Medicine* visant à assurer un niveau d'hydratation optimal lors de la pratique d'une activité physique (Tableau D).

Les besoins en liquides varient énormément d'une personne à l'autre, en fonction de plusieurs facteurs : taille, poids, sexe, génétique, etc. La perte de liquide pendant l'effort dépend notamment de la température, ainsi que de l'intensité et du niveau d'activité physique. Par conséquent, les recommandations en hydratation doivent être adaptées aux besoins individuels.

La déshydratation pendant l'effort peut entraîner une diminution de la performance sportive, en particulier lorsque la perte de liquides corporels est supérieure à 2 % du poids, et elle est aggravée par une température chaude et humide. Cependant, certaines personnes développent une tolérance à la

déshydratation, ce qui explique pourquoi certains marathoniens performant avec un taux de déshydratation pouvant atteindre 10 % ! Quant aux crampes musculaires ressenties pendant l'effort, elles ne seraient pas nécessairement dues à la déshydratation, mais plutôt à la fatigue neuromusculaire.

Finalement, des études sur des individus à jeun depuis environ 3 heures ont montré qu'au cours d'un effort d'une heure ou moins, la consommation de liquides ne serait pas primordiale pour la performance. Le rinçage de la bouche durant 5 à 10 secondes, toutes les 8 à 10 minutes avec une petite quantité de boisson pour sportifs (20 à 25 ml) permettrait d'améliorer la performance, une avenue intéressante pour les sportifs ou les athlètes sujets à des troubles gastro-intestinaux pendant l'effort.

LA RÉCUPÉRATION APRÈS L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Par **Marielle Ledoux**, Ph. D., Dt.P., Département de nutrition, Université de Montréal

Cette présentation traitait de l'importance de la récupération post-entraînement pour reconstituer les réserves de glycogène du corps, réparer les bris tissulaires, et remplacer les liquides et les électrolytes perdus dans la sueur.

La consommation d'aliments favorisant la récupération est particulièrement importante immédiatement après une activité physique, si

le laps de temps avant l'effort suivant est très court. En effet, le taux de synthèse du glycogène est optimal dans la demi-heure suivant la fin de l'exercice, puisque le corps est plus sensible à l'insuline et la membrane cellulaire plus perméable au glucose. À ce moment-là, la quantité de glucides optimale est de 1 à 1,2 g/kg de poids corporel. Par ailleurs, il faut au moins 24 heures avec un apport de 6 à 10 g/kg de poids corporel pour reconstituer les réserves de glycogène épuisées.

Après l'exercice, si l'apport en glucides est insuffisant, la consommation de protéines peut favoriser une meilleure synthèse du glycogène et assurer un apport énergétique total adéquat, tout en permettant la réparation des bris tissulaires. Voici deux exemples de collations post-entraînement, combinant des glucides et des protéines (Tableau E).

En bref, pour une récupération rapide et optimale, la collation ou le repas post-entraînement devrait être pris dans la demi-heure suivant l'effort, et contenir de 1 à 1,2 g de glucides par kg de poids, environ 10 à 20 g de protéines et une certaine quantité de sodium et de potassium.

LES SUPPLÉMENTS POPULAIRES

Mélanie Olivier, M. Sc., Dt.P., présidente de VIVAĀ, experts en nutrition

Cette formation portait sur les suppléments alimentaires que les athlètes prennent pour diverses raisons (p. ex.: végétarisme, allergies

| | |
|-------------------------------------|---|
| Avant | |
| 4 heures avant | - 5-7 ml de liquide/kg |
| Pendant | |
| | - <i>Ad libitum</i> - Limiter la perte de poids corporel à < 2 % |
| Après | |
| Période de récupération < 12 heures | - 1,5 litre de liquide/kg de poids perdu |
| Période de récupération > 12 heures | - Boire <i>ad libitum</i> suffit pour combler les besoins en liquides. - Les aliments et boissons riches en sodium favoriseront la réhydratation et le remplacement des pertes |

Tableau D

et intolérances alimentaires, voyages, etc.). Le tableau suivant illustre quelques suppléments dont il a été question :

Le marché regorge de produits destinés aux sportifs et aux athlètes. L'essentiel est d'être continuellement à l'affût des nouvelles études puisque, pour certains suppléments, les données scientifiques sont insuffisantes ou sans fondement. Il faut aussi prêter une attention particulière à la contamination possible des suppléments chez les athlètes de haut niveau devant subir des tests de dopage.

LA NUTRITION ET LES SPORTS D'ENDURANCE

Josiane Tanguay, M. Sc., Dt.P., Complexe sportif Alphonse-Desjardins

Cette présentation portait, entre autres, sur les besoins des sportifs et des athlètes d'endurance (fondeurs, coureurs, triathlètes, etc.) qui fournissent un effort d'intensité modérée à élevée (environ 50 % à 85 % du VO_2 max) pendant une heure ou plus et qui ont généralement des besoins élevés en énergie et en glucides.

La consommation de glucides (jus dilué, barres maison, biscuits aux figes, etc.) permet de retarder la fatigue et d'améliorer la performance pendant l'effort d'endurance. Par ailleurs, comme le glucose est absorbé plus rapidement que le fructose, il est recommandé de combiner le glucose (ou maltodextrine) avec le fructose (ratio de 2:1) dans les boissons ou les gels.

Pour améliorer leur performance, les sportifs ou les athlètes doivent être bien hydratés et avoir des réserves de glycogène adéquates. Ainsi, la « surcharge » en glycogène est tout indiquée pour les épreuves de 90 minutes et plus. Trois jours avant la compétition, l'alimentation devrait comprendre des sources concentrées de glucides (de 7 à 12 g/kg de poids) et

| |
|---|
| JUM (Jus de l'Université de Montréal) |
| - 1 boîte de jus d'orange concentré congelé (355 ml), décongelé - 710 ml de lait écrémé - 1 pincée de sel |
| Lait au chocolat |
| Tableau E |

| | Données | Type de sport | Fonctions | Recommandations |
|------------------|--|---|--|---|
| Vitamine D | Probantes | Tous les sports | Homéostasie du calcium et du phosphore pour la santé osseuse Fonction immunitaire (↘ de la fréquence des infections des voies respiratoires supérieures) Fonction et structure des muscles squelettiques | La majorité des athlètes ont un niveau sanguin sous-optimal. Supplémentation annuelle nécessaire pour plusieurs d'entre eux. |
| Créatine | Probantes Consensus du Comité international olympique depuis 2010 | Efforts de courte durée (de 10 s à 2 min) d'intensité très élevée | Amélioration de la performance Amélioration de la récupération entre les épreuves et les séries | Protocole standard : - Surcharge : 20 g par jour pendant 5 à 7 jours - Maintien : de 2 à 3 g par jour pendant une période d'entraînement donnée Protocole graduel : - de 2 à 3 g par jour pendant 30 jours - arrêt de 2 à 3 semaines Plus efficace si la consommation s'accompagne de 50 à 100 g de glucides et si elle a lieu après l'entraînement |
| Jus de betterave | Insuffisantes | Sports d'endurance | - ↘ du volume d'oxygène consommé pendant un même effort | Environ 5 mmol de nitrates par jour (p. ex. : 500 ml de jus de betterave): - pendant les 5 jours avant l'effort - de 2 à 3 heures avant l'épreuve |
| Caféine | Probantes | - Efforts d'endurance de plus de 90 min - Efforts d'intensité élevée de 20 à 60 min - Efforts de courte durée (de 1 à 5 min) d'intensité élevée | Amélioration de la concentration Diminution de la perception de l'effort et de la fatigue Prolongation de la durée pendant laquelle l'effort peut être maintenu Amélioration de la capacité à fournir un effort | De 3 à 6 mg / kg, 30 à 60 min avant l'effort |

26 devrait renfermer peu de fibres. Enfin, de 2 à 4 heures avant ce type d'épreuve, il est suggéré de consommer de 100 à 300 g de glucides.

Tout compte fait, la clé du succès dans les sports d'endurance est la planification. Il est important que chaque sportif connaisse ses besoins en glucides et en liquides pendant l'effort. Si les boissons et les aliments offerts sur le parcours ne conviennent pas, il faut apporter ses propres provisions pour se ravitailler.

