

NUTRITION

SCIENCE EN ÉVOLUTION

La revue de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

LES CLÉS

DE L'ÉVALUATION DE PROGRAMME ET DE PROJETS EN NUTRITION

DOSSIER

- L'évaluation de programme démystifiée : un exemple concret en éducation à la nutrition
- Évaluation de l'implantation de politiques alimentaires dans les services alimentaires

LE PLUS

→



Savourer la vie

Faites découvrir à vos patients le goût du mieux-être

Vos patients éprouvent des symptômes gastro-intestinaux?

- Douleurs abdominales
- Diarrhée / constipation
- Nausées / vomissements

Recommandez Vital® Peptide et PediaSure® Peptide

Produits nutritionnels oraux à base de peptides, au goût délicieux



Pour les enfants de 1 à 13 ans

Aidez vos patients à remettre de la saveur dans leur vie

Pour plus de renseignements, téléphonez au **1-866-767-7411** (option 1)

PRINTEMPS 2015

Dossier — Les clés de l'évaluation de programme et de projets en nutrition

- 7 L'évaluation de programme démythifiée: un exemple concret en éducation à la nutrition**
Marie-Pierre Arseneault, M.Sc., Conseillère en évaluation chez CESTRA
Stéphanie Tremblay, Dt.P, M.Sc., Agente de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique de Montréal
Claire Pelletier, Directrice adjointe, Services généraux, Commission scolaire de Montréal

- 12 Évaluation de l'implantation de politiques alimentaires dans les services alimentaires**
Andréanne Charbonneau, Dt.P., M.B.A., Conseillère en promotion des saines habitudes de vie pour le programme Ma santé au sommet, Université de Montréal
Denise Ouellet, Dt.P., M.B.A., Ph. D., Professeure titulaire en nutrition, membre du Comité des services alimentaires et responsable de la politique alimentaire et de son application, Université Laval

Éditorial

- 4 Les clés de l'évaluation de programme et de projets en nutrition**
Clotilde Fascione, Dt.P., MPH, Nutritionniste/Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada
Hélène Gayraud, M.Sc., Dt.P., Gestionnaire de programmes provinciaux, Nutrition Éducation en milieu scolaire, Les Producteurs laitiers du Canada
Anne-Marie Morel, Dt.P., M.Sc., Conseillère aux politiques publiques, Coalition québécoise sur la problématique du poids

Mot de la présidente

- 5 L'évaluation, pour des actions efficaces et des décisions éclairées**
Paule Bernier, Dt. P., M. Sc.

Actualités en nutrition

- 16 Trois publications récentes en nutrition**

Le plus

- 17 Dysphagie: a-t-on besoin de programmes de soins systématiques pour la clientèle adulte ?**
Michel Sanscartier, Dt.P., M. Sc., Coordonnateur de la clinique de la nutrition de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et chargé de cours en dysphagie à l'Université de Montréal

Chronique juridique

- 20 Les titres de diététistes/nutritionnistes au Canada**
Maître Janick Perreault, Ad. E., Dt. P., LL. B., LL. M.

Sommaire de Recherche

- 22 Le poids et les saines habitudes de vie: qu'en dit-on à la maison ?**
Anne Bisson-Petit – Stagiaire en nutrition
- 22 L'adoption par les femmes ménopausées d'un mode de vie sain pour diminuer le risque de cancer du sein**
Audrey Giguère – Stagiaire en nutrition
- 23 Produits laitiers, calcium et vitamine D lors de la grossesse: quel impact sur les symptômes allergiques de l'enfant ?**
Fanny Morland – Stagiaire en nutrition
- 23 Les effets de la chirurgie bariatrique sur les maladies rénales**
Valérie Lemay – Stagiaire en nutrition

Reportage

- 24 L'obésité aujourd'hui: effets de contexte et recherche de solutions**
Julie Robitaille, Dt.P., Ph. D., Professeure adjointe, École de nutrition de l'Université Laval, Chercheuse à l'Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF)
Marie-Ève Guérette St-Amour, Dt.P, M.Sc. Nutritionniste aux affaires professionnelles et à la formation continue, Ordre professionnel des diététistes du Québec

Nutrition Pratico-pratique

- 26 Le plan d'intervention interdisciplinaire: une nouvelle approche pour le suivi des patients avec une maladie inflammatoire de l'intestin à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont**
Lisanne Roberge, Dt.P., clinique externe, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- 28 « Allaiter partout à Montréal, pourquoi pas ? »: la petite histoire d'une évaluation**
Kathleen Couillard, M. Sc., Mcb.A., IBCLC Évaluatrice externe, « Allaiter partout à Montréal, pourquoi pas ? »

Reconnaissance de formation continue

- 30 Questionnaire détachable pour l'obtention de crédits**



Mission

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

Vision

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

LES CLÉS DE L'ÉVALUATION DE PROGRAMMES ET DE PROJETS EN NUTRITION



Clotilde Fascione, Dt.P., MPH,
Nutritionniste/Bureau de la politique
et de la promotion de la nutrition,
Santé Canada

Hélène Gayraud, M.Sc., Dt.P.,
Gestionnaire de programmes provinciaux,
Nutrition Éducation en milieu scolaire,
Les Producteurs laitiers du Canada

Anne-Marie Morel, Dt.P., M.Sc.,
Conseillère aux politiques publiques,
Coalition québécoise sur la problématique
du poids

Chers collègues,

C'est avec grand plaisir que nous avons concocté ce numéro de Nutrition — science en évolution, dont le dossier se consacre à l'évaluation de programmes et de projets en nutrition. Peu importe le champ de pratique de la nutrition, l'évaluation est parfois, voire souvent, perçue comme un fardeau, une obligation dont on se passerait bien. Certes, l'évaluation est souvent liée à une reddition de comptes, mais le bénéfice de cette démarche dépasse largement le simple respect des engagements. En effet, l'évaluation se veut d'abord et avant tout un outil précieux pour démontrer la pertinence et l'efficacité de nos activités. De plus, lorsque l'évaluation est menée en parallèle à l'implantation ou à la réalisation d'un projet, elle en permet l'amélioration continue, laquelle entraîne à son tour un plus grand succès et génère des retombées appréciables. Enfin, la publication des résultats de démarches évaluatives permet de réduire le dédoublement d'actions et la répétition d'erreurs, aidant ainsi à développer collectivement des initiatives en nutrition toujours plus prometteuses et efficaces.

Rédigé par Marie-Pierre Arseneault, spécialiste en évaluation, de même que Stéphanie Tremblay et Claire Pelletier, diététistes respectivement à la Direction de santé publique de Montréal et à la Commission scolaire de Montréal, le premier article du dossier offre un tour d'horizon théorique sur l'évaluation de programmes, en l'appliquant à un exemple bien concret en nutrition publique. Sous la plume des diététistes Andréanne Chabonneau, conseillère

en saines habitudes de vie pour le programme Ma santé au sommet de l'Université de Montréal, et Denise Ouellet, professeure en nutrition à l'Université Laval, le second article discute des indicateurs d'évaluation du virage santé dans un service alimentaire.

La section Pratico-pratique, sans présenter une démarche évaluative approfondie, comporte deux articles qui se veulent une réflexion critique sur des initiatives novatrices en nutrition. Le premier, rédigé par Lisanne Roberge, diététiste à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, porte sur un plan d'intervention interdisciplinaire appliqué au suivi des patients aux prises avec une maladie inflammatoire de l'intestin. Le second, rédigé par Kathleen Couillard, évaluatrice externe, porte sur le processus d'évaluation du projet « Allaiter partout à Montréal, pourquoi pas ? » Il s'agit de la mise sur pied de « routes de lait » à Montréal, des circuits voués à favoriser l'allaitement.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance pour nous, diététistes, de documenter nos projets, d'évaluer nos initiatives et de partager les leçons que nous en tirons. Nous espérons que ce numéro vous donnera envie de le faire et de partager vos apprentissages pour éviter de constamment réinventer la roue. D'ailleurs, la revue Nutrition — science en évolution peut servir à favoriser ce partage ! N'hésitez pas à soumettre au comité éditorial de la revue des idées d'articles liés à vos projets. ■

Bonne lecture !

Volume 13 N°1 Printemps 2015

Ordre professionnel des diététistes du Québec

550, rue Sherbrooke O., Tour Ouest, bureau 1855

Montréal, H3A 1B9

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

Télécopieur: 514 393-3582 opdq@opdq.org opdq.org

Édition

Ordre professionnel des diététistes du Québec

Comité éditorial

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

Chantal Bémour, Dt. P., Ph. D.

Nadine Bonneville, Dt. P., B.A.(Psy), 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.

Anne-Marie Morel, Dt. P., M. Sc.

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

Coordination

Lise Tardif, adjointe aux communications

et aux services à la clientèle

Rédaction

Marie-Pierre Arseneault, Paule Bernier, Anne Bisson-Petit,

Andréanne Charbonneau, Kathleen Couillard,

Clotilde Fascione, Hélène Gayraud, Audrey Giguère,

Marie-Eve Guérette St-Amour, Valérie Lemay,

Anne-Marie Morel, Fanny Morland, Denise Ouellet,

Claire Pelletier, Janick Perreault, Lisanne Roberge,

Julie Robitaille, Michel Sanscartier, Stéphanie Tremblay

Reviseurs

Tous les articles sont révisés par des pairs.

Direction artistique et production

Glagence.ca – 514 985-4181

Impression

CommuniMedia

Crédit photos

Couvert 1: iStockPhoto. Page 16; 22; 23: iStockPhoto.

Page 22: Dollar Photo Club.

Renseignements généraux

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

Publicité

Julie Goodhue, jgoodhue@glagence.ca

514 985-4181 poste 221

Abonnement / Tarifs pour 1 an (3 numéros)

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

Mise en garde

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

Reproduction

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

Invitation à toutes et à tous

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

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada – ISSN 1708-0452

Convention de la Poste-publication n°: 40052288

Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée

au Canada à: OPDQ, 550, rue Sherbrooke O., Tour Ouest, bureau 1855, Montréal, H3A 1B9 – opdq@opdq.org

L'ÉVALUATION, POUR DES ACTIONS EFFICACES ET DES DÉCISIONS ÉCLAIRÉES



Nous entendons quotidiennement dire que tous les programmes sont sur la table. Gardons en tête qu'il est plus facile, en théorie, de sabrer des programmes dont l'efficacité n'a pu être démontrée, d'où l'importance que revêt l'évaluation des programmes. « Le terme 'évaluation' (...) représente toute démarche rigoureuse et systématique d'examen et de réflexion, génératrice de jugements et de choix d'action dans le but d'améliorer un programme ou une pratique »⁽¹⁾.

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

Lorsqu'un programme est mis en œuvre, c'est généralement pour répondre à un besoin exprimé. Sachant que toute amélioration comporte un changement, mais que tout changement ne se traduit pas forcément par une amélioration, il importe d'évaluer ce que nous faisons. Comment savoir si les efforts déployés en valent la peine, que les objectifs sont atteints? En mesurant la portée de nos actions, les répercussions sur les individus ou la population concernée et les conséquences sur les personnes et les systèmes qui offrent un ensemble de services ou de soins de santé. Dès le tout début, il importe d'adopter un cadre conceptuel d'amélioration. Le modèle de l'amélioration de Deming⁽²⁾, par exemple, comporte trois questions fondamentales qui aident à définir l'orientation, la cible et le contexte de l'amélioration.

1. Que tentons-nous d'accomplir?
2. Comment pourrions-nous savoir si notre changement constitue une amélioration?
3. Quels changements pouvons-nous effectuer pour obtenir l'amélioration recherchée?

«L'amélioration découle de l'application des connaissances. Elle provient aussi de l'action de développer, de tester et de mettre en œuvre des changements qui modifient le travail ou l'activité qui est effectuée, un produit ou un service. L'amélioration devrait produire des différences positives et visibles dans les résultats relatifs aux normes historiques et avoir un impact durable»⁽³⁾.

La deuxième question de Deming suggère que des indicateurs de processus et des indicateurs de résultats soient définis et choisis. Ceux-ci nous guideront pour déterminer si une action ou une activité doit être adoptée et mise en œuvre, ou si elle doit être adaptée, voire abandonnée. De plus, des indicateurs d'équilibre nous renseignent sur les possibles complications causées par nos

Sachant que toute amélioration comporte un changement, mais que tout changement ne se traduit pas forcément par une amélioration, il importe d'évaluer ce que nous faisons.

changements. Ce modèle suppose donc que des données soient collectées dès le premier jour. Cette activité est essentielle et doit être planifiée au même titre que le programme à développer, qu'il s'agisse de créer, d'innover ou encore d'importer un programme déjà existant. L'évaluation d'un programme en rétrospective est certes possible, mais cela peut exiger plus d'efforts sans compter que la qualité des informations obtenues peut ne pas être optimale. Planifier une évaluation dès le début peut aussi être rentable politiquement parlant. Afin de pouvoir mettre sur pieds des programmes, il m'est arrivé de proposer une mise en œuvre temporaire de pair avec une évaluation multifactorielle. Cela a permis de surmonter la résistance au changement.

Grâce à une évaluation positive, le programme a par la suite été adopté de façon permanente. Comme le dit l'adage, «on ne peut connaître ce que l'on ne mesure pas».

Quels que soient les indicateurs que nous décidons de mesurer, il importe qu'ils répondent aux vraies questions et que les évaluations mènent à des prises de décisions éclairées. ■

Références

1. Leclerc, B.S. (2012). CADRE DE RÉFÉRENCE EN ÉVALUATION DU CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-ST-LAURENT-CAU, INTERACTIONS CENTRE DE RECHERCHE ET DE PARTAGE DES SAVOIRS. En ligne. Consulté le 20 avril 2015. http://www.csssbcstl.qc.ca/fileadmin/csss_bcsl/Menu_du_haut/Publications/Centre_de_recherche_InterActions/Unite_d_evaluation/Cadre_reference2012_web.pdf
2. Institut Canadien pour la sécurité des patients. (2012). CADRES CONCEPTUELS POUR L'AMÉLIORATION. En ligne. Consulté le 17 avril 2015. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/tools-resources/improvementframework/documents/improvement%20frameworks%20gsk%20fr.pdf>
3. Langley, G., Nolan, K., Nolan, T., Norman, C., Provost, L. (2009). THE IMPROVEMENT GUIDE: A PRACTICAL APPROACH TO ENHANCING ORGANIZATIONAL PERFORMANCE. San Francisco, Second Edition, CA. Jossey-Bass Publishers. 512 p.

EVALUATION: A MUST FOR EFFECTIVE ACTIONS AND INFORMED DECISION-MAKING



It seems that every day brings news that all programs are on the table. We must remember that it is much easier (at least in theory) to cut programs that have failed to prove their effectiveness—hence the importance of program evaluation. “The term ‘evaluation’ (...) refers to any thorough and systematic process of examination and reflection that leads to judgments and opportunities for action aimed at improving programs or practices” [unofficial translation].⁽¹⁾

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

Usually programs are implemented to meet an identified need. Since we know that all improvements require change (even though not all changes result in improvements), we must evaluate our present course of action. How do we determine whether what we are doing is worth the effort or whether our goals are being reached? We do so by gauging the effectiveness of our actions and their impact on various individuals or groups involved, or their impact on people and systems providing a range of services or health care. From the outset, we need to adopt a conceptual framework for improvement. The Deming improvement model,⁽²⁾ for example, poses three fundamental questions that help us to define the direction, target and context of a given improvement.

1. What are we trying to accomplish?
2. How will we know that our proposed change is an improvement?
3. What changes can we make that will result in the desired improvement?

“Improvements result from the application of knowledge. They are also the result of developing, testing and implementing changes involving work processes, activities, products or services. Improvements are expected to provide positive and tangible differences in actual results (i.e. in relation to historical standards) and should also have a long-lasting impact” [unofficial translation].⁽³⁾

Based on Deming’s second question, process and results-related indicators should be defined and selected. These indicators help us to determine whether a given action or activity needs to be adopted and implemented or whether it should be adapted or abandoned. In addition, balance indicators

the program were adopted permanently. As the saying goes, “you can’t understand something you can’t measure.”

