

Nutrition

VOL. 3 N° 2
PRINTEMPS 2024

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

AIDE À LA PRATIQUE

GUIDE DE RÉPLÉTION
EN NÉPHROLOGIE

ACTUALITÉS

LA GROSSOPHOBIE MÉDICALE:
DES NOUVELLES DONNÉES
POUR MIEUX LA DOCUMENTER

NUTRITION EN ÉVOLUTION

**LES SOUVENIRS
ALIMENTAIRES
POSITIFS ET LE
DÉVELOPPEMENT
DE SAINES
HABITUDES
ALIMENTAIRES
CHEZ LES JEUNES**



Ordre des diététistes
nutritionnistes
du Québec

Nutrition

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

Édition

Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec

514-393-3733

communications@odnq.org | odnq.org

Coordonnatrice du numéro

Sophie Lecavalier,

Directrice des communications et affaires publiques

Comité de la revue

Responsables de la section « La Nutrition en évolution »

Marie-Claire Garneau, Véronique Gingras, Geneviève Paquin

Collaborateurs à ce numéro

Pascale Bélanger, Dt.P., M. Sc., Anne-Sophie Brazeau, Dt.P., Ph. D.,
Géna Casu, M. Sc., Stéphanie Chevalier, Dt.P., Ph. D.,
Justine Chouinard, Dt.P., Diabète Québec, Joëlle Emond, Dt.P.,
EAD, Stéphanie Harrison, Dt.P., Ph. D., Charlotte Hébert-Wiencke,
B.A., Marie-Ève Labonté, Dt.P., Ph. D., Bernard Lavallée, Dt.P., M. Sc.,
Jeanne Loignon, M. Sc., Anne-Sophie Morisset, Dt.P., Ph. D.,
Roxanne Papineau, Dt.P., Maude Perreault, Dt.P., Ph. D.,
Hendrik Pineda, M. Sc., Véronique Provencher, Dt.P., Ph. D.,
Laure Saulais, Ph. D., Laurélie Trudel, Mylène Turcotte, Dt.P., M. Sc.

Réviseurs

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

Révision linguistique

Gilles Vilasco

Conception graphique

Z Communications

Publicité

Martin Laverdure, délégué commercial

514 239-3629

martin@laverdure-marketing.com

Dépôt Légal

Bibliothèque nationale du Québec



Politique publicitaire et éditoriale

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

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

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

L'ODNQ publie dans sa revue *Nutrition* des articles provenant de particuliers, à la demande de ces derniers. Notez que les opinions et points de vue émis n'engagent que les auteurs. La reproduction des textes apparaissant dans cette revue est autorisée avec mention de la source. Pour plus d'information, contactez-nous à communications@odnq.org.

MOT DE LA PRÉSIDENTE

L'humain au cœur du changement durable..... 4

ACTUALITÉS

ÉCHOS DES UNIVERSITÉS

Des nouvelles de l'Université McGill 5

La grossophobie médicale: des nouvelles données pour mieux la documenter 7

Programme d'accompagnement pour les personnes vivant avec le diabète..... 9

NUTRITION EN ÉVOLUTION

Les souvenirs alimentaires positifs et le développement de saines habitudes alimentaires chez les jeunes..... 11

Évaluation et suivi de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements de santé du Québec: démarches passées, présentes et futures 17

AIDE À LA PRATIQUE

Guide de réplétion en néphrologie 24

Utilisation clinique de la nutriginomique et de ses tests..... 33

L'état de la science en matière d'approches de traitement visant la perte de poids chez l'adulte..... 34

TABLEAU DE L'ORDRE

Mouvements du 1^{er} janvier 2024 au 31 mars 2024..... 36

L'humain au cœur du changement durable

En nutrition comme dans tous les domaines de la santé, placer la patientèle ou la clientèle au cœur des interventions et des projets menés par les diététistes-nutritionnistes apporte son lot d'avantages tangibles. En valorisant l'expérience et les préférences des personnes, les membres de l'Ordre augmentent les chances d'avoir un impact réel et de créer des changements durables. Cela est vrai pour tous les secteurs d'activités de la profession, ainsi que pour les affaires de l'Ordre.



Joëlle Emond, Dt.P., EAD
Présidente

La tournée de la présidence

Depuis le 10 avril dernier et jusqu'à l'été, l'équipe de l'Ordre et moi prenons la route à votre rencontre. Cette **grande conversation qui place les diététistes-nutritionnistes des différents secteurs d'activité et milieux de pratique au cœur de l'action** consiste à se rendre dans différentes régions du Québec pour apprendre à mieux vous connaître. Cet échange vise à écouter et à comprendre vos diverses réalités, identifier les enjeux pertinents pour la profession et les occasions que vous voyez se dessiner à l'horizon. Vos expériences et opinions deviendront notamment les ingrédients de la prochaine planification stratégique, puisant ainsi dans le réel les orientations prioritaires. À la fin de la tournée, l'Ordre produira un sommaire des grands thèmes abordés qui sera transmis à l'ensemble des membres. C'est notre façon à nous d'assurer notre pertinence, notre pérennité, et de transformer la communauté professionnelle en un moteur du changement durable.