LA NUTRITION ET LES SPORTS DE PUISSANCE, DE FORCE ET D'ESTHÉTISME

Alexia de Macar, Dt.P., candidate au PhD, Département de Nutrition, Université de Montréal

Cette présentation portait sur les enjeux et les recommandations nutritionnelles propres aux sports de puissance, de force et d'esthétisme.

En partenariat avec
Ordre professionnel
des diététistes
du Québec

ASSURANCE VIE, SANTÉ ET VOYAGE

Assurez-vous de profiter de la vie!

Profitez d'un régime d'assurance collective à la carte pour vous et votre famille:

- > Invalidité
- > Maladies redoutées
- > Vie
- > Frais généraux de bureau
- > Médicaments
- > Maladie complémentaire (physiothérapie, hospitalisation, soins infirmiers, etc.)
- > Soins dentaires
- > Voyage et service d'assistance

Appelez-nous pour de plus amples informations:
1 877 579-5585
dpmm.ca/lessurmesures

DPMM
Dale Parizeau
Morris Mackenzie
Cabinet de services financiers

Pour améliorer leur performance, les sportifs (...) doivent être bien hydratés et avoir des réserves de glycogène adéquates. Ainsi, la « surcharge » en glycogène est tout indiquée pour les épreuves de 90 minutes et plus.

Sports de puissance

Les sports de puissance (sprints, course contre la montre de vélo, etc.) sont caractérisés par des entraînements intenses et fréquents, qui rendent l'hydratation et l'ingestion de glucides difficiles. Après les entraînements, il est important d'assurer un apport suffisant en glucides, quitte à diminuer l'apport pendant les repas. Il faut adapter l'alimentation de l'athlète en répartissant les repas et les collations tout au long de la journée et en proposant des repas selon le concept de l'« assiette équilibrée » (légumes, protéines, féculents).

Sports de force

Pour les sports de force (lancer du poids, haltérophilie, etc.), certaines disciplines ont différentes catégories de poids. Il faut donc utiliser les bonnes stratégies qui permettront d'éviter les grandes fluctuations de poids au cours de l'année et d'obtenir le poids souhaité lors de la pesée. Par exemple, il s'agit d'opter pour une légère restriction alimentaire en maintenant un apport élevé en protéines et en diminuant les glucides, de favoriser une alimentation faible en fibres et en résidus, de tenir compte du poids des aliments ou de diminuer l'apport alimentaire en sodium.

Sports d'esthétisme

Pour les sports d'esthétisme (gymnastique, patinage artistique, nage synchronisée, plongeon, etc.), les besoins énergétiques des athlètes sont moyennement élevés, malgré les nombreux entraînements de longue durée auxquels ils doivent se soumettre. L'important est de faire preuve de souplesse dans la répartition des apports énergétiques afin d'adapter l'alimentation à l'horaire des entraînements.

Un grand nombre d'athlètes qui pratiquent des sports de puissance, de force et d'esthétisme sont obsédés par leur poids ou par leur silhouette. Quelques moyens peuvent être utilisés pour les aider à améliorer leurs rapports avec la nourriture. Par exemple, il est suggéré d'enlever les interdits alimentaires, de discuter ouvertement du poids et de la composition corporelle, de distinguer les envies des besoins physiologiques réels, de briser les cycles de privation et de compensation ainsi que d'assurer l'atteinte quotidienne des besoins en glucides pour éviter les rages de sucre.

Pour intervenir efficacement, il faut bien comprendre les demandes physiologiques et les exigences des différents sports. La clé du succès consiste à planifier les horaires et les apports hydriques et énergétiques en fonction des épreuves et de leur fréquence. ■

PROGRAMME

INNOV' ACTION

AGROALIMENTAIRE

UN APPUI FINANCIER POUR L'ALIMENTATION SANTÉ !

Les consommateurs québécois sont de plus en plus sensibilisés à l'importance d'un mode de vie sain et d'une alimentation équilibrée. Les entreprises de transformation alimentaire doivent donc s'adapter aux tendances du marché et améliorer la valeur nutritive des aliments qu'elles produisent. Si une entreprise projette, par exemple, d'offrir des produits contenant moins de sucre, de sel ou de matières grasses, ou ayant une plus haute teneur en fibres, sachez qu'un soutien existe !

Le programme Innov'Action agroalimentaire du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation rembourse 70 % des dépenses admissibles engagées pour la mise au point d'aliments à valeur nutritive améliorée ou à valeur santé, et ce, jusqu'à concurrence de 70 000 \$.

Ce programme est financé par l'entremise de l'initiative fédérale-provinciale-territoriale *Cultivons l'avenir 2*.

Pour en savoir plus, consultez la page www.mapaq.gouv.qc.ca/innovaction.



Cultivons l'avenir 2
Une initiative fédérale-provinciale-territoriale

Canada

Agriculture, Pêcheries
et Alimentation

Québec



NUTRITION ET MALADIE DE PARKINSON

Nagham Irani, étudiante en maîtrise, Bachelor of Science (Nutritional Sciences) (Dietetics Major), Université McGill

Introduction

La maladie de Parkinson (MP) est une maladie neurodégénérative qui se manifeste par des troubles du mouvement (ralentissement moteur, tremblements au repos, rigidité et instabilité posturale)¹. Elle est caractérisée par une déplétion de la dopamine due à la perte de cellules dans la partie inférieure du cerveau, appelée la substance noire.

La prévalence de la MP pour la totalité du Canada demeure inconnue, mais, selon une étude manitobaine récente, on l'estime à 393 cas sur 100 000, chez les femmes et à 504 cas sur 100 000, chez les hommes, dans la population âgée de 25 ans et plus². À l'échelle mondiale, la prévalence de la MP est estimée à 1% de la population âgée de 60 ans et plus³.

La prévention de la MP demeure difficile autant sur le plan médical que nutritionnel. En effet, à ce jour, aucun nutriment particulier n'a été ciblé comme facteur de risque ou facteur protecteur. Cependant, les résultats des études épidémiologiques indiquent que meilleure est la qualité globale de l'alimentation, moindres sont les risques de survenue de la MP. De plus, il est bien établi que la prise en charge nutritionnelle des patients est associée à un meilleur pronostic de la maladie⁴.

Les préoccupations nutritionnelles concernent essentiellement :

- la perte de poids et la dénutrition
- les symptômes gastro-intestinaux
- les troubles de déglutition
- les interactions médicaments-nutriments

Certains de ces problèmes surviennent avant même que le diagnostic de la maladie ne soit posé, et s'aggravent à mesure que la MP évolue. La prise en charge précoce par le médecin et la diététiste-nutritionniste est primordiale pour prévenir de telles complications.

| Prise en charge nutritionnelle | | Intervenants |
|--------------------------------|--|--|
| Dépistage | <ul style="list-style-type: none"> - Établir et documenter l'historique du poids. - Faire un suivi étroit du changement de poids (calcul du poids et de l'indice de masse corporelle). - Établir et documenter la gravité de la perte de poids. - Dépister le changement des habitudes alimentaires (oubli de manger, diminution de l'appétit ou satiété précoce). | Médecin ou intervenant de l'équipe interprofessionnelle |
| Évaluation nutritionnelle | <p>Déceler les causes possibles de la perte de poids/dénutrition ;</p> <p><i>Troubles de la motricité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés à se procurer la nourriture (achat) - Difficultés à se préparer les repas et à s'alimenter - Augmentation de la dépense énergétique <p><i>Troubles digestifs et de la déglutition</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduction de l'apport alimentaire et/ou modification des habitudes alimentaires - Risque de pénétration/aspiration - Satiété précoce <p><i>Troubles psychiques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque d'appétit - Anorexie <p>L'évaluation nutritionnelle inclut également l'évaluation de la dépense énergétique du patient, de son apport alimentaire, des interactions médicaments-nutriments, ainsi que la prise de mesures anthropométriques et biochimiques et l'évaluation des signes cliniques et physiques de carences nutritionnelles.</p> | Diététiste-nutritionniste en collaboration avec le médecin et l'équipe interprofessionnelle. |
| Interventions nutritionnelles | <ul style="list-style-type: none"> - Intervenir sur les causes présumées de la perte de poids en favorisant la collaboration interprofessionnelle. - Adopter des stratégies visant à augmenter l'apport énergétique (augmenter la densité énergétique des repas, recommander des suppléments alimentaires et des boissons nutritives, améliorer la saveur des aliments, etc.). - Corriger les autres carences nutritionnelles, le cas échéant. | Médecin et/ou diététiste-nutritionniste, en collaboration |