No matter which indicators we decide to use, they must answer the right questions; similarly, evaluations must lead to informed decision making. ■

Since we know that all improvements require change (even though not all changes result in improvements), we must evaluate our present course of action.

tell us whether changes could entail complications. This model thus implies that data must be collected from the beginning. Data collection is an essential activity that must be mapped out in advance. So, too, must program development, whether we are creating, innovating or importing existing programs. Although program evaluations can be carried out in retrospect, this may require additional effort; information quality may be less than optimal as well. Planning an evaluation from the beginning may also have political benefits. As regards the program development progress, I have had occasion to propose temporary implementation, coupled with multi-factor assessment after a given period of time. In all these cases, resistance to change was overcome; and thanks to positive evaluations,

References

1. Leclerc, B.S. (2012). CADRE DE RÉFÉRENCE EN ÉVALUATION DU CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE - ST-LAURENT-CAU, INTERACTIONS CENTRE DE RECHERCHE ET DE PARTAGE DES SAVOIRS. Apr. 20, 2015. <http://www.csssbcsstl.qc.ca/fileadmin/csss_besl/Menu_du_haut/Publications/Centre_de_recherche_InterActions/Unite_d_evaluation/Cadre_referenc2012_web_.pdf>.
2. Canadian Patient Safety Institute. (2012). CADRES CONCEPTUELS POUR L'AMÉLIORATION. Apr. 17, 2015. <<http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/toolsresources/improvementframework/documents/improvement%20frameworks%20gsk%20fr.pdf>>.
3. Langley, G., Nolan, K., Nolan, T., Norman, C., Provost, L. (2009). THE IMPROVEMENT GUIDE: A PRACTICAL APPROACH TO ENHANCING ORGANIZATIONAL PERFORMANCE. Second edition. San Francisco, CA. Jossey-Bass Publishers. 512 p.

L'ÉVALUATION DE PROGRAMME DÉMYSTIFIÉE : UN EXEMPLE CONCRET EN ÉDUCATION À LA NUTRITION

Marie-Pierre Arsenault, M.Sc., Conseillère en évaluation chez CESTRA

Stéphanie Tremblay, Dt.P, M.Sc., Agente de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique de Montréal

Claire Pelletier, Directrice adjointe, Services généraux, Commission scolaire de Montréal

Cet article a pour but de vulgariser une démarche évaluative participative, d'illustrer cette démarche théorique à l'aide d'un exemple concret en éducation à la nutrition, le projet *Cuisiner pour mieux manger* (CPMM), et de présenter les rôles joués par des nutritionnistes dans l'évaluation de ce projet. Il est important de mentionner que chaque projet est unique, par sa structure et ses ressources. Les différents éléments présentés dans cet article peuvent varier selon les besoins, le budget, le temps alloué et les caractéristiques de chaque programme.

L'ÉVALUATION, QU'EST-CE QUE C'EST ET À QUOI CELA PEUT-IL SERVIR ?

La racine du mot **évaluation** fait appel à l'action de porter un jugement de valeur sur un objet précis. Selon Poth et coll.⁽¹⁾, l'évaluation de programme, comme concept tout comme profession, est difficile à définir. Voici un exemple de définition :

« L'évaluation est la collecte et l'analyse systématique d'information à propos des activités, caractéristiques et résultats de programmes afin de porter des jugements à propos du programme, pour améliorer l'efficacité du programme et/ou pour appuyer des décisions à propos de l'avenir de la programmation. L'évaluation de programme : (1) implique la collecte et l'analyse systématiques d'information; (2) se préoccupe d'un large éventail de sujets (accessibilité, exhaustivité, intégration, coût, efficacité, efficacité); et (3) sert à plusieurs usages (gestion, reddition de comptes, planification). »⁽²⁾

Le but principal de l'évaluation est de fournir aux décideurs et aux parties prenantes une rétroaction concrète, rapide et contextualisée d'un programme; l'évaluation se distingue de la recherche, l'intention de cette dernière étant plutôt d'acquérir des connaissances scientifiques (voir le tableau 1).

LES BESOINS ÉVALUATIFS

Afin d'établir les bases de la démarche évaluative, les besoins évaluatifs doivent être déterminés. Pour y parvenir, quatre simples questions, présentées plus en détail dans les sections qui suivent, permettent de soutenir la réflexion illustrée à la figure 1. À noter que l'encadré 4 résume l'ensemble des besoins évaluatifs du projet CPMM.

La réflexion sur les besoins évaluatifs doit se faire dans une démarche participative. Il y a autant de réponses possibles que de partenaires participant à l'évaluation. Tous les points de vue doivent être entendus afin de dégager une **vision commune** des besoins évaluatifs. La démarche participative permet également d'avoir une même compréhension des résultats attendus, d'accroître le sentiment d'appartenance et d'améliorer les capacités

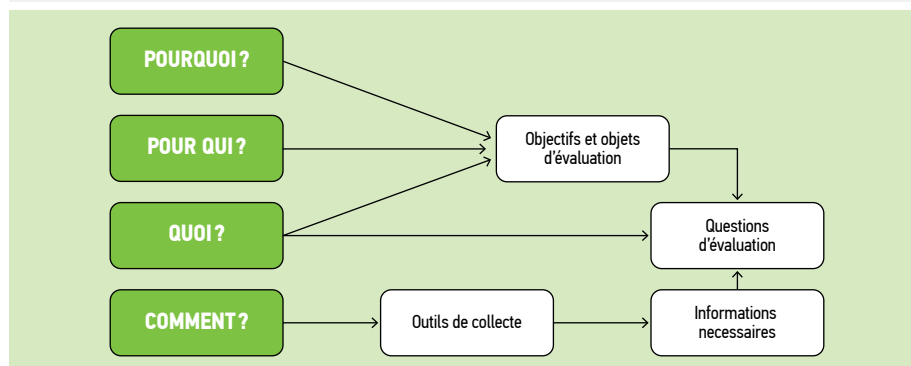
Encadré 1 sur le CPMM : genèse du projet *Cuisiner pour manger mieux* (CPMM)

À Montréal, la Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie du Plan d'action gouvernemental 2006-2012 lançait un appel de projets financés par Québec en forme au printemps 2011. L'évaluation des projets sélectionnés faisait partie des exigences du bailleur de fonds. C'est dans ce contexte, que le projet pilote CPMM a été déposé.

Pour mener ce projet, un comité consultatif a été formé, regroupant notamment des représentants de la Table des chefs, une conseillère pédagogique de la Commission scolaire (CS) Pointe de l'Île, des nutritionnistes de trois commissions scolaires (CS de Montréal, CS Marguerite-Bourgeoys et CS English Montreal) et de la Direction de la santé publique (DSP) de Montréal. Le projet visait, entre autres, le développement de 10 ateliers culinaires, incluant un volet théorique en classe enseigné par des enseignants et un volet pratique en cuisine animé par des chefs.

La particularité de ce projet innovant est de s'inscrire dans le Programme de formation de l'école québécoise. Il a pour but d'intégrer le développement des compétences alimentaires et culinaires au volet autonomie et participation sociale du parcours des élèves du secondaire en Formation préparatoire au travail (FPT).

Figure 1 Schéma des besoins évaluatif



collectives et individuelles des partenaires en matière d'évaluation. Selon Patton et Labossière⁽⁵⁾, l'engagement des parties prenantes de l'évaluation dès le départ assure l'utilisation des résultats obtenus.

LES APPROCHES PARTICIPATIVES :

Une approche participative préconise l'engagement actif du « public » aux processus décisionnels, le public concerné varie selon le sujet abordé. Il peut regrouper des citoyens lambda, les parties prenantes d'un projet ou d'une politique en particulier, des experts et même des membres du gouvernement ou des entreprises privées. En règle générale, les processus décisionnels peuvent être perçus comme un cycle en trois étapes comprenant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation; l'approche participative peut être utilisée dans toutes ces étapes ou pour certaines d'entre elles.⁽⁶⁾

Selon les ressources disponibles, certains projets peuvent faire appel à des ressources externes en évaluation pour soutenir la réflexion sur les besoins évaluatifs, planifier et mettre en œuvre l'évaluation.

Pourquoi ?

Cette question permet de déterminer l'objectif (voire les objectifs) de l'évaluation ainsi que l'utilisation anticipée des résultats.

Une même démarche évaluative peut poursuivre plusieurs objectifs selon les ressources disponibles (temps, budget, ressources humaines et expertise). Les objectifs de l'évaluation peuvent aussi évoluer au fur et à mesure du déroulement du programme.

Pour qui ?

Cette question permet de déterminer les **utilisateurs potentiels** de l'évaluation. Il peut s'agir des décideurs, des intervenants sur le terrain, des utilisateurs du programme, ou encore de la communauté au sens large. Dans le cas du projet CPMM, les utilisateurs ciblés étaient, dans un premier temps, tous les partenaires du comité consultatif et dans un deuxième temps, les décideurs ainsi que les intervenants sur le terrain.

Il faut prévoir un partage des résultats aux utilisateurs ciblés, partage qui peut prendre plusieurs formes et varie selon les objectifs poursuivis.

Quoi ?

Cette question permet de déterminer les **objets d'évaluation**. Plusieurs objets peuvent être identifiés dans une même évaluation.

Comment ?

Cette question permet d'élaborer le **plan d'évaluation**. Ce plan peut contenir les questions ainsi que les objets d'évaluation, les outils choisis pour recueillir les informations nécessaires, qui fera quoi et quand. Il s'agit d'une perspective englobant toute la

démarche d'évaluation afin d'en suivre l'évolution. L'encadré 2 présente une synthèse du plan d'évaluation du projet CPMM.

LES TYPES D'ÉVALUATION

Il existe plusieurs types d'évaluation qui découlent directement de l'objectif poursuivi par la démarche évaluative. Comme l'évaluation d'un programme peut poursuivre plusieurs objectifs, il peut être nécessaire d'utiliser plusieurs types d'évaluation au cours d'une même démarche (tableau 2).

Évaluation formative, sommative, évolutive : Quelle est la différence ?

L'évaluation formative a comme premier objectif de faire des apprentissages sur un programme dans une optique d'amélioration, d'assurance qualité, d'aide à la décision, etc. Ces apprentissages peuvent porter sur différents objets d'évaluation.

L'évaluation sommative a pour objectif de porter un jugement général de valeur pour nourrir et soutenir un processus majeur de prise de décision. L'évaluation sommative peut donc déterminer la valeur et l'avenir d'un programme⁽⁷⁾.

L'évaluation évolutive « [...] émerge en réponse à la nécessité de soutenir l'apprentissage en temps réel dans des situations complexes et émergentes »⁽⁸⁾. Il s'agit d'une approche plus souple qui convient mieux lorsque « [...] les initiatives impliquent de multiples intervenants, des niveaux élevés d'innovation, de rapides prises de décisions ou encore des zones d'incertitudes »⁽⁹⁾.

Tableau 1 : Recherche et évaluation... quelques différences⁽⁹⁾

	Évaluation	Recherche
Domaines d'application	<ul style="list-style-type: none"> • Application à l'examen aussi large que possible. • Application limitée des résultats, qui sont concentrés sur le projet. • Le but est de fournir de la rétroaction concrète. 	<ul style="list-style-type: none"> • Application de l'examen aussi large que possible. • Application des résultats aussi large que possible. • Le but est d'accroître l'ensemble des connaissances scientifiques.
Théorie	Dépendance envers le terrain : la théorie sert à augmenter la compréhension des résultats.	Dépendance envers la théorie : la théorie est à la fois la source et l'objectif.
Méthodologie	<ul style="list-style-type: none"> • Le choix du cadre de l'évaluation et des méthodes de cueillette de données provient du terrain. • L'évaluateur réagit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le choix du cadre de recherche et des méthodes de cueillette de données provient de la théorie. • Le chercheur agit.
Généralisation	Effort pour comprendre ce qui se produit dans un projet en particulier.	Effort pour formuler une loi générale; la validité externe est importante.
Pertinence	Utilité pour le projet.	Accroissement des connaissances scientifiques.
Causalité	Accent mis sur la validité interne : ce qui en recherche constitue un artéfact est vu en évaluation comme une variable interne permettant d'obtenir une causalité.	La validité interne est importante; accent mis sur un petit nombre de variables causales isolées des autres variables.

Dans les réflexions sur les besoins évaluatifs, il est important d'identifier collectivement le niveau d'information jugé nécessaire pour que les décideurs se sentent en confiance quant à la prise de décisions. Ce niveau est arbitraire et dépend des parties prenantes.

Les questions d'évaluation

Une bonne question d'évaluation doit d'abord être utile et les réponses obtenues doivent permettre d'atteindre les objectifs de l'évaluation. Il est important de distinguer ce qui est intéressant ou ce qui répond à une curiosité intellectuelle, de ce qui est utile pour un programme. Par exemple, si un programme est évalué du point de vue de l'efficacité, définie comme le rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées dans un but d'optimisation, alors la satisfaction de la clientèle n'entre pas en ligne de compte. Même s'il peut être fort intéressant de connaître cet aspect, la satisfaction de la clientèle n'est pas utile à l'évaluation de l'efficacité du programme.

La question d'évaluation doit également être réaliste afin que les efforts nécessaires pour recueillir les réponses correspondent aux efforts pouvant être consentis. On parlera également de la disponibilité des informations : sont-elles déjà existantes ou doit-on élaborer un outil spécifique pour les collecter ?

Finalement, la question doit être temporairement pertinente afin que les réponses soient disponibles au moment opportun pour leur utilisation.

Les informations à recueillir

Il existe deux grands types d'informations, les informations **quantitatives** (les données qui ont trait à des nombres) et les informations **qualitatives** (les données qui ont trait à tout, sauf à des nombres). Ces dernières peuvent comprendre, par exemple, des photos, des dessins, des textes, des paroles, etc. Il n'est pas rare, lors de l'évaluation d'un programme, d'utiliser des méthodes mixtes. Ces méthodes permettent d'allier les forces des données quantitatives et qualitatives pour

tracer un portrait le plus complet et le plus riche possible du programme. Par exemple, pour connaître la satisfaction des élèves à l'égard des ateliers, l'emploi d'une méthode quantitative peut être envisagé : les élèves cotent leur appréciation des divers éléments des ateliers sur une échelle de 1 à 10. Il est alors possible de dégager les éléments plus et les moins appréciés des ateliers. En ajoutant un aspect qualitatif (des questions ouvertes ou un groupe de discussion), il est alors possible de dégager des explications quant aux éléments plus ou moins appréciés des ateliers. Le portrait de la satisfaction des élèves s'en trouve enrichi et cela permet de faire certaines modifications au projet.

Les outils de collecte

Si une multitude d'outils de collecte sont disponibles, ils peuvent également être créés spécifiquement pour un projet. L'important est de choisir des outils de collecte permettant d'obtenir la bonne information au bon moment et pour lesquels les ressources sont disponibles (expertise, échéancier, budget). Le temps et les efforts à investir dans l'analyse des données doivent également motiver le choix des outils de collecte. Il peut s'avérer difficile pour des partenaires de faire ces choix, le tout étant souvent une question d'expérience en la matière. Il est alors possible de faire appel à des ressources en évaluation selon les ressources disponibles pour le projet. Il peut s'agir d'un accompagnement à certaines étapes, tel qu'illustré dans le projet CPMM, ou d'un accompagnement sporadique, la ressource en évaluation étant mandatée pour répondre à certaines questions précises au cours de la démarche évaluative. Finalement, plusieurs références existent, faciles à consulter.

Encadré 2 sur le CPMM : une participation de tous les partenaires

Un comité réunissant tous les partenaires a été mis en place pour faciliter la concertation. Cette structure a été utile pour réfléchir collectivement aux besoins évaluatifs.

Un acteur clé s'est inscrit à la démarche, soit un évaluateur externe. Son expertise en évaluation participative ainsi que sa neutralité ont été essentielles pour poser un regard externe et objectif et bien comprendre la vision de tous les partenaires.

Encadré 3 sur le CPMM : une approche souple et évolutive

L'évaluation visait des objectifs différents selon l'évolution du projet au cours de la période 2012-2014. Dans un premier temps, le matériel pédagogique et la concertation des partenaires ont été évalués. Il s'agissait alors d'une évaluation à visée formative. Dans un deuxième temps, une évaluation des effets à court terme et une réflexion sur la pérennité ont été effectuées.

Au fur et à mesure de l'évaluation, les résultats préliminaires ont permis de faire des ajustements, notamment au niveau du matériel pédagogique, de la formation offerte et du fonctionnement au sein du comité des partenaires.

Cette approche a également facilité la prise de décisions pour orienter la méthodologie et les outils de collecte de données à développer entre les deux années pilotes.

LA MISE EN ŒUVRE DE L'ÉVALUATION

La mise en œuvre inclut la collecte et l'analyse des données recueillies ainsi que la production de résultats et de recommandations. Pour ces étapes, il faut s'assurer de bien suivre le plan d'évaluation et de respecter les échéanciers.