Les articles présentés dans ce numéro

Dans ce numéro printanier de la revue, vous découvrirez des **initiatives et des réflexions exemplaires centrées sur l'humain**. Charlotte, Bernard et Maude explorent les souvenirs alimentaires de jeunesse comme levier dans le développement de saines habitudes alimentaires à l'âge adulte. Géna et Hendrik soulignent l'importance d'une expérience positive et inclusive à l'égard du poids afin de favoriser le recours aux soins médicaux

ainsi que l'adhésion à ses services et leur qualité. Stéphanie, Justine, Mylène, Jeanne, Pascale, Laurélie, Véronique, Laure, Marie-Ève et Anne-Sophie abordent le rôle potentiel de la satisfaction des usagères et des usagers en matière de l'offre alimentaire au sein des établissements du réseau dans l'amélioration des apports nutritionnels et de l'état de santé. Roxane expose le fragile équilibre entre l'apport essentiel en calcium pour combler les besoins spécifiques et les risques de son accumulation en cas d'insuffisance rénale. Enfin, l'équipe de Diabète Québec présente son nouveau programme d'accompagnement médical personnalisé pour la patientèle orpheline.

Considérer l'autre comme une ou un partenaire actif dans son propre parcours de santé ouvre la voie à une collaboration enrichissante et bénéfique tant pour la personne ou la population qui a recours à vos services que pour vous-même. Chaque humain est unique, avec ses propres défis, préférences et aspirations en matière de santé et de nutrition. En impliquant l'autre activement dans la prise de décision concernant son alimentation et son mode de vie, vous élaborez des plans de traitement et des projets sur mesure, désirés, et susceptibles de favoriser une adhésion à long terme.

Bonne lecture!

ÉCHOS DES UNIVERSITÉS

Des nouvelles de l'Université McGill

L'année 2023 aura été marquée par un changement à la direction de l'École de nutrition humaine. Après une décennie (2014-2023) sous le leadership de la P^{re} **Linda Wykes**, marquée par l'arrivée de plusieurs nutritionnistes-chercheuses au sein du corps professoral, par l'inauguration de l'Unité de recherche en nutrition clinique (*Clinical Nutrition Research Unit, CNRU*) et par le développement d'un cheminement *Honors* pour la majeure en nutrition, le P^r **Ryan Mailloux** a pris la direction de l'École de nutrition humaine. Le P^r Mailloux prône une vision intégrative de la nutrition de la « cellule à la société ». Nous sommes enthousiastes d'ouvrir avec lui un nouveau chapitre.

Harriet V. Kuhnlein, professeure émérite, nommée légende vivante de l'International Union of Nutritional Sciences

La P^{re} **Kuhnlein** a reçu cet honneur prestigieux lors du 22^e Congrès International de Nutrition (IUNS-ICN) à Tokyo (Japon). Ce prix lui a été décerné pour sa contribution remarquable à la recherche en nutrition chez les Premières Nations. La P^{re} Kuhnlein est directrice fondatrice du *Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment (CINE)*. Ses travaux de recherche en santé mondiale ont permis de mettre de l'avant la biodiversité inhérente aux ressources alimentaires traditionnelles des peuples autochtones, démontrant ainsi leur importance dans la sécurité alimentaire et la santé de ces peuples. Rappelons que la P^{re} Kuhnlein a été directrice de l'École de nutrition humaine de 1985 à 1993.

L'École de nutrition humaine accueille deux nouvelles chargées de cours

Popi Kasvis, Dt.P., Ph. D. et **Amani Al-Asmar**, Dt.P., M. Sc., ont rejoint notre équipe de chargées de cours en début d'année. Popi Kasvis possède plus de 10 ans d'expérience comme nutritionniste clinicienne et a récemment terminé un doctorat en sciences de la santé et de l'exercice à l'Université Concordia. Elle va, entre autres, s'impliquer dans les projets cliniques pour les étudiants et étudiantes à la maîtrise appliquée ainsi que dans la préparation des stages en nutrition clinique. Amani Al-Asmar a terminé une maîtrise en nutrition publique de l'Université de Montréal (2018) tout en réussissant ses examens d'équivalences pour exercer au Québec comme diététiste-nutritionniste, après son baccalauréat en nutrition et diététique obtenu au Liban. Son parcours atypique est une force pour continuer à améliorer nos offres de stages. Toutes deux vont s'impliquer dans les activités de simulation et les ateliers offerts à nos étudiants. Entre autres, sous le leadership de **Mary Hendrickson**, Dt.P., M. Sc., de nouvelles activités de simulation ont été développées en partenariat avec le programme de sciences infirmières du Cégep John Abbott.

Deux nouveaux membres affiliés se sont aussi joints en cours d'année. **Jessica Coll**, Dt.P., est fondatrice de l'*Institut Healthy* et se spécialise dans la nutrition en pédiatrie.

Suzanne Lepage, Dt.P., est coordonnatrice des pratiques en nutrition sociale périnatale chez Alima. Les deux contribuent grandement aux stages ainsi qu'à l'enseignement de nos étudiants. Pour voir les profils des autres membres affiliés, explorez le lien suivant :

<https://www.mcgill.ca/nutrition/staff/affiliate-members>



Anne-Sophie Brazeau, Dt.P., Ph. D.
Professeure adjointe,
Directrice du programme de diététique,
École de nutrition humaine de
l'Université McGill



Stéphanie Chevalier, Dt.P., Ph. D.
Professeure agrégée,
Directrice des études supérieures,
École de nutrition humaine
de l'Université McGill



Linda Wykes
Directrice de l'École
de nutrition humaine



Ryan Mailloux
Directeur de l'École
de nutrition humaine



Harriet V. Kuhnlein
Professeure émérite



Popi Kasvis, Dt.P., Ph. D.