Tableau 1 Prise en charge de la dénutrition en cas de MP

La perte de poids et la dénutrition

La perte de poids augmente le risque de morbidité et de mortalité des patients atteints de la maladie de Parkinson. Elle devient de plus en plus prononcée au fur et à mesure que la maladie évolue et touche de 52 à 65 % des sujets⁵. De plus, jusqu'à 60 % des patients atteints de la MP seraient à risque de dénutrition, ce qui peut avoir pour effet de⁴:

- diminuer la qualité de vie
- diminuer la fonction immunitaire et augmenter le risque d'infections
- retarder la guérison des plaies
- allonger le séjour à l'hôpital
- augmenter le risque d'ostéoporose
- augmenter le risque de chutes

L'étiologie de la perte de poids n'est pas clairement établie et elle est probablement multifactorielle. Cependant, il semble que les symptômes associés à la maladie, tels que la dyskinésie et la bradykinésie, augmentent la dépense énergétique en plus de diminuer la prise alimentaire. Le dépistage et le traitement précoces de la dénutrition sont souvent difficiles tant pour les intervenants que pour les patients, mais demeurent essentiels. Une prise en charge nutritionnelle par le médecin et la diététiste-nutritionniste s'impose (Tableau 1).

Les symptômes gastro-intestinaux

Les symptômes gastro-intestinaux peuvent diminuer le bien-être des patients ainsi que leur état nutritionnel et avoir des répercussions négatives sur le traitement⁶.

1. Constipation: La constipation est un trouble commun qui touche de 50 à 80 % des patients atteints de la MP⁶. Étant de nature multifactorielle, elle pourrait être causée par le ralentissement de la motricité gastrique, l'effet secondaire des médicaments (comme la lévodopa), l'incapacité de faire de l'exercice et un apport pauvre en fibres et en liquides⁷. La constipation cause généralement de l'inconfort mais peut aussi aboutir à des problèmes plus sérieux, comme la formation d'hémorroïdes ou de fécalomes, ainsi que la survenue d'un mégacolon et d'une perforation intestinale⁶. L'intervention nutritionnelle vise à dépister et à identifier les causes de ces troubles, à réduire ces complications et à améliorer la qualité de vie des patients (Tableau 2).

2. Gastroparésie: La gastroparésie, cause majeure de la diminution des apports

alimentaires, est très fréquente dès l'apparition de la MP. Sa prévalence demeure inconnue. Toutefois, la prévalence du retard de la vidange gastrique, un des symptômes de la gastroparésie, se situe d'après les estimations entre 70 et 100 %⁹. La gastroparésie est associée à une satiété précoce, un ballonnement abdominal, des inconforts abdominaux, des reflux gastro-œsophagiens et des nausées, augmentant ainsi le risque de

dénutrition et de morbidité¹⁰. Elle peut également ralentir et limiter l'absorption des médicaments, comme la lévodopa, et en diminuer ainsi l'efficacité⁶ et la qualité de vie des patients. L'intervention nutritionnelle est résumée au tableau suivant (Tableau 3).

Les troubles de déglutition

Les troubles de déglutition sont très fréquents et affectent de 60 à 80 % des patients¹¹. Ils augmen-

| Prise en charge nutritionnelle | Intervenants |
|--|--|
| Dépistage <ul style="list-style-type: none"> - Historique de l'élimination intestinale - Fréquence habituelle de l'élimination intestinale - Signes et symptômes rapportés par le patient | Médecin ou intervenant de l'équipe interprofessionnelle |
| Évaluation nutritionnelle <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître les causes possibles de la constipation : - Habitudes alimentaires (fibres et liquides) - Historique de la pharmacothérapie - Habitudes liées à la pratique d'activités physiques - Mobilité et facteurs environnementaux | Médecin et/ou diététiste-nutritionniste, en collaboration |
| Interventions nutritionnelles <ul style="list-style-type: none"> - Optimiser l'apport en fibres alimentaires (surtout en fibres insolubles⁸, mais aussi en fibres solubles) et en liquides en fonction des besoins*. - Encourager la mobilisation - Recommander l'usage ou l'adaptation des doses de laxatifs si les options précédentes échouent. | Médecin et/ou diététiste-nutritionniste, en collaboration Équipe interprofessionnelle |
| <p>* Une augmentation de l'apport en fibres alimentaires sans une prise adéquate de liquides peut entraîner la formation de fécalomes et d'hémorroïdes. Or, la plupart des patients atteints de la maladie de Parkinson sont des personnes âgées qui évitent volontairement de s'hydrater afin de diminuer le nombre des mictions en raison des difficultés fonctionnelles qu'ils connaissent lors des déplacements. Lorsque de telles recommandations sont mises en place, un suivi étroit de la part du médecin ou de la diététiste-nutritionniste s'impose.</p> | |

Tableau 2 Prise en charge nutritionnelle de la constipation en cas de MP

tent le risque de dénutrition et de pneumonies d'aspiration, qui sont parmi les causes de décès les plus fréquentes chez les patients atteints de la MP⁷. Les troubles de déglutition augmentent à mesure que la maladie évolue¹⁰, et peuvent être difficiles à dépister, surtout au début. En effet, des études montrent que l'aspiration peut se manifester en l'absence de symptômes des troubles de déglutition chez plus de la moitié des patients^{12,13}. Le dépistage par le médecin et les membres de l'équipe interprofessionnelle est donc essentiel. Les indicateurs les plus fréquents de la présence de troubles de déglutition chez les patients atteints de la MP sont la perte de poids et la difficulté d'avaler les médicaments.

L'intervention nutritionnelle vise à prévenir les complications liées à la dysphagie, notamment la dénutrition et les pneumonies d'aspiration (Tableau 4).

La sialorrhée et la xérostomie sont aussi des symptômes fréquents chez les patients atteints de la MP et constituent des obstacles

à la prise alimentaire et au processus de déglutition. En présence de ces symptômes, on recommande une approche nutritionnelle adaptée. Diverses adaptations de l'alimentation sont possibles afin de diminuer les symptômes ou de les prévenir.

Les interactions médicaments-nutriments

La compétition entre la lévodopa et les acides aminés aromatiques ou certains acides aminés aliphatiques issus de l'alimentation a été démontrée au cours de l'absorption intestinale et du transport à travers la barrière hémato-encéphalique. Ce phénomène peut aboutir à une moindre efficacité de la pharmacothérapie^{6,14,15}. En effet, un grand nombre de patients traités par la lévodopa connaissent des fluctuations motrices (phénomène on/off) à cause entre autres de l'interaction entre les protéines prises durant les repas et le médicament^{6,14}. Pour cette raison, on observe souvent chez

les patients atteints de la MP une réduction de l'apport alimentaire pour prévenir le phénomène on/off. Par conséquent, ces patients peuvent être à risque de dénutrition¹⁵ et voir leur qualité de vie et leur autonomie diminuer⁶ en plus d'être exposés au risque de carences en vitamines et en minéraux. Des évaluations nutritionnelles régulières devraient être considérées tout au long de la maladie¹⁶. En effet, l'investigation des habitudes de consommation protéiques peut entraîner un meilleur bilan cinétique de la lévodopa et une meilleure efficacité du traitement. Pour une meilleure absorption de la lévodopa, les stratégies suivantes sont recommandées :