Les résultats de l'évaluation

Il est important de rendre les résultats de l'évaluation utilisables pour les parties prenantes. En lien avec l'objectif de l'évaluation, les résultats doivent être directement exploitables par les décideurs et les parties prenantes. Par exemple, des verbatims complets des entrevues sont difficilement utilisables pour prendre une décision alors qu'une synthèse

QUELQUES RÉFÉRENCES À CONSULTER :

- La société québécoise d'évaluation de programme (SQEP)
- Le réseau Villes et villages en santé
- Communagir

Encadré 4 sur le CPMM: le plan d'évaluation

Années pilotes	Objets d'évaluation	Questions d'évaluation	Dimensions	Outils de collectes de données
2012-2013	Implantation	Dans quelle mesure les enseignants et les chefs ont-ils été satisfaits du déroulement des ateliers et des outils ?	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et soutien • Outils pédagogiques • Préparation des élèves • Déroulement des ateliers 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupes de discussion auprès des enseignants et des chefs • Journaux de bord des chefs
		Dans quelle mesure les élèves ont-ils apprécié les ateliers ?	<ul style="list-style-type: none"> • Contenu des ateliers • Animation 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire auprès des élèves
	Concertation des partenaires	Dans quelle mesure le fonctionnement du comité de suivi a-t-il facilité la concertation des partenaires ?	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration aux différentes étapes du projet • Rôles et responsabilités 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire auprès des partenaires
2013-2014	Effets à court terme	Quelles sont les répercussions du projet sur les jeunes ?	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences alimentaires et culinaires • Compétences en lien avec le programme FPT 	<ul style="list-style-type: none"> • Grille d'observation des enseignants • Journaux de bord des chefs • Questionnaire auprès des élèves
	Pérennisation	Dans quelle mesure le projet peut-il et doit-il être pérennisé ?	<ul style="list-style-type: none"> • Financement • Mobilisation • Déploiement 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire et groupe de discussion auprès des partenaires

Les partenaires ont validé l'ensemble des outils de collecte : le questionnaire auprès des élèves, entre autres, a fait l'objet d'un prétest.

Tableau 2 Types d'évaluation⁶

Types d'évaluation	Objets	Exemples de questions évaluatives
Évaluation des besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes ou besoins jugés prioritaires • Autres problèmes sociaux 	L'action est-elle pertinente ?
Évaluation des possibilités d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Objectifs de l'action • Nature de l'action • Ressources disponibles 	L'action est-elle logique par rapport au problème, à la situation que l'on désire changer ?
Évaluation de l'implantation	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources utilisées • Activités de production • Produits • Clientèles rejointes • Processus 	L'implantation correspond-elle aux plans initiaux ? Les ressources sont-elles suffisantes pour s'attaquer au problème, à la situation que l'on désire changer ?
Évaluation des effets	<ul style="list-style-type: none"> • Effets recherchés/ atteinte des objectifs • Autres effets non recherchés, négatifs ou positifs 	Quel est le niveau d'atteinte des objectifs ?
Évaluation de rendement	<ul style="list-style-type: none"> • Effets recherchés et ressources utilisées 	Quel est le rendement interne de l'action ? Est-ce que les bénéfices de l'action justifient les coûts ?

des réponses faisant ressortir les éléments importants peut être directement utilisée par les décideurs.

La diffusion des résultats

La diffusion des résultats permet de partager les résultats obtenus et les apprentissages qui ont émergé de la démarche participative. Elle peut être utilisée, entre autres, pour valider les recommandations auprès des différentes parties prenantes ou servir uniquement à informer, selon le public destinataire et l'utilisation qui sera faite des résultats de l'évaluation.

CONCLUSION

Une démarche d'évaluation de programme a tout intérêt à être inclusive et participative. L'utilisation des résultats est ainsi favorisée et le programme n'en est qu'amélioré. Toutes les parties prenantes peuvent et devraient prendre part à la démarche évaluative, la contribution de chacun étant essentielle, sans toutefois nécessiter une expertise en évaluation. ■

Encadré 5 sur le CPMM: l'expertise des nutritionnistes

Sans être experts en évaluation, les nutritionnistes peuvent jouer un rôle très important dans les démarches évaluatives. Ces professionnels peuvent participer aux évaluations de programmes dans lesquels ils sont appelés à œuvrer et utiliser les résultats dans le cadre de leur pratique afin d'orienter, par exemple, leurs actions en nutrition auprès des jeunes.

Dans le cas du projet CPMM, leur engagement a facilité plusieurs étapes de l'évaluation. L'expertise commune en nutrition publique a permis d'avoir une compréhension collective de l'intervention, notamment en lien avec les connaissances des habitudes alimentaires des jeunes, des déterminants de la saine alimentation ainsi que des meilleures pratiques en milieu scolaire.

Par la connaissance plus fine de la réalité des écoles, les nutritionnistes des commissions scolaires ont apporté une contribution pour traduire les besoins évaluatifs, identifier les enjeux qui influenceront les choix méthodologiques et interpréter les données recueillies.

De plus, leur expertise en éducation à la nutrition combinée à celle de la conseillère pédagogique ont été essentielles pour l'élaboration du matériel pédagogique et des outils de collecte de données permettant d'évaluer l'acquisition de compétences chez les jeunes.

Pour leur part, les nutritionnistes de la santé publique ont soutenu la démarche évaluative en recensant les besoins des partenaires, en identifiant des indicateurs à mesurer et en proposant un plan d'évaluation. Par la suite, elles ont également suggéré des recommandations quant à la méthodologie et au transfert de connaissances.

Références

1. Poth, C., Lamarche, M.K., Yapp, A., Sulla, E. et Chisamore, C. (2014) Toward a Definition of Evaluation Within the Canadian Context: Who Knew This Would Be So Difficult? dans *Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 29, no 1, Spring 2014, pages 87-103.
2. Patton (1997) cité dans ibid.
3. Levin-Rozalis, M. Recherche et évaluation de programme dans Ridde, V. et Dagenais, C. (2009) *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Les Presses de l'Université de Montréal. 358 p.
4. Slocum, N., Elliott, J., Heesterbeek, S. et Lukensmeyer, C.J. (2006). *Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur*. Fondation Roy Beaudoin.
5. Patton, M.Q. et Labossière, F. (2009) *L'évaluation axée sur l'utilisation dans* Ridde, V. et Dagenais, C. (2009) *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Les Presses de l'Université de Montréal. 358 p.
6. Adapté de MSSS (1998), *Cadre pratique pour l'évaluation des programmes – applications en promotion de la santé et en toxicomanie*.
7. Patton, M.Q. (2012) *Essentials of Utilization Focused Evaluation*. SAGE Publications Ltd.
8. Dozois E, Langlois, M. et Blanchet-Cohen, N. (2010) *DE 201: Guide du praticien de l'évaluation évolutive*.
9. Patton, M.Q. (2008) *Utilization-focused evaluation*. (4e éd.). CA. Sage Publications. Cité dans Dozois E, Langlois, M. et Blanchet-Cohen, N. (2010) *DE 201: Guide du praticien de l'évaluation évolutive*.

Fier assureur des membres de l'Ordre depuis plus de 10 ans

Nous sommes là pour vous protéger dans l'exercice de vos activités professionnelles!

N'hésitez pas à nous contacter pour toute question sur votre programme d'assurance.

1 800 644-0607
lacapitale.com/opdq




La Capitale
 Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DE POLITIQUES ALIMENTAIRES DANS LES SERVICES ALIMENTAIRES

Andréanne Charbonneau, Dt.P., M.B.A., Conseillère en promotion des saines habitudes de vie pour le programme *Ma santé au sommet*, Université de Montréal

Denise Ouellet, Dt.P., M.B.A, Ph. D., Professeure titulaire en nutrition, membre du Comité des services alimentaires et responsable de la politique alimentaire et de son application, Université Laval

Introduction

L'évaluation est une composante essentielle de tout projet d'implantation d'une politique alimentaire ou de bonification d'une offre alimentaire. En effet, les activités d'évaluation ne devraient pas être vues comme la dernière étape à réaliser, mais plutôt comme un élément étroitement lié aux objectifs visés et aux résultats attendus à considérer en amont de l'intervention. Pour ce faire, il peut être utile de savoir distinguer les types d'évaluation et de se familiariser avec les mécanismes de suivi à sa disposition. Dans un contexte de gestion des services alimentaires, qu'il s'agisse d'une gestion interne ou de sous-traitance, d'un service de cafétéria, d'un traiteur ou de dis-

tributrices d'aliments ou de boissons, l'article qui suit saura vous donner des exemples et des outils pour vous soutenir dans l'évaluation de l'implantation d'une politique alimentaire.

L'évaluation dans un contexte de gestion des services alimentaires

L'implantation d'une politique alimentaire requiert souvent la conjugaison des efforts d'une pluralité d'acteurs (directeurs, gestionnaires, concessionnaires, employés de cuisine, etc.) au sein d'une organisation. Pour le gestionnaire d'un service alimentaire, la priorité consiste à effectuer le suivi de l'implantation au sein de ses services. La rentabilité financière et la viabilité sont toujours des préoccupations

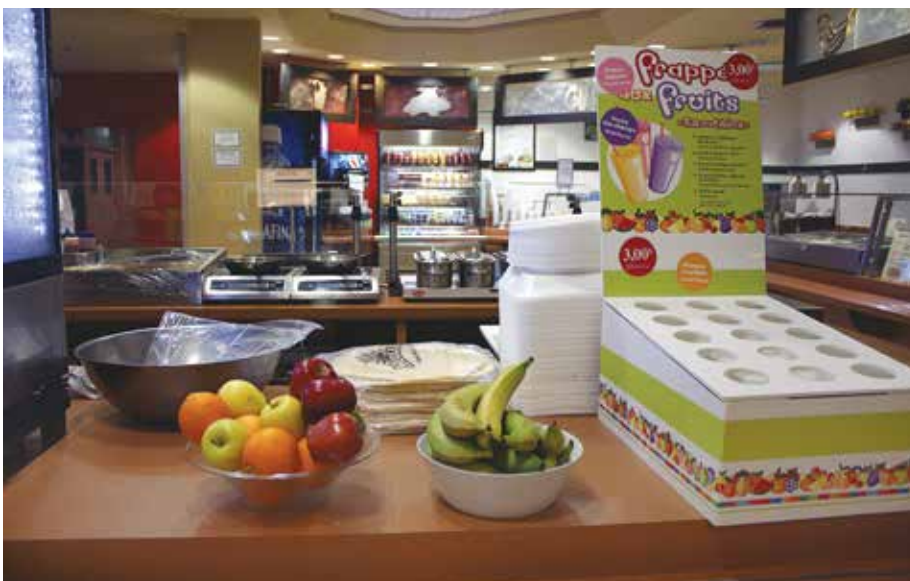
importantes et il faut souvent trouver un équilibre entre les divers enjeux : économiques, de santé et de développement durable. L'évaluation d'un projet doit généralement inclure les éléments suivants :

- > le suivi des activités (documenter la réalisation des activités, les processus, l'utilisation des ressources, le niveau d'avancement par rapport à l'implantation planifiée);
- > l'évaluation du processus (évaluer ce qui a fonctionné et les obstacles lors de l'implantation); et
- > l'évaluation des effets (tirer des conclusions à partir des résultats), parfois à la demande de la direction ou d'un bailleur de fonds.

Pour y parvenir, il est essentiel d'avoir au préalable un appui de la direction face aux activités d'évaluation, une assignation des rôles et des responsabilités d'évaluation, de même que des ressources dédiées.

Les politiques alimentaires dans différents milieux

L'amélioration et la création d'environnements alimentaires favorables à la santé peuvent prendre différentes formes, mais elles sont certainement possibles et souhaitables dans tous les types de milieux. Peu importe le secteur (milieux de garde, scolaire, municipal, hospitalier et de travail), il existe déjà plusieurs outils structurants qui peuvent orienter et faciliter l'implantation de politiques alimentaires, par exemple la Politique-cadre en milieu scolaire⁽¹⁾, le Cadre de référence à l'enseignement supérieur⁽²⁾, le Cadre de référence en milieu hospitalier⁽³⁾ et le Cadre de référence pour les services de garde éducatifs à l'enfance⁽⁴⁾.



Polytechnique Montréal, septembre 2013

Une photo prise lors du portrait de l'environnement alimentaire réalisé dans le cadre du programme de promotion des saines habitudes de vie, *Ma santé au sommet*.

Sachant que de multiples facteurs influencent les choix alimentaires, il est intéressant, même dans un contexte de gestion des services alimentaires, de réfléchir au-delà de l'offre alimentaire et de considérer les environnements physique, socioculturel, politique et économique qui façonnent l'environnement alimentaire du milieu⁽⁵⁾.

Sur les campus universitaires, on tiendra compte, par exemple, de la disponibilité d'aliments de haute valeur nutritive (environnement physique), des divers messages relatifs à l'alimentation véhiculés sur le campus par différents acteurs (environnement socioculturel), de l'engagement des instances face à la saine alimentation et de ses manifestations dans les décisions des gestionnaires (environnement politique) et des ententes de commandites alimentaires (environnement économique).

Quelques exemples de mécanismes de suivi et de contrôle

Dans un contexte de gestion interne, les objectifs SMART (spécifiques, mesurables, assignables, réalistes, temporellement définis), les actions et les indicateurs de suivi peuvent

être intégrés à un plan d'action existant ou à un plan spécifique d'implantation de la politique alimentaire. Dans un contexte de sous-traitance, les différents objectifs, critères et exigences peuvent être intégrés au cahier des charges, s'il y a un appel d'offres public, ou à l'entente contractuelle. Dans ce dernier cas, les mécanismes prévus pour assurer la conformité (rapports périodiques du concessionnaire, audits de contrat) sont particulièrement importants. Les diététistes-nutritionnistes peuvent appuyer les donneurs d'ouvrage ou les gestionnaires, ou les deux afin d'assurer un suivi adéquat et le respect des clauses contractuelles pour une qualité optimale des services alimentaires et un environnement alimentaire sain. La visée des politiques alimentaires dépasse l'offre alimentaire et, en ce sens, il est bon d'identifier différents mécanismes de contrôle qui permettent d'apprécier de façon globale le niveau d'implantation de la politique et ses effets. Le défi est de réussir à identifier les bons moyens d'évaluation sans que cela ne devienne trop lourd pour le gestionnaire et les autres partenaires de l'organisation. Le tableau 1 qui suit présente différentes

activités liées à la gestion des services alimentaires, les éléments clés à surveiller ainsi que des exemples de moyens d'évaluation et de contrôle.

Exemple : implantation de la politique alimentaire dans les concessions alimentaires de l'Université Laval depuis 2005.

Contexte : en 2004, l'Université Laval a adopté un ensemble d'orientations pour améliorer la qualité des services de restauration dont l'une visait à améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire lors du renouvellement des contrats de 2005. À ce moment, le campus comptait 16 points de service et 19 îlots de distributrices répartis dans 20 pavillons, gérés par cinq entreprises distinctes. Pour la mise en œuvre des nouvelles orientations, l'Université a créé le **Comité des services alimentaires** ayant comme mandat, entre autres, la surveillance de l'application des clauses contractuelles en termes de qualité, de diversité et d'innocuité alimentaire⁽⁷⁾.

Tableau 1

Activités de gestion des services alimentaires	Éléments clés	Exemples de moyens d'évaluation et de contrôle
Gestion générale des services alimentaires	Ensemble des orientations de la politique alimentaire ou des clauses contractuelles (nutritionnelles, relatives au développement durable, compétences du personnel, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi général par le comité des services alimentaires • Audit de contrat dans le cas d'un concessionnaire externe et rencontres de suivi • Audit spécifique en innocuité • Analyse des ventes
Approvisionnement	Spécifications relatives aux denrées alimentaires (qualité, valeur nutritive et autres attributs)	<ul style="list-style-type: none"> • Revue des fournisseurs • Observations des aires d'entreposage (peuvent faire partie de l'audit)
Production et distribution	<ul style="list-style-type: none"> • Menu cyclique et aliments à la carte • Recettes standardisées 	<ul style="list-style-type: none"> • Revue de la valeur nutritive des aliments et des mets • Analyse nutritionnelle des menus (basée sur les recettes) et des aliments offerts à la carte
Aires de service alimentaire et de repas	<ul style="list-style-type: none"> • Offre alimentaire : produit, prix, place, promotion (4P) • Aménagement physique (organisation de l'espace, décoration, éclairage, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Observations ou prise de photos relatives aux 4 P • Analyse nutritionnelle du planigramme dans le cas des distributrices alimentaires ou des boissons
Service à la clientèle, consommation et perception des consommateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction de la clientèle • Profil de consommation de divers aliments et boissons 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi des ventes par catégorie de produits • Sondage de satisfaction ou autre mode de collecte de données adapté au milieu • Client mystère avec grille d'analyse de la qualité • Boîte à suggestions, médias sociaux ou autre forme de dialogue avec la clientèle



Université de Montréal, novembre 2011

La prise de photos des distributrices (produit, prix, place) a permis de faire le suivi auprès du concessionnaire dans le cadre du projet des distributrices saines⁽⁸⁾.