Amani Al-Asmar, Dt.P., M. Sc.



Mary Hendrickson, Dt.P., M. Sc.

Clinique pédiatrique Cœur & Mains

La commission scolaire Lester B. Pearson et l'Hôpital de Montréal pour enfants se sont unis pour créer une clinique pédiatrique collaborative à même une école. Depuis 2021, l'École de nutrition humaine a joint l'équipe multidisciplinaire qui offre des services aux jeunes issues de communautés défavorisées. À ce jour plus de 150 enfants ont reçu des services nutritionnels ou suivi des activités de promotion de la santé. La nutritionniste, avec les stagiaires, offre des services de consultations en nutrition, des ateliers en classe et de l'enseignement aux résidents en médecine sur divers sujets liés à la nutrition. Cette clinique est un modèle innovateur qui met de l'avant la collaboration entre professionnels de la santé et le milieu de l'éducation. Pour en savoir plus, vous pouvez lire le résumé publié dans la *Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique* par Morgan K., Hendrickson M., Rose M., D'Arienzo D.: « Nutrition Services in a School-Based Pediatric Clinic », *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 2023, volume 84, page 184.

Dans les médias

Les résultats des projets de recherche de la P^{re} **Stéphanie Chevalier**, Dt.P., Ph. D. et de **Didier Brassard**, Dt.P., Ph. D., boursier postdoctoral, ont intéressé les journalistes d'ici et d'ailleurs. En utilisant les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), ils ont montré que les aînés de 65 ans et plus qui respectent les recommandations du nouveau *Guide alimentaire canadien* pourraient ne pas consommer suffisamment d'acide folique, de vitamine D et de calcium. Pour lire l'article de *La Presse*, explorez le lien: <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-01-20/le-guide-alimentaire-canadien-pourrait-etre-moins-approprie-pour-les-aines.php>

Pour lire l'étude originale publiée dans *The Journal of Nutrition*: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002231662372484X?via%3Dihub>

Prix Armour Morgan Memorial

Lauren Rotholz, Dt.P., a été la première récipiendaire du Prix Armour Morgan, remis à la mémoire de Beth Armour (1952-2020) et de Susan Morgan (1948-2005), deux chargées de cours et coordonnatrices de stages qui ont partagé leur passion pour l'enseignement et la nutrition clinique. Lauren s'est démarquée tout au long de ces études non seulement pour son excellence universitaire, mais grâce aussi à son professionnalisme, son leadership, sa créativité, sa compassion tout en cultivant le travail collaboratif. Pour en savoir plus sur le prix: <https://www.mcgill.ca/nutrition/newsawards/armour-morgan-memorial-convocation-prize#:~:text=Established%20in%202022%20by%20family,and%20support%20for%20student%20learning.>



Stéphanie Chevalier, Dt.P., Ph. D.



Didier Brassard, Dt.P., Ph. D.



Lauren Rotholz, Dt.P.



Meryem Talbo, Dt.P., M. Sc. (A)

Études supérieures

Les étudiants et les étudiantes des cycles supérieurs font aussi notre fierté.

La candidate au doctorat **Meryem Talbo**, Dt.P., M. Sc. (A), a reçu le Prix Étoiles montantes Yves-Deshaies du Réseau de recherche en santé cardiometabolique, diabète et obésité de l'édition 2024. Meryem est aussi récipiendaire du Gold Key Award, prix remis à une étudiante particulièrement impliquée dans la communauté mcgilloise durant ses études.

Le prix Relève Étoile Jacques-Genest pour une contribution exceptionnelle à la recherche du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) a été décerné à **Didier Brassard**, Dt.P., Ph. D., boursier postdoctoral, en juillet 2023 pour un article réalisé au cours de ses études doctorales. Il a aussi remporté le prix 2023 de la meilleure thèse décerné par la Société canadienne de nutrition.

Récipiendaires de bourses étudiantes

Maîtrise

Cathryn Grayson — Bourse du Canada (Maîtrise)

Doctorat

Audrey Moyon, Dt.P. — Fonds de recherche du Québec en Santé (FRQS)

Asmaa Housni, Dt.P. — CANTRAIN/FORMCAN
(Consortium CANadien de FORMation en essais cliniques)

Au cours de l'année 2023, les étudiantes suivantes ont complété avec succès leur mémoire de maîtrise: Alyshia Guan, Sarah Blunden, Dt.P., Jolian Wong, Dt.P., Yuan Zhang, et Wendy Ng Kwong Sang.

Un immense bravo aux nouvelles docteures en nutrition (Ph. D.) qui ont déposé et défendu leur thèse de doctorat, toutes brillamment: Li Feng Xie, Dt.P., Ph. D., Ashat Abdu, Ph. D., Akankasha Sen, Ph. D. et Tamara Ajeeb, Ph. D. Nous leur souhaitons plein succès dans leurs projets!

Suivez-nous sur **Facebook** (facebook.com/NutritionMcGill/) ou sur **Twitter** (twitter.com/NutritionMcGill/) pour rester à l'affût des nouvelles.

La grossophobie médicale : des nouvelles données pour mieux la documenter

Les enjeux liés au poids occupent une place importante dans les discussions sur la santé et le bien-être. En février 2024, une étude publiée dans la revue *The Lancet* soutient que l'obésité demeure un enjeu de santé publique prioritaire dans le monde (1). Pour autant, certains estiment que les discours centrés sur le poids et l'obésité peuvent nuire et renforcer la stigmatisation.