- Prendre la lévodopa de 30 minutes à 1 heure avant l'heure des repas. La prise de ce médicament en dehors des heures de repas peut induire des symptômes digestifs (voir section « Symptômes gastro-intestinaux »).
- Vérifier si le patient prend des sup-

| Prise en charge nutritionnelle | | Intervenants |
|--------------------------------------|---|---|
| Dépistage | Entretien avec le patient - Signes et symptômes physiques | Médecin ou intervenant de l'équipe interprofessionnelle |
| Évaluation nutritionnelle | Identifier la présence de gastroparésie, ses effets et ses causes possibles : - Habitudes alimentaires - Historique de la pharmacothérapie et de son efficacité en lien avec la prise alimentaire - Historique du poids et de l'indice de masse corporelle (IMC) | Médecin et/ou diététiste-nutritionniste, en collaboration |
| Interventions nutritionnelles | Réduire les symptômes gastriques : - Encourager la prise de petits repas fréquents. - Éviter de se coucher ou de s'étendre dans l'heure qui suit le repas. - Éviter les matières grasses, les fibres et les autres aliments qui pourraient retarder la vidange gastrique*. Prévenir la perte de poids : - Augmenter la densité énergétique des repas. - Encourager la prise de collations. Améliorer l'absorption de la lévodopa : - Prévoir un intervalle entre le moment de l'administration du médicament et l'heure du repas (apport protéique). Améliorer la vidange gastrique : - Collaborer avec le médecin pour introduire un médicament prokinétique ou pour en adapter la dose. | Médecin et/ou diététiste-nutritionniste, en collaboration |

*Ces recommandations peuvent entrer en contradiction avec celles de la prise en charge de la constipation, ce qui met en évidence la complexité de la prise en charge des symptômes de la MP et l'importance de l'évaluation des priorités relatives aux interventions nutritionnelles.

Tableau 3 Prise en charge nutritionnelle de la gastroparésie en cas de MP

pléments de fer (sulfate ou fumarate ferreux) qui peuvent diminuer l'absorption de la lévodopa.

- Répartir les protéines de façon égale aux trois repas après l'évaluation des besoins et des apports protéiques. S'assurer que les apports ne dépassent pas inutilement les besoins du patient.

Bien que la majorité des patients répondent bien aux mesures ci-dessus, certains peuvent être très sensibles (stades avancés surtout) à l'interaction avec les protéines et leur état dicte une intervention plus agressive (redistribution protéique ou diète 5:1). La décision de recommander cette approche doit être prise avec précaution, car une telle diète peut aussi favoriser la survenue d'autres problèmes nutritionnels tels que la dénutrition et l'ostéoporose.

1. **Redistribution protéique** ; Dans les cas (très rares) de patients ayant une extrême sensibilité aux protéines

(généralement à un stade avancé de la MP), une redistribution protéique peut être envisagée. Cette diète prévoit la consommation de 7 à 10 g de protéines le jour et une consommation suffisante de protéines le soir pour combler les besoins quotidiens. Toutefois, cette approche comprend plusieurs désavantages :

- Difficulté à l'enseigner et à l'appliquer (faible adhésion à long terme)
- Repas peu appétissants ; grosses portions d'aliments protéiques au souper
- Sensation de faim durant la journée
- Très forte rigidité en soirée créant des problèmes graves de motricité le soir et la nuit

Bien que des travaux aient montré l'efficacité de cette approche pour réduire les périodes *off* postprandiales aux stades avancés de la MP¹⁴, en pratique, l'applicabilité et l'acceptabilité de

cette diète sont faibles. Par ailleurs, les patients sont tentés d'éviter les protéines le soir afin de réduire les troubles de motricité le soir et la nuit, les mettant à risque de dénutrition et de sarcopénie¹⁵.

Diète 5:1. Cette diète, basée sur le principe qu'une consommation élevée de glucides concomitante à la consommation de protéines, permet d'élever la sécrétion d'insuline. Puisque l'insuline est une hormone anabolisante, sa présence permet de réduire la concentration d'acides aminés circulants, ce qui diminue la compétition au niveau de la barrière hémato-encéphalique¹⁷. Les étapes de cette diète sont : calculer le ratio glucides : protéines de l'alimentation habituelle. Ajuster ce ratio à 5 g de glucides pour 1 g de protéines (5:1) en respectant les besoins protéiques. Ce ratio peut être porté à 7:1, au besoin. Cette diète peut cependant être difficile à mettre en place en milieu hospitalier ou dans les établissements de soins.

| Prise en charge nutritionnelle | | Intervenants |
|--------------------------------------|---|--|
| Dépistage | Entretien avec le patient Signes et symptômes | Médecin ou intervenant de l'équipe interprofessionnelle |
| Évaluation nutritionnelle | <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation du mécanisme oral périphérique (MOP), si nécessaire - Évaluation de la déglutition pendant les repas - Évaluation des habitudes alimentaires permettant de reconnaître les propriétés rhéologiques posant problème - Réalisation d'une vidéofluoroscopie et d'examen complémentaires pour analyser la déglutition | Médecin et diététiste-nutritionniste, en collaboration avec équipe interprofessionnelle spécialisée en dysphagie |
| Interventions nutritionnelles | Prévenir la dénutrition et les pneumonies d'aspiration : <ul style="list-style-type: none"> - Adapter les paramètres de textures et de consistance des aliments et liquides. - Optimiser les propriétés organoleptiques et la densité énergétique des aliments. - Optimiser la prise des repas au moment où le patient est au meilleur de sa forme. - Recommander l'adaptation de la pharmacothérapie pour diminuer les symptômes de dysphagie. | Médecin et/ou diététiste-nutritionniste, en collaboration |

Tableau 4 Prise en charge nutritionnelle des troubles de déglutition en cas de MP

32 Les personnes atteintes de la MP sont à risque élevé de chutes en raison de l'instabilité posturale. De plus, le manque d'exposition au soleil induit un risque de carence en vitamine D.

Conditions à remplir pour la mise en place de cette diète :

- Bon état nutritionnel
- Motivation élevée du patient et de son soignant/aidant naturel
- Condition médicale non compliquée par le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, une hyperlipoprotéïnémie, etc.
- Fonctions cognitives intactes

Autres considérations

Les personnes atteintes de la MP sont à risque élevé de chutes en raison de l'instabilité posturale. De plus, le manque d'exposition au soleil induit un risque de carence en vitamine D. Un apport alimentaire suffisant en calcium et en vitamine D est donc important et doit être envisagé lors de la prise en charge nutritionnelle. L'évaluation des apports et des habitudes alimentaires peut permettre de déterminer la nécessité de la prise de suppléments ou l'adoption d'une stratégie d'enrichissement par l'alimentation.

Conclusion et résumé

Les problèmes nutritionnels sont fréquents chez les patients atteints de la MP et ils arrivent tôt dans l'évolution de la maladie. Une collaboration au sein de l'équipe interprofessionnelle est essentielle afin d'amorcer une prise en charge précoce et de diminuer les complications associées. ■

Références

1. Desport, J.C., et al. 2013. Nutrition in Parkinson's disease. *Nutrition clinique et métabolisme*; 27: 87-91
2. Lix, L.M., et al. 2010. Socioeconomic variations in the prevalence and incidence of Parkinson's disease: a population-based analysis. *J Epidemiol Community Health*; 64: 335-340
3. De Léan et Langlois. Mouvements involontaires et maladie du Parkinson. Dans : Précis pratique de gériatrie, 3^{ème} édition, Arcan et Hébert, Éditeurs. Edisem/Maloine, 2007: 599-613
4. Sheard, J.M., et al. 2011. Prevalence of malnutrition in Parkinson's disease: a systematic review. *Nutrition Reviews*; 69(9): 520-532
5. Kashiwara, K. Weight loss in Parkinson's disease. *J Neurol*, 2006; 253 (suppl 7):38-41