Objectifs visés: les objectifs sont les suivants:

1) que tous les points de service offrent et mettent en évidence un choix de haute valeur nutritive dans le menu du jour et les aliments à la carte et qu'il n'y ait pas de promotion des aliments de faible valeur nutritive; 2) que 30 % des choix dans un îlot de distributrices soient de haute valeur nutritive pour les 2 premières années du contrat et 50 % pour les autres années; 3) les choix de haute valeur nutritive doivent être identifiés pour la clientèle. Tous les aliments et menus classés «santé» doivent correspondre aux critères nutritionnels intégrés dans les clauses contractuelles⁽⁸⁾.

Suivi des activités et évaluation de l'implantation

La question d'évaluation qui s'impose: est-ce que l'offre alimentaire est conforme aux clauses contractuelles?

Dans un contexte de contrats à long terme avec des concessionnaires (entreprises commerciales et organisations étudiantes), les moyens d'évaluation se doivent d'être formels et bien établis avant même l'attribution des contrats. Premièrement, les concessionnaires doivent proposer une soumission pour approbation au Comité, en début de contrat et annuellement par la suite, en indiquant leurs menus, la liste des aliments à la carte et, pour les menus et aliments de haute valeur nutritive, une analyse nutritionnelle signée par un(e) nutritionniste. Deuxièmement, un(e) étudiant(e) formé(e) comme «client mystère» fait à chaque session la tournée de toutes les concessions et des îlots de distributrices avec une grille d'évaluation établie par le Comité. La concession reçoit le rapport dans les jours suivant la visite avec les recommandations du Comité sur les points précis nécessitant

une action. Au besoin, le concessionnaire est rencontré. Si l'évaluation est jugée très insuffisante, un délai de rectification est accordé et une nouvelle visite est effectuée.

Évaluation du processus

Pour évaluer le processus, la question à se poser est la suivante: est-ce que les concessionnaires sont en mesure de respecter les clauses? Sinon, il faut identifier les causes et chercher des solutions.

En 2005, l'application d'une politique alimentaire était une nouveauté pour tous les concessionnaires. Au cours de la première année, la tournée des concessions nous a rapidement démontré que les clauses étaient difficiles à adopter et que la volonté de les respecter variait énormément, allant d'un enthousiasme proactif chez les uns à une attitude complètement réfractaire chez d'autres. Face à cette situation, le Comité a fait preuve d'ouverture et adopté une approche d'accompagnement. Le processus d'adaptation a pris plus d'un an. Encore aujourd'hui, cette période d'adaptation et d'accompagnement est nécessaire pour tout nouveau concessionnaire. Les principaux défis pour les concessionnaires ont été, premièrement, de mettre au point de nouvelles recettes ou de trouver sur le marché des aliments ou des mets qui non seulement rencontrent les exigences contractuelles, mais surtout plaisent à la clientèle.

Le second défi a été de faire connaître cette offre à la clientèle. C'est ainsi que l'Université a mis en place un **plan de communication** pour la promotion des choix «santé» offerts (concept développé au cours de la période 2005-2006), pour donner la même image visuelle aux menus et aux mets de haute valeur nutritive partout sur le campus et pour orienter la clientèle vers les concessions par le biais d'un logo constitué d'une flèche pointant vers leurs localisations. Le nouveau concept privilégie l'appellation «santé +».



Finalement, par souci d'équité entre les concessionnaires et pour viser les plus réfractaires d'entre eux, il a parfois fallu utiliser le processus d'**avis de non-respect** prévu au contrat pour obtenir des changements et ainsi démontrer la volonté ferme de l'Université d'implanter sa politique alimentaire.

Évaluation des effets

Pour évaluer les effets, on doit se poser la question suivante : dans quelle mesure la clientèle des concessions connaît et sélectionne les choix de haute valeur nutritive et dans quelle mesure est elle satisfaite de cette offre alimentaire ?

Dans un premier temps, des **relevés** volontaires **des ventes** des mets et d'aliments de haute valeur nutritive ont été demandés aux concessionnaires, volontaires puisque non prévus aux contrats. Les nouveaux contrats de 2014 et 2015 comportent une section plus approfondie sur les audits et les rapports exigés pour permettre une meilleure évaluation.

Pour ce qui est de la clientèle, elle a fait l'objet de deux **sondages en ligne** administrés à l'ensemble de la communauté universitaire en 2008 (n=3240) et en 2012 (n=2900). Ces sondages permettent d'évaluer les habitudes de fréquentation, l'attrait des choix de haute valeur nutritive de même que la perception de la qualité de l'offre alimentaire sur le campus en général et par concession.

Évaluation des résultats financiers

En matière de résultats financiers, la question d'évaluation est la suivante : est-ce que l'application de la politique nuit à la rentabilité financière des concessions ?

Toutes les concessions doivent rapporter les **résultats financiers de leurs opérations** sur le campus pour le calcul des redevances. Ces rapports permettent de suivre l'évolution globale des ventes alimentaires sur le campus. Comme il y a eu, depuis 2004, des investissements majeurs dans les installations, avec la création de trois nouveaux carrefours et des aires de restauration plus conviviales et très populaires comme lieux de rassemblement et d'études (9), il nous est impossible de distinguer l'effet de la politique de celle des aménagements dans l'augmentation constante de la clientèle et des ventes. Cependant, les chiffres démontrent que les concessions sont majoritairement rentables et qu'une nouvelle clientèle fréquente les concessions : les employés de l'Université.

Conclusion et facteurs clés de succès pour une évaluation réussie

De façon générale, il est important que l'évaluation demeure pertinente et utile. Pour les besoins de l'article, nous avons présenté l'évaluation comme une activité à part, toutefois elle s'intègre à même le projet dans un processus d'amélioration continue. Le processus d'implantation d'une politique alimentaire est donc un processus itératif. **Aussi, sachant que plusieurs facteurs influencent les choix alimentaires individuels dans un service alimentaire (ex. : aménagement et accessibilité physique, prix, messages publicitaires et promotionnels), il est important d'adopter une vision systémique des environnements alimentaires même dans un contexte de gestion des services alimentaires.** Aussi, voici quelques facteurs clés de succès (8) pour une implantation, mais surtout pour une évaluation réussie :

- > Un appui de la direction pour les activités d'évaluation ;
- > L'intégration de l'évaluation dès le début du projet ;
- > L'assignation des rôles et des responsabilités en matière d'évaluation ;
- > Des objectifs SMART et des indicateurs précis et mesurables ;
- > Les bons mécanismes de suivi et de contrôle, tout en considérant la faisabilité en terme de temps et de pertinence ;
- > L'assignation de ressources à des fins d'évaluation.

Enfin, il est possible de concilier les enjeux économiques, de santé et de développement durable dans un contexte de gestion des services alimentaires. Les efforts déployés dans tous les milieux ont certainement contribué à faire évoluer la norme à cet égard et l'attitude des différentes parties concernées. Cela étant dit, il reste encore du chemin à parcourir et la contribution des diététistes-nutritionnistes est donc essentielle pour continuer à faire progresser les choses afin d'avoir des environnements alimentaires sains, durables et rentables. Et bien sûr, il ne faut jamais oublier le principal intéressé, celui qui bénéficiera d'une offre de qualité sur tous les plans : le mangeur ! ■

Références

1. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2007). Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, Pour un virage santé à l'école, Gouvernement du Québec, 44 p. En ligne : <http://www.mels.gouv.qc.ca/references/publications/resultats-de-la-recherche/detail/article/pour-un-virage-sante-a-lecole-politique-cadre-pour-une-saine-alimentation-et-un-mode-de-vie-ph/>.
2. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2007). Cadre de référence pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif à l'enseignement supérieur — Pour un virage santé à l'enseignement supérieur, Gouvernement du Québec, 19 p. En ligne : http://www.mesrs.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/documents_soutien/Ens_Sup/Collegial/prog_soutien_fin/CadreReference_VirageSante_EnsSup.pdf.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées, Miser sur une saine alimentation : une question de qualité, Gouvernement du Québec, 50 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-289-02.pdf>.
4. Ministère de la famille (2014) Gazelle et Potiron : Cadre de référence Pour créer des environnements favorables à la saine alimentation, au jeu actif et au développement moteur en services de garde éducatifs à l'enfance, Gouvernement du Québec, 122 p. En ligne : http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/documents/guide_gazelle_potiron.pdf.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 24 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-03.pdf>.
6. Université de Montréal. Bonification de l'offre en distributrices alimentaires sur le grand campus de l'UdeM : les choix sensés. En ligne : <http://www.masanteausommet.com/les-choix-senses> (Page consultée de 26 janvier 2015).
7. Conseil d'administration de l'Université Laval, résolution CA-2004-167, séance du 23 novembre 2004. Université Laval. Une politique alimentaire ? Pour un virage santé à l'Université Laval ! En ligne : <https://www.viragesante.ulaval.ca/cms/site/viragesante/page72962.html> (Page consultée le 26 janvier 2015).
9. Université Laval : Service alimentaire du Pavillon Charles-de-Koninck sous la loupe. Hôtels Restaurants & Institution, 15 octobre 2010, Numéro hors série : Design et décoration. En ligne : <http://www.hrimag.com/Universite-Laval> (Page consultée de 26 janvier 2015).
10. Institut national de santé publique du Québec (2008). Les politiques alimentaires en milieu scolaire — Une synthèse de connaissances sur le processus d'implantation. (Publication N 773), 128 p. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/841_PolitiqAlimMilieuxScolaire-Resume.pdf

ACTUALITÉS EN NUTRITION



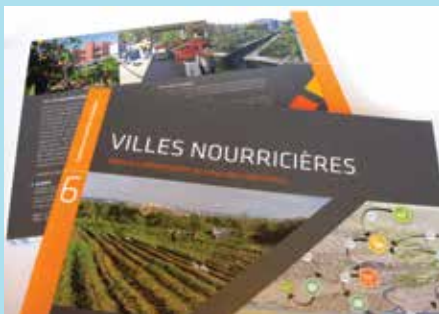
PORTRAIT DE L'OFFRE ALIMENTAIRE DESTINÉE AUX BAMBINS

L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) a recensé l'ensemble des produits alimentaires pour tout-petits de 6 à 24 mois dans trois villes québécoises. Avec la collaboration de l'Université Laval, les valeurs nutritives de 95 produits ont été analysées.

Ce portrait a révélé que le contenu en sodium des produits est généralement adéquat, mais que plusieurs aliments renferment trop de sucre. C'est le cas notamment de la majorité des collations, qui dépassent le seuil de 20 % de l'énergie provenant des sucres. De plus, plusieurs aliments contenant des sucres ajoutés affichent une mention « sucres naturellement présents » ou « sans édulcorants artificiels », pouvant semer la confusion dans l'esprit des parents. Quant aux gras trans, il est impossible de déterminer leur quantité puisque cette information est facultative pour les produits destinés exclusivement aux enfants de moins de 2 ans.

En plus de cette analyse nutritionnelle, l'ASPQ a également sondé 2620 parents du Québec sur leurs habitudes et leur degré de confiance à faire des choix alimentaires sains pour leurs bébés.

Pour en savoir plus sur les résultats du sondage et consulter les analyses nutritionnelles détaillées, visitez le www.aspq.org/fr/dossiers/alimentation-tout-petits



VILLES NOURRICIÈRES – METTRE L'ALIMENTATION AU CŒUR DES COLLECTIVITÉS

Produite par l'organisme Vivre en Ville, cette publication propose des stratégies, des pistes d'actions et des initiatives inspirantes pour favoriser une meilleure alimentation. En plus de proposer une démarche pour soutenir l'élaboration de politiques alimentaires locales pour nos milieux de vie, elle identifie et décrit cinq ingrédients nécessaires à la mise en place de systèmes alimentaires de proximité.

Pour en savoir davantage ou vous procurer cet ouvrage, allez au <https://vivreenville.org/villes-nourricieres>

Valeur nutritive	
par 2 tranches (64 g)	
Teneur	% valeur quotidienne
Calories 140	
Lipides 1,5 g	2 %
saturés 0,3 g	4 %
+ trans 0,5 g	
Cholestérol 0 mg	
Sodium 290 mg	12 %
Glucides 26 g	9 %

CONSULTATION SUR L'ÉTIQUETAGE NUTRITIONNEL : LE RAPPORT « CE QUE NOUS AVONS ENTENDU »

En janvier 2014, la ministre de la Santé a lancé un processus de consultation à l'échelle nationale qui a pris fin trois mois plus tard. Santé Canada a tenu une série de consultations en personne et en ligne au sujet des façons d'améliorer l'information nutritionnelle sur l'étiquette des aliments. À l'issue de ce processus et en réponse aux commentaires reçus, le rapport « Ce que nous avons entendu » a été publié le 10 juin 2014.

Pour consulter le rapport, visitez le www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/consultation/index-fra.php.

DYSPHAGIE : A-T-ON BESOIN DE PROGRAMMES DE SOINS SYSTÉMATIQUES POUR LA CLIENTÈLE ADULTE ?

Michel Sanscartier, Dt.P., M. Sc., Coordonnateur de la nutrition de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et chargé de cours en dysphagie à l'Université de Montréal

Pour mieux comprendre la pertinence d'un programme de soins qui vise une clientèle à risque d'un trouble de déglutition, il est d'abord important d'avoir une bonne compréhension de la dysphagie et des risques associés. L'identification, la prise en charge et la surveillance d'un patient dysphagique, lequel devrait être inclus dans un programme de soins, prendront alors tout leur sens. Aussi, on pourra alors mieux comprendre la nécessité incontournable d'inclure les nutritionnistes dans ces programmes de soins.

Définition

La dysphagie est un problème lié à la **déglutition** laquelle est définie comme l'ensemble des phénomènes qui assurent normalement le transit des aliments solides ou liquides de la bouche à l'estomac, en passant par le pharynx et l'œsophage. C'est pourquoi la **déglutition est associée au système digestif**⁽¹⁾. La dysphagie est le **symptôme** d'une maladie ou d'une condition et non une maladie en soi. Plusieurs dizaines de diagnostics médicaux ainsi que certaines conditions aussi simples que des prothèses mal ajustées peuvent causer de la dysphagie⁽¹⁻²⁾. La prévalence de la dysphagie varie de 7 à 22 % chez la personne âgée à domicile et de 40 à 50 % pour les personnes vivant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)⁽³⁾. Dans certains cas, la dysphagie peut être réversible alors que dans plusieurs cas, elle évoluera vers une dysphagie toujours plus sévère.

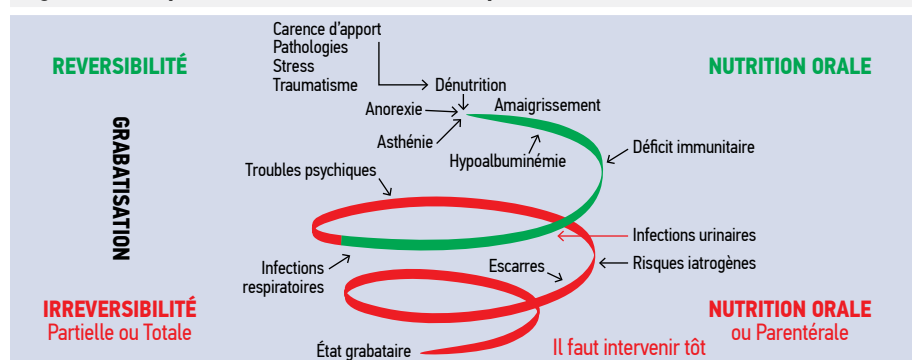
Risques associés

Quatre risques sont associés à la dysphagie dans la littérature : l'étouffement/asphyxie, l'aspiration, la dénutrition et la déshydratation. De façon plus générale, les conséquences les plus redoutées par le milieu de la santé sont l'asphyxie et l'aspiration de particules alimentaires dans les voies respiratoires. La dysphagie peut aussi engendrer une réduction des apports nutritionnels et hydriques

ou encore une peur de manger ou de boire. Cette réduction des apports peut évidemment avoir un impact néfaste sur l'état nutritionnel, l'état d'hydratation, la santé globale et entraîner une immunodéficience. Comme le montre la spirale de la dénutrition⁽⁴⁾ (figure 1), les infections pulmonaires peuvent figurer parmi les premiers risques associés à la dénutrition. L'évaluation de l'état nutritionnel est donc un processus incontournable dans la prise en charge des patients souffrant de dysphagie.

cins omnipraticiens du Québec, on mentionne que 439 cas d'asphyxie par broncho-aspiration ou par ingestion de produits alimentaires ont été relevés au Québec entre 1995 et 2000, dont 248 confirmés par le Bureau du coroner pour la même période⁽⁵⁾. Dans cet article, on raconte l'histoire d'une dame décédée à la suite de l'ingestion d'un aliment rond et de texture tendre alors que son traitement nutritionnel prévoyait la purée. Selon un coroner, de nombreux cas analogues ne sont pas rapportés et continuent d'avoir des conséquences macabres⁽⁶⁾. Plusieurs recommandations ont

Figure 1 La Spirale de la dénutrition (Dr Monique FERRY, 1993)



L'étouffement/asphyxie

L'étouffement, ou obstruction des voies respiratoires, signifie qu'un aliment se loge à l'entrée du larynx, empêchant l'air de se rendre aux poumons. L'obstruction peut être partielle ou complète. Dans le cas d'une obstruction partielle, la personne pourrait être capable de dégager ses voies respiratoires en cumulant une pression intrapulmonaire suffisante pour expulser l'aliment. La personne peut demeurer consciente, mais peut aussi ne plus avoir conscience des événements. Dans ce cas grave, l'asphyxie complète pourrait évidemment entraîner la mort.