De nombreux préjugés et fausses croyances sur le poids, issus des normes sociales, médicales et culturelles, circulent au sein de notre société. Par exemple, on croit souvent à tort qu'une personne grosse* manque de volonté, mange trop ou mal ou ne fait pas assez d'activité physique (2, 3). Ces stéréotypes dévalorisants renforcent la stigmatisation à l'égard du poids, aussi appelée grossophobie (4, 5). La grossophobie peut induire d'importantes conséquences négatives, telles que de l'insatisfaction corporelle, des troubles de comportement alimentaire, de la détresse psychologique et un risque de mortalité accru, en plus de constituer une barrière à l'adoption de saines habitudes de vie et à l'utilisation de soins de santé (2, 5, 6, 7, 8).

Une réalité bien présente dans le milieu médical

Étant un enjeu sociétal, la grossophobie est présente dans tous les milieux de vie et le milieu médical n'y échappe pas. Un sondage Léger réalisé pour le compte de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) en juillet 2023 auprès de 1 001 Québécois et Québécoises ayant un indice de masse corporelle (IMC) de 25 kg/m² ou plus, a permis de mieux documenter le phénomène de la grossophobie médicale.

Près de 1 personne sur 3 qui rapporte avoir été victime de grossophobie dit l'avoir vécu lors d'une visite médicale (9).

Cette réalité peut affecter l'accès et la qualité des soins de santé, avec plus d'une personne sur cinq ayant vécu de la grossophobie qui s'est déjà abstenue de consulter des ressources en santé pour ne pas avoir à parler de son poids (9). Le poids ne devrait pas être un sujet tabou ni un motif de stigmatisation dans le milieu médical. Il doit être abordé de manière respectueuse et inclusive afin de ne pas nuire au bien-être de la population.

36% des personnes qui rapportent avoir été victime de grossophobie affirment qu'elle émanait d'un professionnel ou une professionnelle de la santé (9).

En tant que professionnel et professionnelle de la santé, il est essentiel de prendre conscience de ses propres croyances et préjugés sur le poids pour les déconstruire. Par exemple, le poids est encore souvent associé à la santé, sans y apporter de nuances (10). Certains messages de santé perpétuent le mythe qu'il suffit de « manger mieux et bouger plus » pour perdre du poids. Or, plusieurs facteurs qui influencent le poids sont hors du contrôle des personnes, comme la génétique et l'environnement socio-économique (11). Ainsi, mettre la responsabilité du poids uniquement sur la volonté d'une personne peut renforcer la grossophobie.



Hendrik Pineda, M. Sc.
Chargé de dossiers, Association pour la santé publique du Québec



Géna Casu, M. Sc.
Chargée de dossiers, Association pour la santé publique du Québec

* L'expression « personne(s) grosse(s) » est utilisée pour désigner les personnes considérées comme étant en surpoids. L'adjectif « gros(se) » est utilisé pour sa neutralité dans la description de la corpulence.

27% des personnes ayant consulté un professionnel ou une professionnelle de la santé dans la dernière année **se sont fait conseiller de perdre du poids**. Or, dans **88% des cas, la perte de poids n'était pas le motif de la consultation (9)**.

Le fait d'associer tous les problèmes de santé de la personne à son poids est une manifestation de la grossophobie médicale (12, 13, 14). En effet, dès qu'une personne a un IMC qui dépasse un certain seuil, elle est souvent considérée comme étant malade, sans considération de son état de santé réel (2). De plus, les conseils donnés à la patientèle au sujet du poids concernent souvent l'alimentation et l'activité physique (9). Paradoxalement, peu de personnes sont orientées vers des diététistes-nutritionnistes ou des kinésiologues, qui seraient en mesure de les accompagner dans une démarche individualisée et adaptée à leurs besoins. En effet, parmi les personnes ayant répondu au sondage qui se sont fait conseiller de perdre du poids par un professionnel ou une professionnelle de la santé dans la dernière année, 67% ont reçu comme conseil de revoir leur alimentation et seulement 16% ont eu pour recommandation d'entreprendre un suivi avec une ou un diététiste-nutritionniste (9).

Un tiers des personnes ressentent de l'inconfort à l'idée de parler de leur poids à un professionnel ou une professionnelle de la santé (9).

Le poids est un sujet particulièrement sensible à aborder. Pour qu'une personne se sente confortable à l'idée d'en parler, il est important d'établir un climat de confiance avant d'en discuter et de lui demander préalablement son consentement. Pour autant, aborder le poids n'est pas toujours pertinent et devrait être évalué, en particulier si ce n'est pas le motif de la consultation.

En conclusion, les professionnels et professionnelles de la santé ont pour mission de soutenir le bien-être et la santé de la population, d'où l'importance de favoriser des approches saines, respectueuses et inclusives à l'égard du poids. Ainsi, former ces professionnels et professionnelles, et leur relèver, à l'ensemble des enjeux liés au poids, incluant la grossophobie, est une condition gagnante pour intervenir auprès de la patientèle sans nuire. Des ressources sont disponibles pour communiquer sur le poids de manière plus saine et inclusive sur le site collectifvital.ca, initiative de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ).