6. Barichella, M., et al. 2009. Major nutritional issues in the management of Parkinson's disease. *Movement Disord*; 24(13): 1881-1892
7. Cushing, M.L., et al. 2002. Parkinson's disease: implications for nutritional care. *Can J Diet Pract Res*; 63(2): 81-87
8. Shanti, E., et al. 2013. Fiber and functional gastrointestinal disorders. *Am J Gastroenterol*; 108: 718-727
9. Heetun, Z.S., et Quigley, E.M.M. 2012. Gastroparesis and Parkinson's disease: a systematic review. *Parkinsonism Related Disord*; 18:433-440
10. Pfeiffer, R.F. 2003. Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's disease. *Lancet Neurol*; 2: 107-116
11. Potulska, A., et al. 2003. Swallowing disorders in Parkinson's disease. *Parkinsonism Related Disord*; 9:349-353
12. Bird, M.R., et al. 1994. Asymptomatic swallowing disorders in elderly patients with Parkinson's disease: a description of findings on clinical examination and videofluoroscopy in sixteen patients. *Age Ageing*; 23(3): 251-254
13. Nagaya, M., et al. 1998. Videofluorographic study of swallowing in Parkinson's disease. *Dysphagia*; 13(2): 95-100
14. Barichella, M., et al. 2006. Special low-protein foods ameliorate postprandial off in patients with advanced Parkinson's disease. *Movement Disord*; 21: 1682-1687
15. Cereda, E., et al. 2010. Low protein and protein-redistribution for Parkinson's disease patients for motor fluctuations: a systematic review. *Movement Disord*; 25: 2021-2034
16. Cereda, E., et al. 2010. Controlled-protein dietary regimens for Parkinson's disease. *Nutritional Neuroscience*; 13(1): 29-32
17. Barry et al. 1991. A balanced carbohydrate:protein diet in the management of Parkinson's disease. *Neurology*;41:1295-1297.

Voici les réponses aux questions de reconnaissance de formation continue du volume 11 n° 1 – Printemps 2013

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.

Les réponses seront également disponibles sur l'extranet du site Web de l'OPDQ. Vous devez nous retourner les questionnaires dûment remplis avec un chèque pour chaque questionnaire complété à l'ordre de l'OPDQ au montant de 25 \$:

Avant le 28 février 2014
Volume 11 n° 2
– Automne 2013

Réponses : Volume 11 n° 1 – Printemps 2013 – La nutrition au cœur de la médecine personnalisée

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

ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES ÉLÈVES DE LA CAFÉTÉRIA SCOLAIRE

Avrile Gagné, Dt. P. Nutritionniste – Commission scolaire des Phares, Comtés de La Mitis et Rimouski-Neigette

Depuis la mise en œuvre de la politique alimentaire à la Commission scolaire des Phares (CSDP) dans la région du Bas-Saint-Laurent, la proportion de jeunes du secondaire qui mangent à la cafétéria se situe bien en dessous de 10 % comparativement à 25 % avant la mise en œuvre de la politique. La proximité de restaurants de restauration rapide et de dépanneurs constitue un obstacle important qui influe sur le taux de fréquentation de la cafétéria scolaire.

Objectif

Devant ce constat, la nutritionniste de la CSDP, en collaboration avec le comité École en santé et le directeur des ressources matérielles, a décidé d'évaluer la satisfaction des élèves par le biais d'un questionnaire auto-administré portant sur les repas et les services offerts dans les deux cafétérias des écoles secondaires qui offrent des repas. L'objectif était d'améliorer la qualité des repas compte tenu des résultats et des commentaires reçus, dans le but d'augmenter le nombre d'élèves qui mangent à la cafétéria.

Implication des élèves et du personnel : un facteur clé

Le questionnaire a été élaboré en collaboration avec les élèves membres du comité École en santé. D'autres élèves, membres du gouvernement étudiant ou participant au Programme d'études internationales (PEI) ont assuré la distribution des questionnaires. Cette façon de procéder a permis d'établir un lien de confiance. Le travail des élèves a été encadré par deux membres du personnel, soit un dans chaque école. Dans un cas, il s'agissait d'une intervenante sociale, et dans l'autre, d'une enseignante du PEI. La collaboration de ces deux membres du personnel a été très importante, car leur rôle était d'assurer le retour des questionnaires et leur acheminement à la nutritionniste responsable du projet. Cette dernière avait le rôle de compiler et d'analyser les données recueillies.

Oser !

Entre septembre 2012 et juin 2013, le questionnaire a été soumis 11 fois aux élèves fréquentant chacune des deux cafétérias. Les résultats ont été compilés deux fois l'an (en janvier et en juin) et la satisfaction a été évaluée par une note sur 100. La « note de passage » a été établie à 75 %. Pour une note égale ou supérieure à 75 %, la CSDP remboursait au concessionnaire 25 % de la part semestrielle de la redevance. Pour une note égale ou supérieure à 90 %, elle a remboursé au concessionnaire 30 % de la redevance semestrielle. En deçà de la « note de passage », le concessionnaire ne recevait aucun remboursement. Ces éléments décisionnels ont été inscrits dans le contrat du concessionnaire par le directeur des ressources matérielles. À notre connaissance, c'est la première fois qu'une telle clause était ajoutée au contrat d'un concessionnaire d'un service alimentaire. L'équipe a été heureuse de constater que le concessionnaire l'a acceptée, sans aucune négociation.

Résultats, recommandations et persévérance

Deux fois l'an, on a communiqué les résultats au comité École en santé et au directeur des ressources matérielles afin d'émettre ensemble des recommandations pour améliorer le service. Pour l'année scolaire 2013-2014, il a été convenu de diminuer la fréquence de la distribution des questionnaires car un désintéressement de la part des élèves à y répondre au cours de l'année a été noté.

Pour l'instant, la fréquentation de la cafétéria reste la même, mais on vise d'atteindre de nouveau le taux de fréquentation initiale, soit 25 %.

Quelques leçons tirées

Il est essentiel de faire un suivi auprès du gestionnaire afin d'apporter les correctifs nécessaires pour assurer une satisfaction continue de la clientèle. En effet, les résultats semestriels ont permis de constater une différence entre les deux établissements : une cafétéria a obtenu la note de passage, tandis que l'autre ne l'a pas obtenue, alors qu'il s'agit du même

concessionnaire. Des éléments tels que la courtoisie du personnel et la présentation des repas n'étaient pas les mêmes dans les deux établissements. À cet égard, on a prévu une rencontre avec le personnel de la cafétéria. Faute de temps et de disponibilités, elle n'a pu se tenir durant l'année 2012-2013. À part l'offre alimentaire, il faudrait améliorer dans un proche avenir d'autres éléments, comme l'aménagement et le fonctionnement de la cafétéria, afin d'attirer et de fidéliser la clientèle. En effet, un sondage mené auprès des élèves de secondaire 4 en avril 2012, qui visait à recueillir leurs suggestions quant à la façon d'améliorer la cafétéria, a permis de constater que ce genre d'améliorations était nécessaire.

Voici les principaux éléments :

- Aménager des espaces accueillants, bien décorés (utiliser des œuvres réalisées par les élèves, par exemple) et bien éclairés.
- Aménager des espaces pour pouvoir manger dehors.
- Augmenter le nombre de fours à micro-ondes mis à la disposition des élèves.
- Disposer les tables de la salle à manger de façon à favoriser des repas pris en petits groupes.
- S'équiper de tables rondes, plus conviviales.

On a également considéré qu'il était important que le comité École en santé mette en œuvre un plan de promotion auprès des élèves et leur propose des activités. Par exemple :

- Faire la promotion de produits et de menus nutritifs.
- Préparer une démonstration culinaire de nouvelles recettes et prévoir une dégustation avec distribution d'échantillons gratuits.

On a également effectué des activités éducatives en classe, mais il faudrait en hausser la fréquence.

Au de la de la théorie, nous croyons profondément que nous devons oser être ingénieuses et créatives ! ■

COMME ILS NE SAVAIENT PAS QUE C'ÉTAIT IMPOSSIBLE, ILS L'ONT FAIT : RÉUSSITE D'UN PROJET LEAN APPLIQUÉ DANS LE SERVICE ALIMENTAIRE

Lise Marcotte, Dt. P., M. Sc., directrice adjointe des ressources matérielles au CSSS du Sud-Ouest-Verdun
Mélissa Léveillé, BA, agente de communication au CSSS du Sud-Ouest-Verdun

Le CSSS du Sud-Ouest-Verdun est le plus grand de tous les CSSS de Montréal. Avec ses trois missions, il compte onze installations : un hôpital, trois CLSC et sept centres d'hébergement répartis sur un territoire de 22 km². Depuis la création des CSSS en 2004, l'harmonisation des processus, et même, des cultures, à travers tous les établissements a été au cœur de bien des projets.