Dans un article de la revue *Médecin du Québec*, publiée par la Fédération des méde-

été faites dans cet article afin de réduire les risques d'asphyxie auprès de la clientèle hospitalisée. Elles peuvent servir de bases solides pour établir des protocoles d'interventions ou des programmes de dysphagie dans les établissements du réseau québécois.

Au niveau international, les chercheurs ont identifié plusieurs aliments qui augmentent les risques d'étouffement chez l'adulte. Les aliments ronds ou qui se transforment en boule sont responsables de près de 70 % des cas d'asphyxie mortelle⁽⁷⁾. De plus, la majorité des personnes qui s'étouffent et meurent ne sont pas dans des établissements de soins. Aux États-Unis, seuls 29 % des cas d'asphyxie mortels se sont produits dans un établissement

de santé (4,6 % dans les centres hospitaliers de soins généraux et 24,5 % dans les CHSLD)⁽⁸⁾. Considérant cette clientèle, les chercheurs recommandent de limiter ce type d'aliments aux personnes à risque d'étouffement.

L'aspiration

L'aspiration de liquides ou de particules alimentaires dans les voies aériennes peut causer plusieurs problèmes de santé. Normalement, les microaspirations pulmonaires sont éliminées grâce à plusieurs moyens de défense. La grande majorité des gens qui s'aspirent avec la salive ou des particules alimentaires réussissent à tout expulser par la toux. Cette dernière se décrit par un réflexe stimulé par le nerf vague⁽⁹⁾ qui implique une inspiration profonde, la fermeture de la glotte, l'augmentation de la pression intrathoracique et une expulsion importante de l'air inspiré qui peut atteindre une vitesse de 250 m/sec⁽¹⁰⁾.

La pneumonie d'aspiration est provoquée par l'aspiration de bactéries ou de contenu gastrique acide, ce qui entraîne une inflammation ou une irritation, plus souvent du côté droit. Les bactéries potentiellement pathogènes proviennent du pharynx et/ou de la muqueuse de la bouche⁽¹¹⁾. À titre d'exemple, 1 mL d'eau contient 10^2 à 10^3 bactéries comparativement à 10^8 à 10^9 bactéries par mL de salive. Pour cette raison, les sécrétions pharyngées sont souvent la cause d'une pneumonie à la suite de l'aspiration de particules alimentaires et non l'aliment comme tel⁽¹²⁻¹⁴⁾.

La littérature identifie plusieurs facteurs de risques liés à la pneumonie d'aspiration: la présence de reflux gastro-œsophagien, la perte de l'autonomie à l'alimentation ou à l'hygiène orale, le nombre de caries dentaires, le nombre de médicaments, l'alimentation entérale, l'état du système immunitaire, le nombre de diagnostics médicaux et la prise de certains médicaments sont les mieux documentés⁽¹⁵⁻²⁰⁾.

Toutefois, les facteurs qui augmentent le risque de pneumonie d'aspiration ne sont pas reliés uniquement à la dysphagie. Une étude récente a démontré que l'aspiration de salive et un IMC < 18 étaient les seules variables qui augmentaient significativement les risques de pneumonie d'aspiration chez la personne âgée. Dans cette étude, où plusieurs variables sont notées lors d'une endoscopie, l'aspiration d'aliments, les pénétrations laryngées, les résidus (ou stases pharyngées), l'âge et même l'indice de Barthel² n'apparaissent pas comme des facteurs de risque⁽²¹⁾. Malgré le fait que plusieurs auteurs aient identifié l'aspiration et

la dysphagie comme facteurs de risque pour la pneumonie d'aspiration, ces deux facteurs à eux seuls ne semblent pas être suffisants en l'absence d'un affaiblissement du système immunitaire⁽¹⁶⁾.

La dénutrition

La dénutrition a longtemps été associée aux conséquences de la dysphagie⁽²²⁻²⁶⁾. Par exemple, Sitzmann (1990) rapporte qu'à la suite d'une évaluation prospective des patients dysphagiques admis consécutivement sur une période d'un an, 100 % des cas (n=90) étaient dénutris⁽²⁶⁾. La dénutrition est aussi considérée comme un facteur de risque, tant pour la dysphagie en soi⁽²⁷⁾ que pour la pneumonie d'aspiration⁽²⁸⁾. Il est ici important de souligner que la littérature associe depuis longtemps un bon état nutritionnel à un bon système immunitaire et ce, même chez la personne âgée⁽²⁹⁻³²⁾.

L'alimentation du patient dysphagique aux solides requiert généralement une modification de la texture des aliments. La gradation systématique des textures des aliments a débuté au début des années 1990⁽³³⁻³⁵⁾. Depuis, plusieurs groupes nationaux et internationaux ont établis des barèmes qualitatifs quant aux aliments spécifiques associés aux régimes requis pour le traitement de la dysphagie⁽³⁶⁻³⁸⁾. Ces modifications de texture peuvent poser un défi, car l'apparence des aliments servis est parfois peu attrayante et s'éloigne de celle des aliments non modifiés⁽³⁹⁾. L'apport calorique peut également être moins dense car les techniques utilisées pour la mise en purée nécessitent l'ajout de liquides, ce qui peut diluer l'apport énergétique global⁽⁴⁰⁾. Au nombre des autres conséquences nutritionnelles possibles de l'alimentation à texture modifiée, notons le manque de fibres alimentaires (retrait de plusieurs aliments crus), la diminution de l'apport en vitamine du complexe B (retrait des pains et produits céréaliers entiers), etc. Finalement, une étude québécoise montre que les nutritionnistes réussissent à améliorer l'état nutritionnel des patients dysphagiques lorsqu'ils ont accès à une plus grande gamme de produits pour les traiter⁽⁴¹⁾. Un suivi nutritionnel régulier est donc indispensable.

La déshydratation

La déshydratation est documentée comme une conséquence de la dysphagie (environ 40 % des personnes en établissement présentant des problèmes de déglutition)⁽⁴²⁾. Le traitement de la dysphagie aux liquides se limite malheureusement souvent à l'emploi d'un épaississant commercial instantané pour épaissir les liquides. Cette technique aide à gérer les liquides dans la cavité orale et à réduire la rapidité de l'écoulement du liquide dans le pharynx⁽⁴³⁾. Toutefois, les patients dysphagiques qui reçoivent des liquides épaissis ne comblent pas tous leurs besoins liquidiens⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾ et sont à risque de déshydratation en raison d'un apport restreint en liquides palatables. Robbins et coll. (2008) ont démontré qu'une proportion importante de patients ayant consommé des liquides épaissis souffre de déshydratation⁽⁴⁶⁾. Pour le moment, aucune étude n'associe les liquides épaissis à une réduction du risque de pneumonie d'aspiration. Un traitement nutritionnel individualisé est primordial et tous les éléments à considérer sont bien définis dans un article de Nadine Chata⁽⁴⁷⁾.

Prise en charge de la dysphagie : pertinence des programmes de soins systématiques

Les programmes de soins sont de plus en plus populaires dans le réseau de la santé. Ils se définissent comme une approche qui vise la continuité des services et la qualité des résultats cliniques chez des clientèles particulières, dans un contexte de gestion efficace et efficiente des ressources. Ils ont pour principal objectif l'harmonisation des soins et des services en vue d'optimiser les résultats cliniques par la coordination des ressources cliniques appropriées⁽⁴⁸⁾. Différentes associations professionnelles émettent des recommandations pour une prise en charge systématique de certains problèmes de santé comme l'accident vasculaire cérébral (AVC), les chutes, la maladie de Parkinson, etc. Ces recommandations doivent être basées sur des données probantes. Par exemple, les programmes de prévention des chutes sont probablement les plus populaires dans l'organisation des soins de santé. La clientèle à risque est rapidement dépistée et prise en charge.

Prise en charge de la dysphagie : pertinence des programmes de soins systématiques

Or, les recommandations spécifiques pour la prise en charge des patients dysphagiques sont présentes dans la littérature⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾. Considérant que la dysphagie est le symptôme d'une maladie, les protocoles sont disponibles par type de pathologie. Plusieurs éléments des recommandations ne sont pas toujours appuyés par des données probantes. Par exemple, pour démarrer un processus d'identification des personnes à risque de troubles de la déglutition, les chercheurs ont publié de nombreux outils de dépistage⁽⁵¹⁻⁵²⁾. Pour l'instant, aucun outil ne semble satisfaire les évaluateurs en

termes de sensibilité et de spécificité⁽⁵³⁾. Aussi, les dépistages n'incluent que des variables reliées aux symptômes de la dysphagie, mais pratiquement rien en lien avec ses risques! Ceci dit, malgré une prise en charge différente d'un établissement à l'autre, Hinchey et coll. ont démontré que **les établissements ayant un processus ou un programme systématique de dépistage de la dysphagie étaient associés à une réduction significative des risques de pneumonie**⁽⁵⁴⁾. Cette étude, réalisée dans quinze établissements, ciblait la clientèle post-AVC. Tous ces établissements avaient un protocole d'intervention médicale systématique chez les post-AVC. Comme cette étude a été réalisée aux États-Unis, tous les patients post-AVC étaient nil per os (NPO) tant que l'orthophoniste (ou d'autres professionnels) n'avait pas évalué la déglutition. Au total, 115 dossiers ont été révisés pour évaluer l'adhésion au protocole. C'est ainsi qu'ils ont observé qu'il y avait une réduction du nombre de pneumonies d'aspiration dans les établissements qui avaient un protocole écrit de dépistage systématique des troubles de la déglutition. Plusieurs données sont, par contre, manquantes dans cette étude, faute de n'avoir pas été documentées: l'engagement des nutritionnistes, l'état nutritionnel, la santé buccale, l'état immunitaire et la médication.

Considérant la littérature actuelle^(49-50, 54), lorsqu'un établissement décide de mettre sur pied un programme de dysphagie, plusieurs éléments semblent indispensables: description de la clientèle à risque, processus d'identification (dépistage, repérage), adaptation des outils à cette clientèle, définition du processus d'évaluation, logigramme pour l'organisation du travail, répartition des tâches en fonction du Code des professions, compétences et responsabilités de chaque intervenant et organisation du suivi.

Rôle et responsabilités des nutritionnistes dans un programme de soins adapté aux troubles de la déglutition⁽⁵⁵⁾

Le Code des professions du Québec identifie le champ de compétences des nutritionnistes comme suit: «*évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé*⁽⁵⁶⁾». Partout dans le monde, la recherche, l'évaluation et la prise en charge des patients dysphagiques sont réalisées par les orthophonistes ou les ergothérapeutes. Les diététistes n'ont

ni la formation ni les responsabilités en la matière surtout parce que les compagnies d'assurances remboursent les interventions des autres professionnels et non celles des diététistes. Pourtant, les facteurs de risques d'une infection pulmonaire sont associés à l'état de la condition buccale et à celui du système immunitaire, lesquels sont associés à l'état nutritionnel. Si les nutritionnistes ne sont pas présents lors des évaluations ou invités à y prendre part, ces caractéristiques ne sont alors jamais considérées pour établir les modifications requises de la texture et de la consistance des aliments.

Comme la déglutition fait partie du système digestif, l'évaluation de l'état nutritionnel est essentielle, car elle dresse un portrait beaucoup plus global de la condition médicale et détermine ainsi le risque nutritionnel, y compris les risques d'infection pulmonaire. L'évaluation nutritionnelle est souvent la première étape de l'intervention en nutrition clinique. Elle permet de formuler des conclusions cliniques sur l'état nutritionnel de la personne en fonction des nutriments consommés, des problèmes nutritionnels existants et du risque d'en développer, qui conduiront à la détermination du plan de traitement nutritionnel. À cette évaluation, s'ajoutent les activités suivantes, au besoin, selon le jugement professionnel du nutritionniste: examen clinique, prise de mesures anthropométriques détaillées et évaluation de la déglutition⁽⁵⁷⁾.

L'évaluation de la déglutition est associée à celle du système digestif⁽²⁾. Une évaluation fonctionnelle de la physiologie de la déglutition dresse un portrait ponctuel des problèmes associés à la préparation du bol alimentaire et à la déglutition pharyngée qui la seconde. La transformation du bol alimentaire peut être complète ou partielle, ou tout simplement non effectuée. Ce portrait peut varier en fonction du moment de la journée (fatigue), de l'état émotif du patient (stress, institutionnalisation, etc.) ou de l'horaire de la prise des médicaments (ex.: maladie de Parkinson). La modification des propriétés physiques des aliments (texture et consistance) et des liquides fait partie intégrante du traitement nutritionnel et joue un rôle déterminant à cette étape. Les notions de chimie alimentaire sont indissociables des particularités rhéologiques (texture et consistance).

Dans les établissements du réseau de la santé, les examens radiologiques (incluant la vidéofluoroscopie) doivent être prescrits par un médecin. Cet examen est réalisé dans le but d'évaluer principalement la phase pha-

ryngée de la déglutition⁽⁵⁸⁾. Une évaluation radiologique devrait toujours être précédée d'une évaluation clinique (voire de plusieurs évaluations, selon le cas) de la physiologie de la déglutition afin de bien définir les aliments à essayer lors de cet examen.

Programmes de dysphagie au Québec

Un sondage maison réalisé par l'UTGM, a été envoyé à 39 coordonnateurs de la nutrition clinique du réseau en décembre 2014. La question était simple: «avez-vous un programme ou un protocole de soins dédié aux personnes dysphagiques dans votre établissement?». Seul huit établissements ont répondu qu'ils avaient un processus d'intervention officialisé, consigné dans une politique et procédure en tant que protocole de soins ou d'ordonnance collective. Quatre établissements seulement ont finalisé un processus complet qui inclut un dépistage systématique à l'admission, un processus d'évaluation, une définition des rôles et responsabilités de chaque intervenant et même un programme de formation du personnel soignant. Plusieurs autres ont un programme partiel. Il serait donc primordial que des pressions soient exercées sur nos dirigeants afin qu'un programme de soins spécifique à cette clientèle soit développé dans tous les établissements, programme qui inclut notamment l'apport indiscutable des nutritionnistes.

En conclusion, bien que les protocoles de soins offrent un avantage certain sur la qualité des interventions cliniques au niveau des organisations de santé, seule une étude pour l'instant a réussi à associer cette structure à une réduction significative du nombre de pneumonies d'aspiration⁽⁵⁴⁾. Les rôles des professionnels dans ces programmes peuvent varier. Cela dit, le Québec se distingue sur le plan international par le rôle spécifique que les nutritionnistes jouent dans l'évaluation et le traitement des patients dysphagiques. Notre positionnement professionnel, qui semble unique au monde, pourrait-il faire partie des meilleures pratiques en matière de prise en charge de cette clientèle? ■

Références

site web www.opdq.org – section zone membre – «ressources et publications/revue».

LES TITRES DE DIÉTÉTISTES/ NUTRITIONNISTES AU CANADA



Au Canada, il existe une association professionnelle, connue sous l'acronyme DC, qui promouvoit les diététistes de l'ensemble du pays : Diététistes du Canada (Dietitians of Canada). Cette année, en juin, les diététistes d'un peu partout au Canada se sont réunis dans la ville de Québec pour le congrès national de l'association⁽¹⁾. Si la profession de diététiste est réglementée dans l'ensemble du pays, la législation diffère d'une province à l'autre. La présente chronique compare les titres réservés à la profession au Québec comparativement à ceux du reste du Canada.

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

Introduction

Le Québec⁽²⁾ est la première province à avoir accordé, en 1956, un statut légal à la profession en adoptant la Loi des diététistes du Québec⁽³⁾. Notamment, cette loi réservait des titres (« diététiste » et « diététicien »⁽⁴⁾), de même que des abréviations (« Dt.P. » et « P.Dt. »⁽⁵⁾).

Le Québec est également une des provinces qui compte le plus de diététistes comme en témoigne le tableau suivant.

Depuis ses débuts, la profession est majoritairement féminine, bien que de plus en plus d'hommes en joignent les rangs. Le Québec

est la province qui compte le plus d'hommes diététistes; en effet, les hommes représentent 3 %⁽⁷⁾ des membres de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ).