Références

1. Phelps NH, Singleton RK, Zhou B, Heap RA, Mishra A, Bennett JE, et al. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet* [Internet]. 29 févr 2024 [cité le 1^{er} mars 2024];0(0). Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)02750-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)02750-2/fulltext)
2. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020;26(4):485-97.
3. Léger. Rapport: Perception du problème de poids au Québec: Sondage auprès des Québécois et Québécoises. Québec: Association pour la santé publique du Québec; 2021.
4. Tam T. Lutte contre la stigmatisation: vers un système de santé plus inclusif [Internet]. Canada: Agence de la santé publique du Canada; 2021. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html>
5. Collectif Vital. La grossophobie: une réalité bien présente au Québec [Internet]. 2021. Disponible sur: https://collectifvital.ca/files/P2-Enjeux_poids/Grossophobie/Grossophobie.pdf
6. Puhl R. *The Conversation*. 2021 [cité le 1^{er} mars 2024]. Grossophobie: un phénomène mondial aux conséquences néfastes pour tous. Disponible sur: <http://theconversation.com/grossophobie-un-phenomene-mondial-aux-consequences-nefastes-pour-tous-162155>
7. Levy M, Kakinami L, Alberga AS. The relationship between weight bias internalization and healthy and unhealthy weight control behaviours. *Eat Weight Disord*. 2022;27(5):1621-32.
8. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychol Sci*. nov 2015;26(11):1803-11.
9. Léger. Contexte et conséquence de la discrimination basée sur le poids. Québec: Association pour la santé publique du Québec; 2023.
10. Wildman RP, Muntner P, Reynolds K, et al. The Obese Without Cardiometabolic Risk Factor Clustering and the Normal Weight With Cardiometabolic Risk Factor Clustering: Prevalence and Correlates of 2 Phenotypes Among the US Population (NHANES 1999-2004). *Arch Intern Med*. 2008;168(15):1617-1624. doi:10.1001/archinte.168.15.1617
11. Lee A, Cardel M, Donahoo WT. Social and Environmental Factors Influencing Obesity. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, Boyce A, Chrousos G, Corpas E, et al., éditeurs. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000 [cité le 1^{er} mars 2024]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278977/>
12. Talumaa B, Brown A, Batterham RL, Kalea AZ. Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obes Rev*. oct 2022;23(10):e13494.
13. O'Donoghue G, Cunningham C, King M, O'Keefe C, Rofaeil A, McMahon S. A qualitative exploration of obesity bias and stigma in Irish healthcare; the patients' voice. *PLoS One*. 29 nov 2021;16(11):e0260075.
14. Phelan S, Burgess D, Yeazel M, Hellerstedt W, Griffin J, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. avr 2015;16(4):319-26.

Programme d'accompagnement pour les personnes vivant avec le diabète

Près de 2 millions de personnes au Québec sont sans médecin de famille¹. De ce nombre, plusieurs dizaines de milliers vivent avec le diabète de type 2. Pour tenter de venir en aide à ces personnes et soutenir le réseau de la santé, Diabète Québec a mis sur pied, en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Programme d'accompagnement pour les personnes vivant avec le diabète.



L'offre de service de Diabète Québec

Le Programme d'accompagnement pour les personnes vivant avec le diabète de Diabète Québec comporte deux volets. Le principal s'adresse aux **personnes vivant avec le diabète de type 2 sans médecin de famille** et le deuxième, aux **personnes vivant avec le diabète de type 1 sans endocrinologue**. Dans les deux cas, le but est d'offrir un **accompagnement via des soins à distance et de l'éducation**. Afin d'offrir des soins partout au Québec, tous les rendez-vous se font de façon virtuelle et le Programme est entièrement gratuit pour les personnes vivant avec le diabète.