À cet égard, l'idée d'uniformiser nos façons de faire dans les sept centres d'hébergement germaient depuis longtemps dans nos esprits. Les recommandations du vérificateur général et celles émises à la suite des visites ministérielles allaient d'ailleurs en ce sens, des écarts ayant été observés entre les différents centres, notamment en ce qui concerne l'alimentation. Les défis que doit relever le secteur alimentaire dans les centres d'hébergement sont grands :

répondre aux besoins et satisfaire la clientèle demeure toujours l'objectif premier, mais, pour y arriver, il faut tenir compte des attentes de la clientèle, de ses goûts, de ses habitudes de vie et de ses besoins très variés, dans le respect de notre politique alimentaire, des normes nutritionnelles, des ressources disponibles et ce, sans dépasser le budget fixé. La question est donc complexe et il faut assurément l'aborder avec une grande agilité ! Ces défis sont encore plus difficiles à relever dans les établissements qui exploitent plusieurs résidences. C'est dans un tel contexte que le CSSS du Sud-Ouest-Verdun a décidé d'harmoniser les menus de ses sept centres d'hébergement. Le projet Lean initial était composé de deux volets : l'harmonisation des menus et l'optimisation du processus d'approvisionnement en denrées alimentaires. Dans cet article, nous parlerons uniquement du volet menu.

Trouver le moment propice

L'été 2012 a été le moment opportun pour démarrer ce projet ambitieux. Un certain nombre de conditions favorables nous ont permis d'aller de l'avant, notamment deux projets d'optimisation déjà en cours dans notre CSSS, un levier parfait pour faciliter l'harmonisation des menus dans les centres d'hébergement. Le premier, financé par l'Agence de Montréal, visait l'amélioration de l'alimentation dans les établissements d'hébergement ; un des livrables attendus était la création d'un menu à textures modifiées. Le second, subventionné par le ministère de la Santé et des Services sociaux, avait pour but d'implanter une culture Lean dans nos centres.



LA FAÇON FUTÉE DE ROULER ET D'ÉCONOMISER

Intelauto^{MC} est un programme d'assurance basé sur l'usage, qui fonctionne grâce à un dispositif **gratuit** branché dans le votre véhicule. Les données sur vos habitudes de conduite ainsi recueillies vous permettent d'**économiser jusqu'à 25 %** lors du renouvellement de votre assurance auto, en plus de vos tarifs de groupe exclusifs. **C'est facile, ingénieux et gratuit !**

Commencez à économiser !
Visitez intelauto.ca 1 855 801-8830

Certaines conditions s'appliquent. Intelauto est souscrit auprès de La Personnelle, assurances générales inc. au Québec et auprès de La Personnelle, compagnie d'assurances en Ontario. ^{MC} Intelauto est une marque de commerce de La Personnelle, compagnie d'assurances, utilisée avec permission par La Personnelle, assurances générales inc. La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. au Québec et La Personnelle, compagnie d'assurances en Ontario. Intelauto est offert en Ontario et au Québec seulement.

1

BRANCHEZ



2

CONDUISEZ



3

ÉCONOMISEZ







Assureur de groupe auto et habitation

La bonne combinaison.

QUELQUES PRINCIPES, CONCEPTS ET OUTILS LEAN QUI ONT SERVI À NOTRE PROJET

- Démarche structurée: définir, mesurer, analyser, innover, implanter, contrôler
- Atelier Kaizen (fusion des deux mots japonais, kai et zen, qui signifient respectivement « changement » et « bon ») – atelier de travail d'une semaine réunissant environ 15 personnes concernées par le processus modifié. Cet atelier a permis de comprendre le processus en cours, de repérer les pistes d'amélioration, de contribuer à l'élaboration des solutions et d'en amorcer l'implantation.
- Formation White Belt – destinée à l'équipe Kaizen pour l'initier à la méthode Lean
- Prise de décision par consensus
- Cartographie des processus en cours et à modifier
- Remue-méninges sur les gaspillages (p. ex., surproduction, attentes, erreurs, etc.)
- Gestion des goulots
- Contrôles visuels
- Principe du 80/20
- Mesure de la performance
- Culture de résolution rapide des problèmes

Au-delà des outils, la démarche Lean propose un changement de culture. Les gestionnaires et les employés doivent modifier leur façon de penser. L'adhésion des utilisateurs du processus à la philosophie Lean est un facteur critique de réussite du projet.

L'accent est sur l'organisation

- Les employés sont le problème
- Évaluer le personnel
- Motiver le personnel
- Ne faire confiance à personne
- Qui a fait l'erreur ?
- Surveiller les employés
- Corriger les erreurs
- Objectif: le bilan financier



L'accent est sur le processus

- Le processus est le problème
- Évaluer le processus
- Éliminer les obstacles
- Tous sont responsables (imputables)
- Comment éviter l'erreur
- Guider les employés
- Réduire la variation de la qualité
- Objectif: les clients (directs et le processus)

Plus de 90 % des problèmes proviennent des processus et moins de 10 % sont causés par le personnel

Modifier sa façon de penser



Séances de dégustation des résidents des sept centres d'hébergement

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE PROJET

La composition de l'équipe de projet, multidisciplinaire et représentative de tous les centres, a grandement facilité l'exercice.

- Directrice intérimaire des ressources matérielles: promotrice du projet (sans avoir participé à l'atelier Kaizen)
- Leader du projet: coordonnatrice des services d'alimentation - milieu de vie
- Membres bénévoles de l'équipe Kaizen, incluant les membres liés au volet approvisionnement:
 - 4 cuisiniers (hébergement)
 - 3 techniciennes en diététique (hébergement)
 - 2 chefs de service alimentaire (hébergement)
 - 1 coordonnatrice des services d'alimentation (hébergement)
 - 1 préposée au service alimentaire et aide-cuisinière (hébergement)
 - 1 préposé au service alimentaire (Hôpital de Verdun)
 - 1 acheteur (Hôpital de Verdun)
 - 1 chef de service logistique
 - 1 magasinière
 - 1 nutritionniste et représentante syndicale APTS
 - 1 représentante syndicale CSN



L'équipe de projet lors de l'activité clôturant la semaine de l'atelier Kaizen

LE PROJET EN BREF

Objectif global

Même si plus de 45 % des mets inscrits aux sept menus existants étaient identiques, l'objectif a été de créer un nouveau menu d'été unique pour l'ensemble des sept centres d'hébergement. La version initiale du projet ne prévoyait que la création d'un canevas unique de menu. Nous comptions standardiser et harmoniser les recettes dans le cadre d'un deuxième projet, puis réaliser la migration informatique dans le cadre d'un troisième. Mais, il s'est avéré que nous n'avons pas été suffisamment ambitieux : au final, nous avons réussi à couvrir toutes ces étapes dans le cadre du premier projet, en l'espace d'un an.

Principaux gains recherchés

- Uniformiser l'offre alimentaire dans les sept centres d'hébergement.
- Rehausser la qualité des menus et faciliter le processus d'assurance-qualité.
- Rendre le menu le plus attrayant possible afin de réduire les commandes de mets à la carte et de plats spéciaux.
- Intégrer graduellement des éléments de la politique alimentaire.
- À moyen terme, éviter les redondances et réduire le temps de gestion global consacré à la conception des menus et des plans de production.
- Faciliter les achats de denrées alimentaires.