Les titres réservés

Si certains titres sont actuellement réservés au Canada, ils ne sont pas les mêmes dans toutes les provinces. Au Québec, les titres « diététiste » et « diététicien » sont réservés depuis 1956⁽⁸⁾ et le titre « nutritionniste » est devenu réservé à partir de 1994. C'est l'article 36 c) du Code des professions⁽⁹⁾ qui édicte les titres réservés de même que les abréviations et initiales réservées aux membres de l'OPDQ comme suit :

36. *Nul ne peut de quelque façon :
c) utiliser le titre de « diététiste », de « diététicien » ou de « nutritionniste », ni un titre ou une abréviation pouvant laisser croire qu'il l'est, ou s'attribuer des initiales pouvant laisser croire qu'il l'est ou les initiales « Dt.P. », « P.Dt. » ou « R.D. », s'il n'est titulaire d'un permis valide à cette fin et s'il n'est inscrit au tableau de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec.*

Comparativement au reste du Canada, les Dt.P. du Québec sont privilégiées. Dans la majorité des provinces canadiennes, c'est seulement le titre « diététiste » (dietitian) qui est réservé. Par exemple, c'est le titre « diététiste » (dietitian) qui est réservé en Ontario, en Colombie Britannique, en Alberta, au Manitoba, de

même qu'au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador. En Saskatchewan, la réserve de titre exige même l'ajout du terme « registered » ou « professional » devant le titre. Quant au titre réservé de « diététicien » (dietician) qui est réservé au Québec, il l'est aussi au Nouveau-Brunswick.

Pour ce qui est du titre « nutritionniste » (nutritionist) réservé au Québec, il n'y a que la Nouvelle-Écosse qui le réserve aussi. Les seules autres provinces qui en font mention sont l'Alberta qui réserve le titre de registered nutritionist et le Nouveau-Brunswick qui réserve le titre de registered dietitian nutritionist. Le tableau 1 résume la situation au Canada.

Au Québec, les diététistes/nutritionnistes doivent, dans toute déclaration ou tout message publicitaire, indiquer leur nom et leur titre. Dans toute communication destinée à l'extérieur du Québec, il est important d'indiquer l'ordre professionnel auquel on appartient. Un même titre utilisé en différents endroits n'est pas nécessairement équivalent ni gage du même niveau de compétence. Il convient de s'en rappeler lorsqu'on publie sur le Web.

L'OPDQ, une figure de proue

Tel que mentionné précédemment, c'est le Québec qui a pavé la voie en accordant un statut légal à la profession et en réservant des titres.

Province	Nombre en 2015 (Approximatif et arrondi)
Ontario	3 600
Québec	3 000⁽⁶⁾
Colombie-Britannique	1 300
Alberta	1 200
Nouvelle-Écosse	600
Manitoba	500
Nouveau-Brunswick	400
Saskatchewan	350
Terre-Neuve-et-Labrador	200
Île-du-Prince-Édouard	60

L'OPDQ est la première association professionnelle de diététistes du Canada à avoir intenté une poursuite contre le Collège spécialisé en nutrition naturelle. Ce « collègue », un établissement privé de formation ayant différentes branches au Canada⁽¹¹⁾, a tenté de s'établir au Québec en 1998. C'est alors que l'OPDQ a entrepris des procédures pénales contre cette entreprise de même qu'à l'endroit de sa représentante. L'OPDQ a obtenu gain de cause dans les deux affaires. En 2000, la Cour du Québec avait alors reconnu l'entreprise coupable d'avoir annoncé ou désigné sa représentante comme « nutritionniste »⁽¹²⁾. Il en a été de même à l'égard de la représentante⁽¹³⁾. Pour le juge, même si la représentante pouvait utiliser le titre « nutritionniste holistique enregistré » à l'extérieur du Québec, cela ne lui permettait pas d'utiliser le titre « nutritionniste » au Québec⁽¹⁴⁾. Rappelons qu'au Québec, les titres réservés n'exigent aucune autre mention que le seul titre. Ce n'est pas parce qu'on accole un autre titre ou un adjectif (« holistique » par exemple) à un titre réservé que l'utilisation de ce dernier est permise.

Beaucoup plus récemment, le College of Dietitians of Alberta (CDA), l'organisme de réglementation de la profession en Alberta (équivalent de l'OPDQ dans cette province), a entrepris une procédure judiciaire contre le Collège spécialisé en nutrition naturelle (CSNN, en anglais Canadian School of Natural Nutrition). Le CSNN est un établissement privé de formation ayant différentes branches à travers le Canada, sauf au Québec⁽¹⁵⁾. Tout récemment, en avril 2015, le CDA a obtenu gain de cause contre le CSNN. Ce dernier avait

enregistré diverses marques de commerce⁽¹⁶⁾, dont R.H.N. Registered Holistic Nutritionist et R.H.N. Holistic Nutritionist. Or, en avril 2015, la Cour fédérale a ordonné de les rayer, car elles donnaient une description fautive et trompeuse⁽¹⁷⁾. Au moment d'écrire le présent article, le délai d'appel n'étant pas encore terminé, on ne sait toujours pas si le CSNN interjettera appel.

Au Québec, non seulement certains titres très précis sont réservés, mais il y a également une réserve pour les titres pouvant laisser croire qu'on est diététiste/nutritionniste⁽¹⁸⁾. Selon les informations dont nous disposons, il semble encore une fois que l'OPDQ ait joué un rôle d'avant garde en entreprenant des procédures à l'égard d'un titre qui pouvait laisser croire qu'il s'agissait d'un diététiste/nutritionniste, soit celui de « spécialiste en nutrition ». C'est ainsi qu'en 2003, l'OPDQ a obtenu gain de cause, la Cour du Québec ayant jugé qu'il s'agissait d'un titre « pouvant laisser croire » que la personne était nutritionniste⁽¹⁹⁾.

Enfin, il faut savoir que le code de déontologie oblige les diététistes/nutritionnistes à informer l'OPDQ lorsqu'une personne contrevient à l'article 36 c) du Code des professions qui réserve les titres⁽²⁰⁾. Un formulaire de dénonciation peut être téléchargé à partir du site de l'OPDQ⁽²¹⁾.

Conclusion

En conclusion, nous pouvons être fiers d'exercer la profession au Québec. Certes, il y a encore des obstacles à surmonter, car divers autres titres concernés par la nutrition ne sont pas encore réglementés. Outre ces difficultés,

faire reconnaître la profession comme une profession à exercice exclusif demeure un enjeu de taille. Nous en traiterons dans une prochaine chronique.

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

Références

1. Congrès du 4 au 6 juin 2015 dans la ville de Québec.
2. Pour en savoir davantage sur l'historique de la profession, consultez le site de l'OPDQ à l'adresse suivante : <http://opdq.org/qui-sommes-nous/histoire-de-la-profession/>.
3. Loi des diététistes du Québec (aussi nommée Loi concernant L'Association de diététique du Québec), chapitre 156, 23 février 1956.
4. Cela incluait la version anglaise de Dietician.
5. Loi des diététistes du Québec, art. 10.
6. Plus précisément, 3 081 Dt.p. au 31 mars 2015.
7. Au 31 mars 2015, l'OPDQ comptait 3 081 membres, dont 89 hommes, soit 2,9 % des membres.
8. Loi des diététistes du Québec (aussi nommée Loi concernant L'Association de diététique du Québec), chapitre 156, 23 février 1956, art. 10.
9. RLRQ, chapitre C-26.
10. Code de déontologie des diététistes, RLRQ, chapitre C-26, r. 97, art. 40.
11. Canadian School of Natural Nutrition au www.csnn.ca/locations/.
12. Ordre professionnel des diététistes du Québec c. 3393291 Canada inc. (Canadian School of Natural Nutrition/ Collège spécialisé en nutrition naturelle), 500-61-108552-994, 3 mai 2000.
13. Ordre professionnel des diététistes du Québec c. Miscampbell, 500-61-108553-992, 3 mai 2000.
14. Ordre professionnel des diététistes du Québec c. Miscampbell, 500-61-108553-992, 3 mai 2000, page 6.
15. Canadian School of Natural Nutrition au www.csnn.ca/locations/.
16. Pour en savoir davantage sur les marques de commerce, consultez la chronique suivante : Janick PERREAULT, « Propriété intellectuelle 101 ! », Nutrition, science et évolution, vol. 12, no 3, hiver 2015, pages 24-25.
17. College of Dietitians of Alberta vs 3393291 Canada inc. (Canadian School of Natural Nutrition), 2015 FC 449, 14 avril 2015.
18. RLRQ, chapitre C-26, art. 36 c).
19. Ordre professionnel des diététistes du Québec c. Julie Brière, 460-61-005334-030/460-61-005329-030/ 460-61-005330-038/460-61-005331-036/460-61-005333-032/460-61-005332-034, le 11 septembre 2003.
20. Code de déontologie des diététistes, RLRQ, chapitre C-26, r. 97, art. 49.
21. Formulaire de dénonciation. En ligne. <http://opdq.org/protection-du-public/vos-recours/>.

Tableau 1

Province	Titre réservé
Terre-Neuve-et-Labrador	diététiste (dietitian)
Île-du-Prince-Édouard	diététiste (dietitian)
Nouvelle-Écosse	diététiste (dietitian) ; nutritionist
Nouveau-Brunswick	diététiste (dietitian) ; diététicien (dietician) ; registered dietitian nutritionist
Québec	diététiste (dietitian) ; diététicien (dietician) ; nutritionniste (nutritionist)
Ontario	diététiste (dietitian)
Saskatchewan	registered dietitian ; professional dietician
Manitoba	diététiste (dietitian)
Alberta	diététiste (dietitian) ; registered nutritionist
Colombie-Britannique	diététiste (dietitian)



LE POIDS ET LES SAINES HABITUDES DE VIE : QU'EN DIT-ON À LA MAISON ?

Anne Bisson-Petit – Stagiaire en nutrition

Superviseuses de stage : Simone Lemieux, Dt.P., Ph. D. et Julie Maltais-Giguère, Dt.P., M. Sc.

Milieu de stage : Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF), Université Laval.

Le surpoids et l'obésité sont devenus une préoccupation mondiale, n'épargnant aucune tranche d'âge. Des chercheurs australiens ont tenté de comprendre comment les parents et leurs enfants percevaient et discutaient des questions du poids et des comportements à adopter pour un mode de vie sain dans l'environnement familial.

Des entrevues ont été réalisées auprès de 150 familles. Les résultats des analyses qualitatives indiquent que les parents et les enfants percevaient le poids comme étant le premier indicateur du niveau de santé et jugeaient l'obésité négativement. Les enfants associaient l'obésité à des difficultés sociales et autant les parents que les enfants l'associaient à des problèmes de santé. Des messages moralisateurs étaient souvent employés par les parents à propos du poids et des habitudes de vie. Ainsi, certains parents mentionnaient à leurs enfants que s'ils restaient inactifs, ils finiraient par se retrouver dans des émissions de télévision comme *Qui perd gagne*, une émission de télé-réalité où des gens obèses essaient de perdre du poids. Ils discutaient régulièrement de la question du poids avec leurs enfants parce qu'ils sentaient que c'était leur devoir de les sensibiliser aux dangers de l'obésité. Les enfants, de leur côté, rapportaient que les messages formulés par leurs parents étaient transmis de façon négative. L'étude souligne aussi un préjugé très répandu voulant qu'il ne soit pas nécessaire pour les personnes minces d'adopter de saines habitudes de vie. L'activité physique, quant à elle, était perçue par les participants comme un moyen de contrebalancer leurs mauvais choix alimentaires.

En résumé, les résultats de cette étude suggèrent que les messages transmis à propos de l'obésité sont souvent perçus de façon négative et mettent l'accent sur une responsabilité individuelle. Ceci remet en question l'efficacité des messages de santé publique liés à l'obésité qui ne procurent pas les bénéfices escomptés.

Référence

S.L. THOMAS et coll. «Don't eat that, you'll get fat! – Exploring how parents and children conceptualise and frame messages about the causes and consequences of obesity». *Soc Sci Med*, 119, p.114-122, 2014.

L'ADOPTION PAR LES FEMMES MÉNOPAUSÉES D'UN MODE DE VIE SAIN POUR DIMINUER LE RISQUE DE CANCER DU SEIN

Audrey Giguère – Stagiaire en nutrition

Superviseur de stage : Caroline Tran, Dt.P., M. Sc.

Milieu de stage : Hôpital Notre-Dame, CHUM

En 2007, des recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la masse adipeuse ont été émises par le World Cancer Research Fund (WCRF) et le American Institute for Cancer Research (AICR) pour la prévention du cancer. L'étude de Hastert et coll. avait pour but de vérifier le lien entre l'adhésion aux recommandations du WCRF/AICR et l'incidence du cancer du sein auprès d'une cohorte de femmes postménopausées suivie pendant 6,7 années. L'adhésion à au moins 5 des 6 recommandations (portant sur la densité énergétique, les aliments d'origine végétale, la viande rouge, l'alcool, la masse adipeuse et l'activité physique) est associée à une diminution de 60 % du risque de cancer du sein. Les aliments d'origine végétale, l'alcool et la masse adipeuse étaient les variables les plus fortement associées à une diminution du risque. Cette étude comporte toutefois certaines limites. En effet, étant donné le haut niveau d'éducation des participantes à l'étude, ces dernières avaient une meilleure alimentation que la population en général. De plus, la collecte de données faisait largement appel à la mémoire en raison des questions rétrospectives sur une période de 10 ans. Enfin, l'alimentation et le poids autorapportés sont sujets au biais de désirabilité sociale.

Les recommandations émises rejoignent les messages véhiculés par les nutritionnistes. Ces résultats confirment la pertinence du travail des nutritionnistes et de leur rôle d'éducation en matière de prévention des maladies chroniques comme le cancer. La sensibilisation à de saines habitudes alimentaires prend donc tout son sens.

Référence

T.A. HASTERT et coll. «Adherence to WCRF/AICR cancer prevention recommendations and risk of postmenopausal breast cancer», *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 22(9): 1498-1508, 2013.



PRODUITS LAITIERS, CALCIUM ET VITAMINE D LORS DE LA GROSSESSE : QUEL IMPACT SUR LES SYMPTÔMES ALLERGIQUES DE L'ENFANT ?

Fanny Morland – Stagiaire en nutrition

Superviseure de stage : Hélène Gayraud, Dt.P., M.Sc.

Milieu de stage : Les Producteurs laitiers du Canada

L'étude explore la relation entre la consommation maternelle de produits laitiers, l'apport alimentaire en calcium et en vitamine D durant la grossesse et le risque relatif de symptômes allergiques tels que l'eczéma, la respiration sifflante et l'asthme chez 1354 enfants japonais de 23 à 29 mois. Les données sur la santé, les habitudes de vie, le contexte sociodémographique et économique des familles et l'alimentation ont été recueillies par l'entremise de questionnaires.

Les résultats démontrent qu'une consommation plus élevée de fromage par la femme enceinte serait associée à une diminution du risque d'asthme infantile. Aussi, une consommation plus élevée de produits laitiers, de yogourt et donc de calcium durant la grossesse diminuerait le risque d'eczéma chez l'enfant. Toutefois, ce risque augmenterait avec des apports alimentaires maternels plus élevés en vitamine D pendant la grossesse.

L'étude présente toutefois des limites à plusieurs niveaux : le choix des données analysées (l'absence de mesure du taux d'IgE peut sous-estimer les cas d'allergie), la fiabilité des données (questionnaires autoadministrés, exclusion de certaines sources de vitamines) et la représentativité de la population (taux de participation inconnu, nombre d'abandons). De plus, la consommation de produits laitiers par les participantes était faible (moyenne de $5,2 \pm 6,8$ g/jour de fromage), ce qui remet en question la pertinence de l'interprétation de ces données à partir d'une analyse des quartiles. Par conséquent, les résultats sont discutables et d'autres études sont nécessaires, notamment auprès de femmes nord américaines dont les habitudes alimentaires diffèrent de celles des femmes japonaises. Il est donc approprié de conseiller aux femmes enceintes de consommer des produits laitiers ou des substituts en suivant le *Guide alimentaire canadien* dans une optique de santé globale plutôt que pour prévenir les allergies alimentaires chez les enfants.

Référence

M. YOSHIHIRO et coll. «Maternal consumption of dairy products, calcium, and vitamin D during pregnancy and infantile allergic disorders», *Ann Allergy Asthma Immunol*, 113(1) : 82-87, 2014.



LES EFFETS DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE SUR LES MALADIES RÉNALES

Valérie Lemay – Stagiaire en nutrition

Superviseure de stage : Annie Vallières, Dt.P., M.Sc.