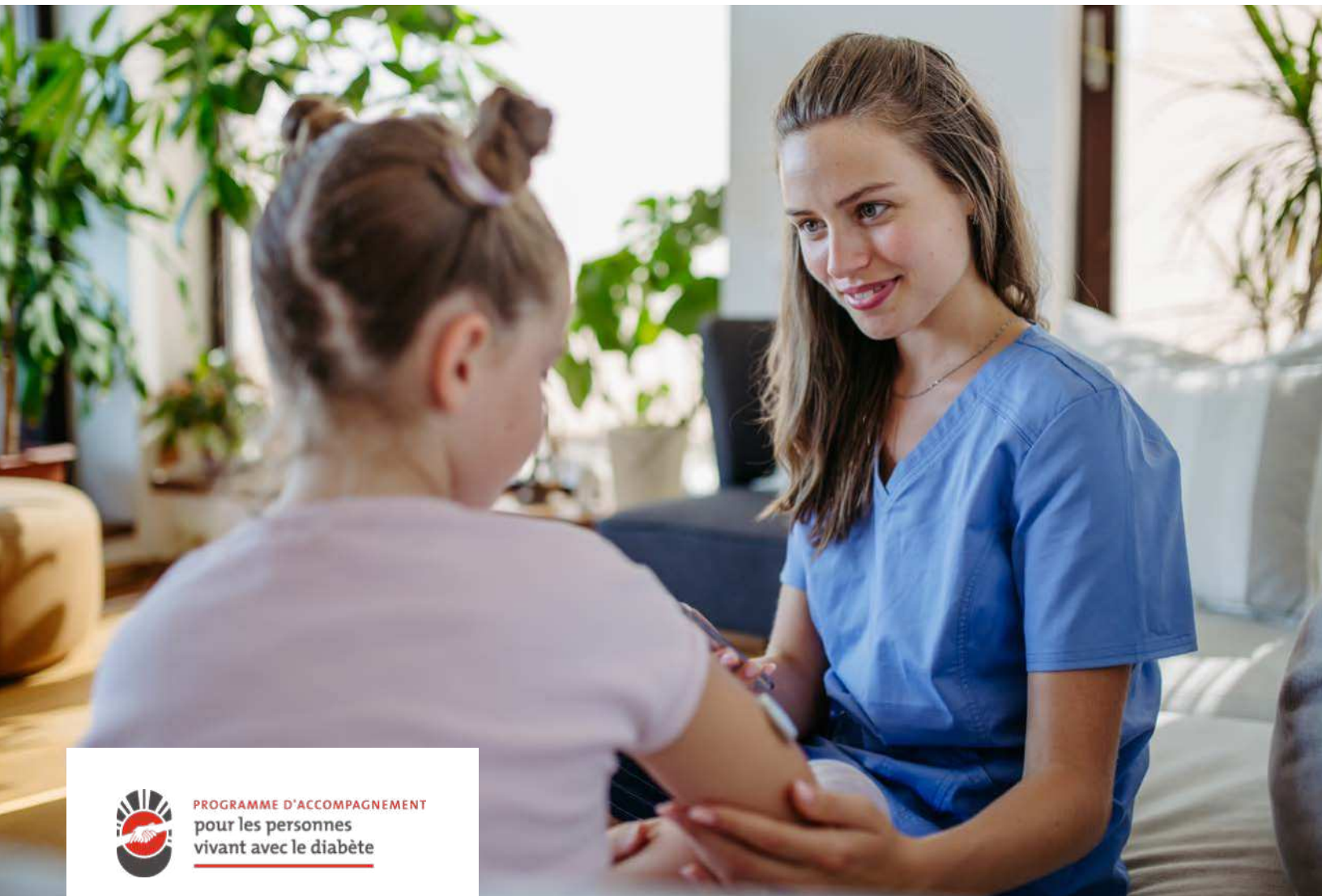
Trajectoire de la patientèle

Les personnes inscrites au Programme suivent la trajectoire suivante:

- 1 Rencontre d'évaluation avec une personne professionnelle de la santé;
- 2 Accès à de l'éducation en ligne;
- 3 Examen de santé, au besoin;
- 4 Initiation ou modification de la médication, au besoin;
- 5 Minimum de quatre rencontres de 30 minutes avec une équipe multidisciplinaire composée d'infirmières ou d'infirmiers, de diététistes-nutritionnistes et de kinésiologues (volet diabète de type 2);
- 6 Minimum de deux rencontres par année avec un ou une endocrinologue et une équipe multidisciplinaire composée d'infirmières, de diététistes-nutritionnistes et de kinésiologues (volet diabète de type 1).

Des canaux de communication sont prévus pour communiquer avec les professionnels et professionnelles de la santé gravitant autour des personnes inscrites et un résumé de dossier leur est remis.

¹ Données fournies par le ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2023.



PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT
pour les personnes
vivant avec le diabète

Les diététistes-nutritionnistes à la pointe de l'action

Les soins multidisciplinaires sont au cœur de la mission du Programme. Les membres de l'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec impliqués dans le Programme possèdent un numéro de prescripteur et participent activement à la prescription de matériel pour le diabète ainsi qu'à l'ajustement de la médication pour le diabète, conjointement avec une infirmière praticienne spécialisée (IPS).

Complémentarité avec le réseau de la santé

Le Programme d'accompagnement de Diabète Québec n'a pas pour but de remplacer le réseau de la santé, mais plutôt de le soutenir. Il s'inscrit parmi les autres ressources disponibles, offrant ainsi une option supplémentaire pour répondre aux nombreux besoins de la clientèle orpheline vivant avec le diabète de type 2.

Comment bénéficier du Programme d'accompagnement ?

Les personnes vivant avec le diabète de type 2 qui désirent participer doivent :

- S'inscrire en ligne sur le site de Diabète Québec (bouton « Accéder au formulaire d'inscription ») : diabete.qc.ca/service/programme/ ou
- Téléphoner au numéro 514 259-3422 ou 1 800 361-3504, poste 7.

Les personnes vivant avec le diabète de type 1 qui désirent participer doivent obtenir une demande de consultation. Cette demande peut être acheminée par courriel à l'adresse programme@diabete.qc.ca, ou par fax au numéro 514 259-9286.

Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez la page consacrée au Programme sur le site de Diabète Québec sous l'onglet SERVICES : diabete.qc.ca/service/programme/.

Les souvenirs alimentaires positifs et le développement de saines habitudes alimentaires chez les jeunes

Résumé

Introduction

De plus en plus d'évidences scientifiques suggèrent que le plaisir, incluant les souvenirs positifs liés à l'alimentation, pourrait être un levier pour l'adoption de saines habitudes alimentaires.

Objectifs

Cette revue de littérature narrative a comme but d'explorer les concepts de souvenirs alimentaires positifs, de plaisir lié à l'alimentation et de littératie alimentaire chez les jeunes et leurs familles.

Méthodologie

Les bases de données Sofia et PubMed ont été consultées pour relever les articles pertinents autour du plaisir alimentaire, des souvenirs alimentaires positifs et de l'influence de la littératie alimentaire des parents sur celle des jeunes.

Résultats et discussion

La revue de littérature démontre que la création de souvenirs positifs liés à la nourriture peut avoir des répercussions positives à long terme sur les comportements alimentaires des jeunes. Elle met en évidence le rôle clé du plaisir alimentaire dans le développement de saines habitudes alimentaires chez les jeunes, soulignant l'importance du rôle des parents dans la création d'expériences positives autour de la nourriture. La littératie alimentaire des parents semble également être un facteur déterminant dans les comportements alimentaires à long terme des enfants.