- Faciliter le travail des employés figurant sur la liste de rappels et de ceux de l'équipe volante qui sont appelés à travailler dans plusieurs centres.
- Développer une culture d'échange et de partage entre les employés des différents centres (réduire l'esprit de silo).
- Améliorer le rendement et créer une culture de constante amélioration.

| Activités | Août | Sept. | Oct. | Nov. | Déc. | Janv. | Fév. | Mars | Avr. | Mai | Juin | Juill. | Août | Sept. |
|--|------|-------|------|------|-------|-------|------|------|------|-----|------|--------|------|-------|
| Définition du problème et ratification du projet | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| Présentation du projet aux équipes de chaque centre d'hébergement et recherche de participants | | ■ | | | | | | | | | | | | |
| Collecte de données | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | |
| Formation White Belt (1 jour) | | | ■ | | | | | | | | | | | |
| Atelier Kaizen (5 jours) | | | ■ | | | | | | | | | | | |
| Implantation du plan d'action (rencontres hebdomadaires avec l'équipe Kaizen) | | | | | Pause | ■ | ■ | | | | | | | |
| Travail complémentaire sur le menu, le choix des recettes et la migration informatique | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | |
| Dégustation et choix de recettes par les résidents | | | | | | | | | | ■ | | | | |
| Formation en vue de l'utilisation du logiciel multisite et saisie des profils des résidents | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | |
| Activités de communication (informer et garder l'intérêt) | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| Activités de gestion du changement | | ■ | | | | ■ | ■ | ■ | | | ■ | ■ | | |
| Implantation du menu d'été | | | | | | | | | | | 17 | | | |
| Première rencontre du comité permanent chargé d'une constante amélioration | | | | | | | | | | | | ■ | | |
| Activités de suivi et de contrôle | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Célébration | | | ■ | | | | | ■ | | | | | | ■ |

Échéancier et étapes du projet

RÉSULTATS

Le menu d'été des sept centres d'hébergement est harmonisé à 100 % et en production depuis le 17 juin 2013.

- On a créé un nouveau gabarit de menu, qui englobe le menu ordinaire, le menu thérapeutique, le menu à textures modifiées ainsi que la carte des plats spéciaux.
- On utilise actuellement un logiciel unique, en version multisite, au lieu de trois logiciels différents pour les huit centres (hôpital et hébergement).
- On a installé un module d'interface qui permet la gestion des mouvements des résidents et qui assure le lien avec l'hôpital, améliorant le transfert des données intersites.
- On a informatisé, révisé, standardisé et adapté toutes les recettes de chacun des centres, choisies parmi les meilleures, pour respecter les balises nutritionnelles définies par la nutritionniste des centres d'hébergement.
- On a élaboré les plans de production à partir de balises communes, de façon à éviter le phénomène de « coup de feu ».
- On a harmonisé l'achat de produits, ce qui a permis de réduire les écarts entre les centres d'environ 53 % pour les produits laitiers, de 40 % pour la boulangerie et de 55 % pour les produits jetables.
- On a mis sur pied un comité permanent chargé de la révision des menus et de leur constante amélioration dans les centres d'hébergement, dont le mandat est de diffuser les commentaires de la clientèle et des équipes de travail, de choisir et d'améliorer les recettes, d'ajuster le menu, de réviser tous les ans les menus d'été et d'hiver et de promouvoir le changement.
- On a mis au point un outil visuel simple qui permet de mesurer la satisfaction des résidents (évaluation de la consommation).



Légende : Pendant l'atelier Kaizen, on a préparé un canevas de menu. Il permet de positionner les choix alimentaires (poulet, poisson, bœuf, etc.) ainsi que la fréquence à laquelle ils sont offerts.

Canevas de menu

La méthodologie Lean pour soutenir le projet

Le Lean Healthcare Six Sigma est une approche d'optimisation des processus de travail qui met le client au cœur des préoccupations et qui a comme particularité de confier le pouvoir décisionnel concernant les processus aux employés, qui sont les mieux placés pour trouver les meilleures façons de faire leur travail. **Depuis son implantation dans notre établissement en octobre 2011, la démarche Lean nous a permis non seulement d'améliorer nos processus, mais aussi de favoriser l'autonomisation de nos employés, d'améliorer les conditions de travail et de consolider les relations entre la direction et les syndicats.** Ce projet, englobant plusieurs centres, visait à réduire la complexité des processus, notamment en éliminant les activités sans valeur ajoutée, et, par la même voie, à optimiser et à informatiser les activités pertinentes.

LES GRANDS DÉFIS DE L'UNIFORMISATION

La réalisation d'un projet de cette envergure dans sept centres distincts et en un court laps de temps demande assurément une bonne dose de créativité et beaucoup de rigueur et de méthode. Par ailleurs, elle exige de tenir compte des équipes qui seront soumises au

changement pour s'assurer de leur adhésion. On a rencontré et relevé bon nombre de défis en cours de route. En voici les principaux :

Maintien du plaisir de manger

Le maintien dans l'alimentation des résidents de la notion de plaisir était essentiel à la réussite du projet. Le régime le mieux planifié ne sert à rien s'il finit en repas non consommé. Il nous a donc fallu nous adapter à la capacité des consommateurs d'opter pour une alimentation plus saine et, dans ce contexte particulier, nous avons privilégié la consommation plutôt que la restriction. Nous avons accepté d'offrir des mets à valeurs nutritives plus faibles pour pouvoir présenter une offre globale plus nutritive et moins restrictive. Tout au long du projet, nous avons dû nous montrer souples et prêts à faire des concessions, ce qui nous a aidés à trouver de bonnes idées. Par exemple, le menu prévoit chaque semaine un choix du chef : chaque centre est ainsi en mesure de conserver sa couleur locale, d'adapter les plats aux goûts alimentaires de ses résidents et promouvoir la créativité culinaire de l'équipe de production en place.

Virage informatique

Nous avons vite compris qu'il fallait absolument uniformiser les systèmes informatiques des centres afin d'éviter le dédoublement des saisies de menu et de tirer un maximum de profit de

l'harmonisation. Nous avons choisi le logiciel Winvision de Nutritek, qui était déjà utilisé dans trois centres d'hébergement et à l'Hôpital de Verdun. Dans les quatre autres centres concernés, on a dû réaliser une migration, ce qui a nécessité une formation de deux jours de l'ensemble des techniciennes en diététique. La technicienne chargée du terminal superutilisateur de l'hôpital a été libérée de ses tâches pour effectuer la saisie des particularités du menu, offrir son soutien à la formation et apporter des correctifs au besoin. La chef de service d'alimentation-nutrition de l'hôpital a servi de personne-ressource auprès du leader de projet ; son rôle a été de conseiller, d'apporter son soutien et d'aider à la saisie des données du volet gestion de production et distribution.

Financement du projet

Quiconque souhaite se lancer dans une aventure de cette ampleur devrait tenir compte des répercussions financières, notamment lorsque les employés doivent participer à la recherche des solutions. Dans le contexte de ce projet Lean, nous avons eu la chance de pouvoir nous appuyer sur trois sources de financement combinées : ministère de la Santé et des Services sociaux (LEAN), Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (amélioration de l'alimentation en milieu d'hébergement), et notre établissement (migration informatique). L'investissement en a valu la peine !

38 LA COMMUNICATION ET LA GESTION DU CHANGEMENT : DEUX INCONTOURNABLES

La cuisine a une composante émotive et sociale! Nous devons tenir compte des répercussions du changement des menus sur les résidents et leur famille, mais aussi sur les employés, tant sur le personnel du service de l'alimentation que sur le personnel soignant, et même sur les employés qui mangent à la cafétéria. **Pour faciliter la transition et favoriser l'adhésion, nous avons fait participer à toutes les étapes du projet, de sa présentation initiale et jusqu'à la période qui a suivi l'implantation du menu, des membres du personnel de notre CSSS, spécialisés en communication et en gestion du changement.** On a élaboré plusieurs stratégies et outils adaptés au contexte, notamment des changements concernant tous les centres, mais formation à la méthodologie Lean et participation à l'atelier Kaizen d'une infime proportion des employés.