Milieu de stage : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

L'obésité est associée à une diminution de la fonction rénale à long terme. La présente revue de littérature aborde les effets de la chirurgie bariatrique sur les maladies rénales chroniques associées à l'obésité en ciblant l'état inflammatoire. Les interventions de perte de poids, y compris la chirurgie bariatrique, laissent envisager une amélioration de la fonction rénale et des marqueurs de l'état inflammatoire. Pour les patients obèses hémodialysés, il importe de comparer les risques et les bénéfices d'une possible transplantation rénale avec ceux d'une chirurgie bariatrique. La chirurgie bariatrique par laparoscopie est actuellement l'approche la plus couramment utilisée, car elle a l'avantage d'une moindre morbidité. En outre, elle semble réduire le taux de protéine C réactive (CRP) et améliorer l'état pro-inflammatoire en diminuant le niveau des molécules pro-inflammatoires tout en améliorant celui des molécules anti-inflammatoires. Or, comme ces données proviennent d'études de cohortes, les résultats restent à être confirmés. Les données actuelles sur la chirurgie bariatrique et les maladies rénales chroniques proviennent la plupart d'études d'observation ou rétrospectives. Il convient donc d'effectuer des études prospectives rigoureuses afin de mieux soutenir la démarche de traitement et de mieux orienter l'approche nutritionnelle.

Référence

K. NEFF et coll. «The effect of bariatric surgery on renal function and disease: a focus on outcomes and inflammation», *Advance Access publication*, 28 (Suppl.4): iv73-iv82, 2013.



L'OBÉSITÉ AUJOURD'HUI: EFFETS DE CONTEXTE ET RECHERCHE DE SOLUTIONS

Le 14 novembre dernier, à Québec, a eu lieu une journée de formation organisée par l'Université Laval en partenariat avec l'Ordre professionnel des diététistes du Québec et les Producteurs laitiers du Canada.

Julie Robitaille, Dt.P., Ph. D.,
Professeure adjointe, École de nutrition
de l'Université Laval
Chercheuse à l'Institut sur la nutrition
et les aliments fonctionnels (INAF)

Marie-Ève Guérette St-Amour, Dt.P, M.Sc.
Nutritionniste aux affaires professionnelles
et à la formation continue
Ordre professionnel des diététistes
du Québec (OPDQ)

Des conférenciers œuvrant dans le domaine de la recherche sur l'obésité ont présenté les résultats de leurs plus récents travaux et les dernières données probantes en la matière. L'animateur de la journée, le chercheur Angelo Tremblay, a présenté les divers objectifs de la formation : 1) comprendre et décrire les effets d'un certain nombre de facteurs socioéconomiques sur la condition de la personne obèse ; 2) décrire les effets du gain de graisse corporelle sur le contrôle de la prise alimentaire et de la dépense d'énergie ainsi que 3) décrire et mettre en pratique certaines approches nouvelles de prise en charge de l'obésité.

MANIFESTATIONS SOCIÉTALES ENVERS LA PERSONNE SOUFFRANT D'OBÉSITÉ

Par **Simone Lemieux**, Dt.P., Ph. D.
Professeure titulaire, École de nutrition de
l'Université Laval, Chercheuse à l'Institut
sur la nutrition et les aliments fonctionnels
(INAF)

L'obésité est associée à des problèmes de santé psychologique en grande partie attribuables à la perception négative de l'obésité dans la société. La stigmatisation des personnes obèses (par des moqueries ou des préjugés) et la discrimination à leur endroit, qui se manifeste par un traitement injuste, semblent en augmentation malgré la hausse de la prévalence d'obésité. La stigmatisation et la discrimination ont des impacts considérables, pouvant entraîner une augmentation de l'appétit en raison du stress ainsi que des comportements alimentaires inadéquats tels que l'hyperphagie. Une étude en 2006 a démontré que les gens obèses sont souvent victimes de stigmatisation de la part des professionnels de la santé : la proportion des répondants ayant vécu une telle expérience avec les diététistes/nutritionnistes atteindrait 37 %. Ainsi, il importe d'évaluer nos attitudes envers les personnes souffrant d'obésité et de trouver des stratégies pour réduire la discrimination et la stigmatisation en lien avec le poids corporel.

COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES ET RISQUE DE SURPLUS OU GAIN DE POIDS

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

Certains comportements alimentaires peuvent accroître le risque de surplus de poids. C'est le cas, notamment, de la restriction alimentaire, de la désinhibition (surconsommation d'aliments déclenchée par des facteurs cognitifs ou émotifs) et de la susceptibilité à consommer des aliments à la suite d'une sensation ou de la perception de la faim. En effet, une étude réalisée par des chercheurs de l'INAF a démontré que les participants rapportant ces comportements étaient 2 à 4 fois plus susceptibles d'être obèses. Les gens ayant fait plusieurs tentatives de perte de poids ainsi que ceux souffrant du syndrome d'hyperphagie nocturne semblent aussi présenter un risque élevé de surplus de poids. Il est donc important d'évaluer les répercussions de nos interventions nutritionnelles pour éviter d'être la cause du problème. Des approches comportementales, telles que « Health at every size » (la santé peu importe le poids) et « Mindfulness eating » (manger en pleine conscience), pourraient éviter d'exacerber des comportements alimentaires inadéquats.

LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ ET DU DIABÈTE, ÇA COMMENCE IN UTERO

Par **Julie Robitaille**, Dt.P., Ph. D.
Professeure adjointe, École de nutrition de l'Université Laval, Chercheuse à l'Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF)

Il a été démontré que les habitudes de vie avant, pendant et après la grossesse ont des répercussions sur le risque de maladies chroniques pour la mère et l'enfant. Par exemple, le diabète gestationnel, associé au poids pré-grossiste de la mère et au gain de poids durant le premier trimestre de grossesse, augmente le risque d'un poids à la naissance élevé, d'un IMC élevé pour la mère après la naissance et d'un IMC élevé durant l'enfance. Aussi, un gain de poids gestationnel excessif de la mère semble associé à un IMC plus élevé ainsi qu'à un risque cardiometabolique plus élevé pour l'enfant. Par contre, il est possible que ces effets soient réversibles avec l'adoption de saines habitudes de vie pendant la période postnatale et cette théorie est présentement à l'étude. Certaines études se penchent sur l'évaluation des effets de la santé du père sur celle de l'enfant.

GAIN DE GRAISSE CORPORELLE : LA MAL-AIMÉE DES ADAPTATIONS BIOLOGIQUES

Par **Angelo Tremblay**, Ph. D.
Professeur titulaire, Département de kinésiologie de l'Université Laval, Chercheur à l'Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF)

Dans sa présentation, le Dr Tremblay a rappelé les rôles du tissu adipeux dans le métabolisme, expliquant que le gain de graisse corporelle, à la suite d'un apport énergétique excessif, n'aurait pas que des effets néfastes sur le corps. Effectivement, le tissu adipeux contribuerait à l'homéostasie corporelle de plusieurs façons. Par le biais d'études, le Dr Tremblay a démontré que le stockage d'un surplus d'énergie, la régulation métabolique, la production de molécules impliquées dans la régulation métabolique et l'épuration de certains produits indésirables, tels que les polluants organiques persistants, sont autant de contributions du tissu adipeux à l'homéostasie du corps.

LE PROJET CHANGE POUR LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME MÉTABOLIQUE

Par **Caroline Rhéaume**, M.D., Ph. D.
Médecin de famille, GMF-UMF Laval-Québec, Chercheuse clinicienne au Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (CRIUCPQ)

Affectant entre 20 et 25 % des individus, le syndrome métabolique est associé à un risque plus élevé de maladies cardiovasculaires et de diabète de type 2. Le projet CHANGE est un programme de modifications des habitudes de vie pour le traitement de ce syndrome qui se déroule en milieu clinique dans trois centres canadiens (Edmonton, Toronto et Québec). Les participants à l'étude ont bénéficié d'une intervention personnalisée et graduelle en alimentation et en exercice supervisée par des professionnels et intervenants (diététiste/nutritionniste, kinésiologue et médecin de famille) sur une période d'une année. Les résultats jusqu'à maintenant montrent une amélioration de la prévalence du syndrome métabolique après trois mois dans le programme intensif de modification des habitudes de vie.

L'APPROCHE « CHOISIR DE MAIGRIR ? » : UN EXEMPLE DE SOLUTION RÉALISTE

Par **Véronique Provencher**, Dt.P., Ph. D.
Professeure agrégée, École de nutrition de l'Université Laval, Chercheuse à l'Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF)

Les approches traditionnelles préconisées dans le traitement de l'obésité ne produisent pas toujours les résultats escomptés. De plus, l'urgence de perdre du poids, fréquemment observée chez les femmes, va parfois même à l'encontre de l'adoption de meilleures habitudes de vie. De nouvelles interventions plus réalistes méritent donc d'être explorées, d'où la pertinence de documenter les effets d'une approche s'inspirant du nouveau paradigme en matière de gestion du poids comme le programme « Choisir de maigrir ? ». Ce programme vient en aide aux femmes préoccupées par leur poids. La question est abordée sous l'angle de la santé et du bien-être, et non de la perte de poids à tout prix. L'évaluation de ce programme démontre la pertinence de continuer les efforts d'implantation au Québec, car

cette approche peut être une solution réaliste pour plusieurs femmes aux prises avec des problèmes liés au poids.

LA CHIRURGIE BARIATRIQUE : QUAND ET POUR QUI ?

Par **André Tchernof**, Ph. D.
Professeur titulaire, École de nutrition de l'Université Laval, Chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (CRIUCPQ)

La chirurgie bariatrique peut s'avérer une option intéressante et efficace pour les individus souffrant d'obésité sévère, car elle est associée au maintien du poids à long terme et à la rémission durable du diabète de type 2. Les approches chirurgicales couramment utilisées favorisent la perte de poids par l'entremise de deux mécanismes d'action : 1) les chirurgies restrictives diminuent la quantité de nourriture ingérée en réduisant la taille de l'estomac ; 2) les chirurgies de malabsorption diminuent la quantité de nutriments absorbée dans l'intestin par la création d'un système de court-circuit ou de dérivation. Les effets varient en fonction de l'approche utilisée et également des caractéristiques spécifiques de l'individu. ■

LE PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE : UNE NOUVELLE APPROCHE POUR LE SUIVI DES PATIENTS AVEC UNE MALADIE INFLAMMATOIRE DE L'INTESTIN À L'HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

Lisanne Roberge, Dt.P., clinique externe, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Agrément Canada et la loi 90 encouragent fortement les initiatives prônant une approche interdisciplinaire. En 2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), accordait au Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, en collaboration avec Santé Canada, un soutien financier pour l'implantation et le déploiement du Programme partenaires de soins (PPS). Les buts du PPS sont de consolider les pratiques collaboratives au sein des établissements de santé et d'intégrer les patients et leurs proches comme partenaires de soins au sein des équipes cliniques. Dans un contexte sociétal en pleine évolution (vieillesse de la population, chronicité des maladies,

augmentation des maladies complexes, faible niveau d'observance des recommandations), ce changement de paradigme de l'approche centrée sur le patient vers un partenariat de soins et de services représente une avenue profitable pour le patient et ses proches, les intervenants, les gestionnaires et l'organisation elle-même.

C'est ainsi qu'à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), nous avons créé un comité d'amélioration continue (CAC) en gastroentérologie pour mettre en œuvre l'approche du patient partenaire. Le premier objectif retenu a été la mise sur pied de rencontres de plan d'intervention interdisciplinaire (PII) en présence du patient et ses proches pour une clientèle ayant une maladie inflammatoire de

l'intestin (MII). Notre CAC se compose de sept membres : un gestionnaire en endoscopie, une infirmière en gastroentérologie, deux patients-ressources, une conseillère clinicienne en soins infirmiers et leader en collaboration, un gastroentérologue et une nutritionniste en clinique externe. Nos rencontres PII ont lieu une fois par mois et durent entre 15 et 40 minutes, selon qu'il s'agisse d'un PII initial ou d'un suivi.

Afin de soutenir la mise sur pied des rencontres PII et d'assurer la pérennité du projet, des documents ont été élaborés par les membres du CAC. Nous avons créé un cahier de procédures contenant toutes les étapes pour reproduire un PII, un dépliant pour les patients et un autre pour les intervenants qui résumait la préparation et le déroulement d'un PII.

Voici les outils élaborés en collaboration avec le CPASS :

1) Dépliant créé par le comité d'amélioration continue en gastroentérologie à remettre aux patients et aux intervenants



2) Cahier de procédures créé par les membres du comité d'amélioration continue en gastroentérologie



OBJECTIFS DU PII

Le PII vise à intégrer les patients à l'équipe interdisciplinaire (médecin spécialiste, infirmière, professionnels de la santé tels que nutritionniste, psychologue, patient-ressource, etc.) pour les soigner efficacement et de manière adaptée à leur projet de vie. C'est ainsi que l'équipe de gastroentérologie de l'HMR a choisi d'utiliser cette approche en ciblant principalement ceux qui nécessitent une coordination accrue des différents intervenants : les jeunes adultes qui proviennent des hôpitaux pédiatriques et les patients ayant une situation clinique complexe au niveau biopsychosocial.

QU'EST-CE QUE LE PROJET DE VIE ?

Le projet de vie recouvre différents aspects de la vie personnelle et professionnelle d'un patient. Il tient compte de son projet d'avenir et de son vécu face à la maladie. Il est donc

unique, propre à chacun et directement en lien avec les futures réalisations désirées par le patient. Il est aussi évolutif selon la condition particulière de sa maladie et peut diverger des perspectives des professionnels de la santé.

AVANTAGES DE LA PRATIQUE COLLABORATIVE

Les différents milieux qui emploient les PII ont souligné les nombreux avantages de cette pratique. Notre équipe a également contribué à la documentation de ses bénéfices grâce à des questionnaires d'autoévaluation du fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire et à un questionnaire d'appréciation de la démarche PII rempli par les patients. Voici un résumé des avantages répertoriés.

Pour l'équipe clinique

Pour les professionnels paramédicaux et le personnel infirmier, cette approche permet une vision globale des besoins et désirs du patient, un gain de temps et d'efficacité, une meilleure satisfaction en raison de l'amélioration des soins et une diminution des dédoulements d'interventions.

Quant aux médecins, ils profitent d'une détection plus précoce des problèmes, de traitements mieux ciblés, donc plus efficaces et d'une meilleure observance du patient aux traitements. Ils bénéficient aussi d'une protection accrue sur le plan médico-légal et du travail avec une équipe interdisciplinaire.

Pour le patient et ses proches

Cette approche accroît la confiance et l'adhésion du patient au traitement puisqu'il collabore avec les intervenants durant les étapes du processus. Le patient peut demander à voir le patient-ressource qui est lui-même un patient qui a déjà vécu la maladie et qui peut apporter un soutien et montrer de l'empathie. Ainsi, les soins sont plus efficaces car mieux adaptés et individualisés. De plus, le patient profite d'un suivi plus rigoureux en raison d'une bonne coordination de tous les intervenants et de la démarche thérapeutique. La logistique simplifiée et optimisée se traduit par l'amélioration de la qualité de vie du patient. En aidant les soignants à mieux comprendre son état, le patient acquiert la maîtrise de sa maladie, se responsabilise et développe l'habileté à se soigner.

Pour la direction et les gestionnaires

La qualité des soins et la satisfaction de la clientèle, la cohésion d'équipe, le climat de travail harmonieux et productif, l'amélioration de la coordination des soins et des services amènent une meilleure gestion de la trajectoire de soins, une réduction du nombre de réadmissions, un développement des liens et de l'entraide entre les directions et les établissements, donc une dynamisation des milieux cliniques et une cohérence avec les indicateurs d'agrément.

En conclusion, l'expérience à HMR est fort positive et les patients sont très satisfaits de cette nouvelle approche à titre de partenaires de soins en gastroentérologie. C'est aussi une nouvelle façon de faire pour les nutritionnistes que d'interagir directement au sein de l'équipe interdisciplinaire en présence du patient et de ses proches pour répondre à ses besoins sur le plan nutritionnel et prendre des décisions en commun accord. Les PII sont réalisables dans tous les domaines d'expertise où l'on désire intégrer le patient en tant que membre de l'équipe multidisciplinaire. C'est une redéfinition de la façon de travailler en partenariat avec les patients et leurs proches. ■

Références

1. Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Plan d'intervention interdisciplinaire, Guide de référence à l'intention des intervenants de l'équipe des maladies inflammatoires de l'intestin, Montréal, 2014.
2. Provencher, C., Sylvestre, A. Projet de définition du concept du « patient ressource » et proposition de critères de sélection. Montréal: Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 2013.
3. Lebel, P., Essiembre, H., Préparation, élaboration, mise en oeuvre et suivi d'un plan d'intervention interdisciplinaire: Procédurier. Montréal: Université de Montréal: Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, 2013.
4. Université de Montréal, Faculté de médecine. Le patient partenaire: l'évolution du patient de demain, 2011.
5. Fernandez, N., Gosselin, L. Atelier de formation PII Du 12 novembre 2013. Montréal: Université de Montréal; Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, 2013.