Conclusion

Les souvenirs alimentaires positifs et le plaisir de manger chez les jeunes sont importants pour l'établissement d'une relation saine avec la nourriture tout au long de la vie. En reconnaissant l'importance du plaisir alimentaire, les parents et les diététistes-nutritionnistes peuvent contribuer à fonder les bases d'une alimentation saine et épanouissante chez les générations futures.

NUTRITION EN ÉVOLUTION



Charlotte Hébert-Wiencke, B.A.
Étudiante de premier cycle en nutrition, Département de Nutrition, Faculté de Médecine, Université de Montréal

Adresse courriel:
charlotte.hebert-wiencke@umontreal.ca



Bernard Lavallée, Dt.P., M. Sc.

Adresse courriel:
bernard.lavallee@gmail.com



Maude Perreault, Dt.P., Ph. D.
Professeure adjointe, Département de Nutrition, Faculté de Médecine, Université de Montréal et chercheuse au Centre Jean-Jacques-Gauthier, CIUSSS-du-Nord-de-l'Île-de-Montréal

Adresse courriel:
maude.perreault@umontreal.ca

Introduction

Plongez dans votre enfance et pensez à un moment mémorable lié à la nourriture. Manger un repas en famille pendant les Fêtes, cuisiner des pâtisseries avec ses grands-parents ou découvrir de nouvelles saveurs en voyage, les souvenirs témoignent du pouvoir de l'alimentation à procurer du bonheur.

Ces souvenirs positifs représentent bien plus que des plaisirs éphémères. En réalité, le plaisir alimentaire vécu durant l'enfance a un impact important sur le plaisir et les habitudes alimentaires tout au long de la vie (1-5, 9). Chez les jeunes, qui sont en plein développement de leur littératie alimentaire, vivre des expériences mémorables avec la nourriture peut influencer non seulement leur relation avec celle-ci, mais aussi leurs comportements alimentaires à long terme (1-5, 9).

Les parents et leurs compétences de littératie alimentaire jouent d'ailleurs un rôle important chez leurs enfants pour favoriser le développement d'une relation épanouissante avec la nourriture, que ce soit dans l'approvisionnement, la préparation et la dégustation de repas (4, 9, 10, 12, 13). En offrant à leurs enfants des opportunités de créer des expériences positives et mémorables en lien avec l'alimentation, les parents peuvent établir les bases d'un plaisir durable et sain (7, 9-11).

Messages clés

Le plaisir alimentaire joue un rôle essentiel dans le développement de saines habitudes alimentaires chez les jeunes, en contribuant notamment à une relation épanouissante avec la nourriture tout au long de la vie (1-5).

Les parents exercent une grande influence sur le développement d'une relation saine avec la nourriture chez les jeunes. Ils peuvent favoriser un environnement physique, social et émotif propice aux moments positifs et mémorables afin de contribuer au développement de l'appréciation émotionnelle et culturelle de l'alimentation chez les jeunes, autrement dit la dimension relationnelle de la littératie alimentaire (4, 9, 10, 12, 13).

Une approche holistique de la nutrition met de l'avant le plaisir de manger, de cuisiner et de découvrir les aliments, tout en honorant sa culture et ses traditions familiales. Le plaisir alimentaire peut servir de levier pour enseigner la littératie alimentaire et promouvoir des comportements alimentaires sains (1-5, 12).

Objectifs

Cette revue de littérature narrative a comme but d'explorer les concepts de plaisir lié à l'alimentation, de souvenirs alimentaires positifs et de littératie alimentaire chez les jeunes et leurs familles.

Méthodologie

Cette revue narrative repose sur trois thèmes clés: le *plaisir* en lien avec la nourriture, les *souvenirs positifs* en lien avec la nourriture et l'*influence de la littératie alimentaire des parents* sur celle des jeunes. Une recherche par mots-clés a été réalisée dans les bases de données Sofia et PubMed en utilisant les termes suivants: adolescents, enfants, enfance, plaisir alimentaire, plaisir, expérience, littératie alimentaire, implication alimentaire, mémoire, parents, bien-être, souvenirs positifs, santé, nourriture. Les références des articles retenus ont également été consultées afin d'inclure d'autres articles jugés pertinents. La littérature scientifique et la littérature grise ont été considérées. Aucune limite quant à la date de publication n'a été retenue.



Résultats et discussion

Les adultes qui gravitent autour des enfants ont la responsabilité d'enseigner et de soutenir le développement de compétences alimentaires, que ce soit à la maison, à la garderie ou à l'école (8, 12). La notion de « littératie alimentaire » émerge depuis une dizaine d'années. Ce concept englobe non seulement les connaissances culinaires et alimentaires, mais aussi les attitudes et les perceptions, comme le sentiment d'auto-efficacité, qui sont influencées par le contexte social et le système alimentaire (12, 14). Une dimension de la littératie alimentaire est la littératie relationnelle, englobant plaisir, traditions, cultures culinaires et commensalité, soit le fait d'apprécier un repas en famille ou entre amis (12).