Voici quelques exemples :

- Création d'une signature visuelle spécifique pour le projet Lean ;
- Production de documents informatifs (dépliants, affiches, bulletins d'information, page intranet, etc.) ;
- Tableaux informatifs disposés dans chaque service alimentaire pour garder les équipes informées et mobilisées ;
- Présentation des résultats de l'atelier Kaizen dans deux ou trois centres d'hébergement à la fois. Cette mise en commun des résultats a donné lieu à une synergie entre des équipes qui ne se connaissaient pas ;
- Ateliers de gestion du changement destinés aux chefs du service alimentaire, à l'équipe Kaizen, aux techniciennes et aux assistantes-chefs techniciennes en diététique, afin de les aider à jouer pleinement leur rôle d'agents de changement auprès de leurs collègues ;
- Rencontres avec les comités de gestion de chaque centre d'hébergement ;
- Rencontres avec les comités d'usagers ;
- Implication de résidents de chaque centre d'hébergement dans le choix de certaines recettes par le biais de deux séances de dégustation VIP ;
- Courtes rencontres quotidiennes avec le personnel du service alimentaire pour aborder rapidement les préoccupations des équipes pendant la phase d'implantation du nouveau menu.

La promotrice du projet, le leader de l'équipe Kaizen, les chefs du service d'alimentation de chaque centre, les agents Lean, la nutritionniste des centres d'hébergement ainsi que les responsables du service à la clientèle de chaque établissement ont aidé à assurer un suivi rapproché au cours du premier cycle d'implantation du menu et ont épaulé les membres de l'équipe Kaizen (agents de changement) pour apaiser les craintes, écouter les préoccupations et apporter les corrections urgentes, répondre aux familles et maintenir le cap. Somme toute, aujourd'hui, l'enthousiasme et l'insécurité des trois premières semaines qui ont suivi l'implantation du menu auront laissé place à un certain équilibre.

Sur la voie de l'amélioration continue et de la pérennisation des changements

Il est bien connu, et la littérature le confirme, que nombre de projets sont abandonnés avec le temps, car les changements ne sont pas étayés par un plan de suivi et de contrôle. Les efforts déployés pour la mise en route cèdent souvent la place à la pensée magique puisqu'on vient à croire qu'une fois implanté, le projet survivra sans qu'on s'en occupe. **Pourtant, le recours à des méthodes de mesure permet de suivre l'évolution des dossiers, d'évaluer les progrès enregistrés et de s'améliorer continuellement.** La démarche Lean met l'accent sur ces méthodes de contrôle. Définir des indicateurs mesurables dès le début du projet, développer des outils visuels de suivi simples, déléguer la mise à jour des indicateurs aux employés et s'assurer qu'ils suivent les objectifs du projet, voilà autant d'éléments essentiels au succès du plan de contrôle. Au-delà de l'indicateur ciblé pour l'atteinte de l'objectif « menu d'été harmonisé à 100 % », divers outils, dont le plan d'action créé par l'équipe Kaizen et le plan de contrôle, auront servi à l'évaluation des progrès et permis de déterminer la marche à suivre en cas de rendement sous-optimal.

On a également repéré d'autres pistes qui favorisent une constante amélioration. Par exemple, nous prévoyons la mise en place de repas témoins-surprises pour contrôler à un moment donné, simultanément, que les recettes sont respectées et que le repas offre les mêmes qualités organoleptiques dans les sept centres d'hébergement. De plus, le CSSS Sud-Ouest Verdun compte mettre au point en collaboration avec tous ses gestionnaires les initiatives « Gemba » (c'est-à-dire là où se trouve la réalité) et « Scrum » (rencontres quotidiennes de moins de 15 minutes). Ces initiatives visent à nous faire sortir de nos bureaux, pour une inspection sur

le terrain et pour nous aider ainsi à observer, comprendre, imaginer une réalité performante et échanger avec les équipes en vue de la création d'une culture d'appartenance et de résolution rapide et consensuelle des problèmes.

Tous les ans, nous entreprenons plusieurs initiatives d'optimisation qui sont menées à bien. Alors, pourquoi se tourner vers la démarche Lean? Aucune méthodologie ne fait de miracles par elle-même. La démarche Lean nous donne l'occasion de modifier notre approche de résolution de problèmes, de faire émerger de la base des idées et des solutions durables et de nous adapter à des changements qui sont inévitables. Le projet sur lequel porte cet article aurait pu être réalisé sans la démarche Lean, mais les efforts investis, les échéances, l'adhésion des équipes et le changement de culture auraient été sans doute différents.

Le projet d'harmonisation des menus a donné naissance à une merveilleuse synergie intersites. Même sans tenir compte de tous les autres gains réalisés, rien que pour cela l'aventure aura été plus que bénéfique. ■

Quelques conseils d'amie si l'aventure Lean vous intéresse...

- Restez à l'affût de toute nouvelle occasion.
- Travaillez d'abord sur un petit problème (processus), pour vous familiariser avec la méthodologie Lean et pour obtenir rapidement des résultats à un moindre coût.
- Implantez les solutions retenues assez rapidement pour garder l'intérêt des participants.
- Faites participer vos employés, faites leur confiance et outillez-les de façon à ce qu'ils puissent devenir des partenaires dans la résolution des problèmes quotidiens.
- Assumez les erreurs et corrigez-les rapidement.
- Ne négligez pas les effets collatéraux du projet sur les autres services et prévoyez les mécanismes nécessaires.
- Conservez des souvenirs et célébrez (visionnez la vidéo « Sur la voie du Lean » : www.sov.qc.ca, section Bons coups).

Depuis 25 ans, **ÉquiLibre** est fier de vous soutenir dans vos interventions sur le poids et l'image corporelle.

Commandez sans tarder à equilibre.ca/publications

equilibre.ca

@GROUPEEQUILIBRE



/GROUPEEQUILIBRE



COMMANDEZ LA TROUSSE DVD

« Les régimes ne font pas le poids. MANGE, VIS, AIME! »

Un outil d'intervention unique comprenant :

- Une vidéo de sensibilisation de 10 minutes mettant en vedette l'actrice Amélie Grenier, l'humoriste Dorice Simon et la comédienne Nadia Essadiqi. La vidéo aborde, à travers 4 thématiques, les réflexions et les jugements que portent les femmes envers leur poids;
- Un atelier pour intervenir auprès d'un groupe et abordant chaque thématique.

65 \$ (frais d'expédition en sus)



UN NOUVEAU SITE WEB REVU ET AMÉLIORÉ!

Notre nouveau site web contient une gamme d'outils et d'informations :

- Une liste complète de nos formations, ateliers et conférences;
- Une infolettre mensuelle et un billet de blogue;
- Des ressources pour les femmes, les parents et les adolescents;
- Un bottin de professionnels accrédités par **ÉquiLibre**, par région.



DÉPLIANTS ÉDUCATIFS, AFFICHES, OUTILS D'INTERVENTION

Vous trouverez également dans notre section « Publications » de nombreux autres documents à distribuer auprès de vos clientèles, notamment :



Votre influence a du poids

Une brochure ayant pour but de guider les parents d'adolescents vers le développement d'une image corporelle positive et des saines habitudes de vie.

Le régime miracle n'existe pas!

Un outil de sensibilisation ayant pour but d'encourager les consommateurs à porter un regard critique sur les fausses prétentions de l'industrie de l'amaigrissement.

Place à la diversité corporelle!

Un outil de sensibilisation ayant pour but d'encourager les femmes à remettre en question le modèle unique de beauté et adopter un style de vie sain peu importe leur poids.



L'OPDQ, c'est :

Protection du public

10

Employées à
la permanence
de l'Ordre

- directrice générale et secrétaire
- secrétaire générale adjointe
- diététiste coordonnatrice à l'inspection professionnelle
- diététiste coordonnatrice aux affaires professionnelles
- coordonnatrice aux affaires publiques • diététiste coordonnatrice à la recherche, à la veille et à la documentation • adjointe aux communications et aux services à la clientèle • graphiste • parajuriste
- préposée au Tableau de l'Ordre et à la saisie de données

22

Comités et
sous-comités
ET plus d'une
centaine de
bénévoles
impliquées

3 000

Membres
formées,
compétentes et
dévouées

- Nutrition clinique
- Nutrition publique
- Gestion de services alimentaires et
- Industrie agroalimentaire et biopharmaceutique

Admission, formation continue, inspection professionnelle, déontologie, discipline, soutien aux membres, publications, présence en commissions parlementaires ...

OPDQ.ORG