Faites partie de la Communauté des conducteurs vigilants de La Personnelle, grâce à Ajusto.

La Personnelle s'engage à rendre les routes plus sûres en offrant **Ajusto**^{MC}. Ce programme d'assurance basé sur l'usage vous permet de suivre en tout temps vos habitudes de conduite sur votre téléphone intelligent et de les améliorer.

Demandez une soumission et commencez à économiser

lapersonnelle.com/ajusto

1 855 801-8830



laPersonnelle

Assureur de groupe auto et habitation



Ajusto est souscrit auprès de La Personnelle qui désigne La Personnelle, assurances générales inc. au Québec.^{MC} Ajusto est une marque de commerce de Desjardins Assurances générales inc., utilisée avec permission par La Personnelle, assurances générales inc.. Les économies correspondent à un pourcentage accordé sur la majorité de la prime. Notez qu'elles seront automatiquement appliquées à celle-ci lors du renouvellement. Certaines conditions, exclusions et limitations s'appliquent.

« ALLAITER PARTOUT À MONTRÉAL, POURQUOI PAS ? » : LA PETITE HISTOIRE D'UNE ÉVALUATION

Kathleen Couillard, M. Sc., Mcb.A., IBCLC

Évaluatrice externe, « Allaiter partout à Montréal, pourquoi pas ? »

En 2013, Nourri-Source Montréal lançait sa première route du lait. Pour assurer le succès de ce projet visant à créer des environnements favorables à l'allaitement, une évaluation intégrée à la gestion du projet s'imposait. La conclusion de l'expérience : même avec des moyens limités, il est possible de mettre en place un processus à la fois flexible et rigoureux.

Le projet « Allaiter partout à Montréal, pourquoi pas ? », c'est la création par Nourri-Source Montréal de cinq routes du lait, c'est-à-dire un circuit d'artères commerciales qui comptent des commerces accueillant les mères qui souhaitent allaiter.

Le but du projet est de créer des environnements favorables à l'allaitement qui permettront aux mères de se sentir à l'aise d'allaiter à l'extérieur de chez elles et sensibiliseront du même coup la population aux droits des femmes d'allaiter partout. Ce faisant, le projet pourrait, à plus long terme et en combinaison avec d'autres stratégies, favoriser l'apparition d'une norme sociale plus ouverte à l'allaitement.

La première route du lait a été lancée en octobre 2013 à Verdun. À ce jour, quatre routes ont été mises en place par Nourri-Source Montréal, dont une conjointement avec l'organisme « Autour du bébé » d'Ahuntsic, pour un total de 104 commerces participants. De plus, pour faire connaître le projet au public cible, l'organisme Nourri-Source a également développé des outils de diffusion, notamment un site Internet (<http://routedulait.org/>), des cartes postales et des affiches, et établi une présence dans les médias sociaux.

Comment assurer le succès du projet

Un processus d'évaluation était nécessaire pour assurer le bon déroulement du projet de même que l'atteinte des buts fixés.

L'évaluation est en effet un bon moyen d'améliorer un programme par le biais d'ajustements en cours de route. Elle permet, entre autres :

- > de déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas ;
- > d'en expliquer le pourquoi ;
- > d'évaluer les besoins des mères qui utiliseront la route du lait ;
- > d'améliorer la qualité et l'utilisation du matériel créé dans le cadre du projet.

La première étape de notre évaluation a donc été d'établir des objectifs précis. Ils sont d'ailleurs résumés dans le tableau 1. Ils sont accompagnés d'indicateurs clairement définis qui nous permettent de déterminer si un objectif a été atteint ou non.

Enfin, l'évaluation nous permet de documenter le projet. Les connaissances alors recueillies peuvent être utilisées dans la réalisation d'autres projets.

Mettre sur pied l'évaluation

Pour bien répondre à nos besoins, nous souhaitons que l'évaluation fasse partie intégrante de la gestion du projet. Nous avons donc privilégié une approche flexible qui peut s'adapter au déroulement du projet et ainsi permettre une amélioration continue.

L'évaluation de type mixte, c'est-à-dire réalisée par les employées et les bénévoles de Nourri-Source Montréal avec l'appui d'une évaluatrice externe⁽¹⁾, nous a semblé être celle répondant le mieux à nos besoins. Elle est en effet un bon compromis avec des coûts raisonnables et une bonne rigueur dans l'évaluation. L'évaluatrice externe est responsable de la coordination de l'évaluation, de l'analyse des données et de la production des rapports. Elle possède une expertise en recherche, en allaitement et en communication scientifique. Sa présence favorise une distance par rapport à l'action et garantit donc une certaine neutralité.

Tableau 1 Objectifs du projet et indicateurs d'évaluation

Objectifs	Indicateurs
Les mères se sentent à l'aise d'allaiter partout.	Aisance rapportée par la mère, fréquence des tétées dans les lieux publics.
Les gens sont sensibilisés aux droits des mères allaitantes.	Attitude par rapport à l'allaitement en public, connaissance des droits des mères d'allaiter en public, réaction des employés, réaction des clients.
Le projet contribue dans une certaine mesure à la normalisation de l'allaitement.	Attitude du public par rapport à l'allaitement, intention d'allaiter ou non son enfant, facteurs influençant le choix du mode d'alimentation, connaissances des risques du non-allaitement.
Le projet favorise la visibilité de Nourri-Source Montréal	Connaissance de l'organisme, nombre de marraines recrutées, nombre de demandes de jumelage.

Les employées et les bénévoles de Nourri-Source Montréal sont chargées principalement de la collecte de données. Leur participation permet de profiter d'une bonne connaissance de l'action et d'une meilleure perception des problèmes rencontrés.

Un comité d'évaluation a également été mis en place. Il est constitué des partenaires du projet (Québec en forme et la Direction de la santé publique de Montréal) qui apportent leurs conseils, sans participer à la réalisation de l'évaluation.

Étant donné les moyens limités de Nourri-Source Montréal, nous avons choisi d'utiliser une approche descriptive (non expérimentale)⁽²⁾. Celle-ci, bien qu'elle ne permette pas d'établir de liens statistiques de cause à effet, nous offre une vision assez complète du déroulement du projet.

Notre évaluation comporte principalement deux volets⁽¹⁻²⁾.

- > **L'évaluation formative (évaluation de la mise en œuvre et des processus):** elle garantit que le projet répond véritablement aux besoins des utilisatrices et que le matériel et les procédures utilisés sont appropriés et efficaces. En évaluant si tout se déroule bien comme prévu, ce type d'évaluation permet aussi d'améliorer la gestion en cours de projet en tenant compte des résultats obtenus. Pour réaliser l'évaluation formative du projet, nous avons mis au point les outils d'évaluation suivants:
 - Le rapport de la chargée de projet (4 fois par année): il décrit les produits réalisés et les routes mises en place, les facteurs facilitants et limitants dans la création des routes, les partenariats en cours, le recrutement de marraines, les demandes de jumelage et les ressources utilisées.
 - Les comptes-rendus des réunions de suivi (4 fois par année) et les comptes-rendus des réunions du comité d'évaluation (2 fois par année): ils décrivent la satisfaction des gestionnaires et des partenaires du projet, l'utilisation des ressources et le déroulement général du projet.
- > **L'évaluation sommative (évaluation des résultats):** elle a pour but de connaître les répercussions du projet. Elle permet de démontrer le niveau d'atteinte des objectifs et de fournir suffisamment d'information sur les effets du projet. Les outils d'évaluation que nous avons mis au point par ce

volet comprennent un sondage des commerçants, un sondage des utilisatrices, les enquêtes des mères mystères, un sondage auprès du grand public et un sondage auprès des mères du quartier. Étant donné les ressources à notre disposition, ces outils ont été utilisés sur de petits échantillons.

Tout au long du projet, les résultats de l'analyse sont communiqués aux personnes concernées de deux façons.

- > **Les rapports trimestriels:** quatre fois par année, un rapport réalisé par l'évaluatrice externe est remis à l'équipe de Nourri-Source Montréal et aux membres du comité d'évaluation. Ce rapport contient principalement les résultats de l'évaluation formative et sert à évaluer le bon déroulement du projet. Il propose aussi des recommandations par rapport à sa gestion.
- > **Les rencontres du comité d'évaluation:** le comité d'évaluation se réunit deux fois par année. Ces réunions sont une occasion de revenir sur le contenu des deux derniers rapports trimestriels, d'évaluer la nécessité d'effectuer des changements au déroulement de l'évaluation et d'émettre des recommandations sur le projet.

Des résultats plus que positifs

Deux ans plus tard, nous sommes heureuses de constater que les résultats de l'évaluation sont constamment utilisés pour améliorer le déroulement du projet et ainsi favoriser l'atteinte des objectifs. En effet, en mettant l'évaluation sur pied dès le début du projet, des mécanismes de contrôle ont été mis en place pour maintenir le cap vers les buts fixés. De plus, les membres du comité d'évaluation apprécient la rigueur et la flexibilité qu'offre la méthode d'évaluation choisie. Enfin, l'évaluation permet de garder en vue la notion de pérennité lors de la gestion du projet et donc de développer une vision à long terme.

Des éléments propices au succès...

Avec le recul, nous pouvons identifier quelques éléments qui ont facilité le processus d'évaluation.

Premièrement, nous avons eu la chance de profiter de l'expertise de Québec en forme en matière d'évaluation, ce qui nous a permis de démarrer le processus de la bonne façon.

Deuxièmement, la composition même du comité d'évaluation a joué un rôle important. Les membres viennent en effet de plusieurs

horizons, à la fois du milieu communautaire et de la santé publique, ce qui en fait une équipe multidisciplinaire. Le comité comporte d'ailleurs une nutritionniste de la santé publique. La contribution de chacun enrichit donc le processus de discussion.

... et des défis

Lors de la planification de l'évaluation, plusieurs tâches avaient été assignées à des bénévoles. Nous réalisons maintenant que la disponibilité et l'engagement des bénévoles sont très variables. Certains volets de l'évaluation peuvent alors devenir plus difficiles à réaliser. Par exemple, les sondages auprès des mères du quartier et du grand public devaient être réalisés par les marraines bénévoles. Or, en raison de leur manque de disponibilité, nous avons dû revoir notre façon de procéder.

Par ailleurs, les utilisatrices des routes du lait ne sont pas toujours faciles à rejoindre. Il est alors plus difficile de déterminer si le projet répond bien à leurs besoins.

Quelques éléments à retenir

L'évaluation représente un aspect très important pour le bon déroulement d'un projet de santé publique. Sa mise en place dès le départ est donc cruciale et les éléments prioritaires devraient être assignés à des employés plutôt qu'à des bénévoles. Les ressources disponibles, autant financières qu'humaines, devraient être considérées dès la planification de l'évaluation. Il est en effet facile de se laisser emporter par la création des outils d'évaluation, mais il est important de demeurer conscient des moyens à notre disposition. Notre expérience d'évaluation du projet «Allaiter partout à Montréal, pourquoi pas?» démontre toutefois qu'il est possible de mettre au point un tel processus même avec des ressources limitées.

Remerciements

Merci aux membres du comité d'évaluation pour leur contribution:

- > Geneviève Coulombe et Virginie Paquin, Nourri-Source Montréal
- > Valérie Vivier, Québec en forme
- > Véronique Laberge Gaudin, Dt.P., M. Sc. et Stéphanie Tremblay, Dt.P., M. Sc., DSP de Montréal

Références

1. Espace Régional de Santé Publique. L'évaluation en 9 étapes, document pratique pour l'évaluation des actions santé et social. 2004, Lyon, Espace Régional de Santé Publique, 36 p.
2. The Health Communication Unit. Évaluation des programmes de promotion de la santé, version 2. 2002, Toronto, Centre for Health Promotion de l'Université de Toronto, 97 p.

QUESTIONNAIRE DÉTACHABLE POUR L'OBTENTION DE CRÉDITS

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

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

Doit être retourné avant le 30 octobre 2015.

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

DOSSIER : Questions sur l'article de Marie-Pierre Arsenault, Stéphanie Tremblay et Claire Pelletier intitulé « L'évaluation de programme démystifiée : un exemple concret en éducation à la nutrition »

1. Au-delà de permettre de dégager une vision commune, l'adoption d'une démarche participative dans le cadre de la réflexion sur les besoins évaluatifs permet :

- a) une meilleure compréhension des résultats attendus ;
- b) le développement d'un sentiment d'appartenance ;
- c) l'amélioration des capacités collectives et individuelles des partenaires en matière d'évaluation ;
- d) toutes ces réponses.

2. Laquelle des affirmations suivantes est fausse ? Une question d'évaluation doit :


- a) être réaliste ;
- b) satisfaire une curiosité purement intellectuelle ;
- c) être utile ;
- d) être temporellement pertinente.

DOSSIER : Questions sur l'article d'Andréanne Charbonneau et Denise Ouellet intitulé « Évaluation de l'implantation de politiques alimentaires dans les services alimentaires »

3. Lequel des énoncés suivants sur l'évaluation de l'implantation de politique alimentaire dans les services alimentaires est faux :

- a) L'évaluation doit être considérée au début du projet, en amont de l'intervention.
- b) L'évaluation du processus consiste à évaluer ce qui a fonctionné et les obstacles lors de l'implantation.
- c) L'évaluation est nécessaire uniquement si la direction ou le bailleur de fonds la demande.
- d) L'évaluation est étroitement liée aux objectifs visés et aux résultats attendus.

Découpez et postez à l'adresse ci-dessous

Nom(s)	LES CLÉS DE L'ÉVALUATION DE PROGRAMME ET DE PROJETS EN NUTRITION	
Prénom(s)	Volume 13, n°1 Printemps 2015	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"/> E <input type="checkbox"/>
<p>Retournez cette section avec votre paiement de 25 \$ par la poste avant le 30 octobre 2015 à : Ordre professionnel des diététistes du Québec, 550, rue Sherbrooke O., tour Ouest bureau 1855, Montréal, QC H3A 1B9</p>	2. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	6. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <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"/>
	4. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	8. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

4. Quels moyens ont été utilisés lors de l'évaluation de l'implantation de la politique alimentaire dans les concessions alimentaires de l'Université Laval ?

- a) Deux sondages en ligne ;
- b) Des sondages ciblant les consommateurs aux points de vente ;
- c) La technique du « client mystère » ;
- d) Les relevés volontaires des ventes d'aliments et de mets de haute valeur nutritive ;
- e) a, c et d.

LE PLUS: Questions sur l'article de Michel Sanscartier intitulé « Dysphagie : a-t-on besoin de programmes de soins systématiques pour la clientèle adulte ? »

5. Laquelle de ces variables n'est pas associée aux pneumonies d'aspiration ?

- a) L'hygiène orale ;
- b) La présence de reflux gastrique ;
- c) L'alimentation par tube
- d) Le nombre de médicaments prescrits ;
- e) Les aliments aspirés.

6. Lorsqu'on dit que le diététiste a la responsabilité de la détermination du plan de traitement nutritionnel pour la clientèle dysphagique, y compris le choix de la voie d'alimentation, quel énoncé précise le mieux la nature de cette responsabilité ?

- a) Déterminer si le patient peut utiliser la voie NPO de façon sécuritaire ;
- b) Diminuer les risques d'aspiration ;
- c) Maintenir ou améliorer l'état nutritionnel ;
- d) Déterminer toutes les techniques d'alimentation appropriées ;
- e) Déterminer la texture et la consistance des aliments et choisir entre les voies orale, entérale et parentérale.

CHRONIQUE JURIDIQUE: Questions sur l'article de Janick Perreault intitulé « Les titres de diététistes/nutritionnistes au Canada »

7. Laquelle des affirmations suivantes est vraie ?

- a) Les titres réservés au Québec sont les mêmes partout au Canada.
- b) L'ajout d'un adjectif à un titre réservé permet d'utiliser le titre en question.
- c) Des titres précis sont réservés au Québec, y compris des titres qui peuvent laisser croire qu'on est diététiste/nutritionniste.

8. Parmi les affirmations suivantes, laquelle est fautive ?

- a) Le titre « spécialiste en nutrition » peut laisser croire qu'on est diététiste/nutritionniste.
- b) L'utilisation du titre « nutritionniste holistique » est interdite au Québec.
- c) Les diététistes/nutritionnistes n'ont pas l'obligation de dénoncer les personnes qui usurpent les titres qui leur sont réservés.

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

Volume 12 n° 3 – Hiver 2015

**Les coulisses de la transformation
alimentaire**

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

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