Le plaisir alimentaire, une composante de la littératie relationnelle (12), se définit comme tout moment passé dans un contexte alimentaire qui suscite le plaisir (1-4). Cette définition englobe non seulement les caractéristiques reliées aux aliments, mais aussi les pratiques alimentaires familiales transmises par les parents (12). Elle prend en compte le contexte global qui entoure l'expérience, comme la commensalité, l'environnement et l'histoire personnelle (2, 18, 19). Ces expériences positives en lien avec la

nourriture sont étroitement liées à la formation de souvenirs. Les associations positives formées pendant l'enfance tendent à perdurer à l'âge adulte, influençant ainsi les attitudes envers la nourriture tout au long de la vie (9, 17, 21, 22). Le plaisir alimentaire vécu durant l'enfance contribue alors à la création de souvenirs positifs en lien avec l'alimentation et, à l'inverse, ces souvenirs positifs facilitent l'association de l'alimentation avec le plaisir (5, 9, 15, 22).

Des évidences scientifiques suggèrent que le plaisir pourrait promouvoir une saine alimentation (1-3, 5). Particulièrement, les souvenirs positifs liés à l'alimentation pourraient favoriser l'adoption de comportements alimentaires sains (9, 15, 16), et ce, de manière plus prometteuse que l'éducation nutritionnelle traditionnelle. Cette dernière repose parfois sur des approches restrictives et moralisatrices pouvant générer des attitudes négatives envers la nourriture (2, 4, 5, 17).

1. Impact des expériences positives autour de la nourriture sur les comportements alimentaires à long terme

Les associations positives ou négatives avec la nourriture formées pendant l'enfance ont tendance à perdurer à l'âge adulte et elles peuvent influencer les attitudes envers la nourriture tout au long de la vie (4, 20). Les expériences agréables liées à la nourriture, ancrées dans le plaisir de manger, peuvent créer des souvenirs positifs durables (4, 9, 21, 22). Le plaisir en lien avec la nourriture permet d'enseigner aux jeunes à apprécier tout ce qui englobe l'alimentation (21). Ces expériences alimentaires et les souvenirs positifs qui s'y rattachent peuvent ainsi soutenir une relation saine avec la nourriture (5, 22). En conséquence, le plaisir alimentaire peut favoriser chez les jeunes une relation saine et durable avec la nourriture (3, 5, 21).

Les souvenirs alimentaires positifs des jeunes demeurent très peu étudiés. Une étude chez les étudiants universitaires australiens s'est penchée sur les souvenirs alimentaires positifs et négatifs et a révélé des thèmes de nostalgie et de bonheur liés aux repas en famille, comme le fait de manger des recettes familiales (17). Cette étude met en lumière l'importance de la commensalité dans la formation des souvenirs alimentaires, renforçant le lien entre expérience alimentaire et émotion (17).

Les expériences agréables liées à la nourriture peuvent même bénéficier à la santé physique des enfants et des adolescents (1, 3, 15). Il a été démontré que les adultes ayant des souvenirs d'enfance positifs en lien avec l'alimentation ont généralement des comportements alimentaires de meilleure qualité que ceux ayant des souvenirs alimentaires négatifs (1). Effectivement, les souvenirs d'enfance agréables liés à une variété d'aliments peuvent favoriser leur consommation régulière tout au long de la vie (3, 16).

Par exemple, des souvenirs positifs associés aux légumes peuvent encourager les jeunes à les apprécier davantage et à les intégrer plus fréquemment dans leur alimentation (15). De même, le simple fait de se remémorer un bon souvenir en lien avec des légumes peut rendre plus probable le choix d'en consommer (15).



II. Influence des parents dans la création d'expériences positives pour leurs enfants

Les parents, ayant l'opportunité d'influencer les associations cognitives de leurs enfants liées à l'alimentation, jouent un rôle fondamental dans la manière dont leurs enfants perçoivent la sphère alimentaire (4, 10, 20). Comme discuté plus haut, les expériences positives avec la nourriture durant l'enfance peuvent créer une association positive avec les repas, qui perdure souvent toute la vie (4, 10, 20). Les parents peuvent alors être les catalyseurs pour générer des souvenirs positifs chez les jeunes et influencer le plaisir de manger à l'âge adulte (4, 5, 9, 21, 22). Dans les foyers familiaux, les parents peuvent jouer un rôle pour promouvoir le plaisir alimentaire (4, 9). Deux approches interdépendantes ont été étudiées pour atteindre cet objectif. D'une part, les parents peuvent modeler des comportements alimentaires sains en démontrant leur propre plaisir lorsqu'ils se procurent des aliments, les préparent et dégustent les repas (9, 10). Par exemple, les enfants dont les parents démontrent une relation saine avec la nourriture sont plus susceptibles d'avoir aussi une relation saine avec la nourriture, et ce, jusqu'à l'âge adulte (9). D'autre part, les parents peuvent jouer un rôle actif dans la création d'expériences agréables liées à la nourriture pour leurs enfants, renforçant le plaisir vécu lors d'activités alimentaires chez les familles (1-3, 6-8, 10, 16, 17, 21). Pour favoriser un environnement alimentaire plaisant, les parents peuvent prioriser la commensalité (1, 2, 8, 10, 17, 21). En effet, les adultes ayant eu davantage de repas en famille lors de l'enfance éprouvent davantage de plaisir dans le contexte alimentaire que ceux en ayant eu moins (1, 10, 17). Les aliments variés et colorés peuvent également susciter du plaisir lié à la nouveauté et à l'esthétique (2, 10). Au-delà des aliments, les parents peuvent prôner le plaisir de manger en famille (6, 21). Ils peuvent, par exemple, encourager leurs enfants à exprimer les sensations et les émotions agréables qu'ils ressentent lors des repas. Ce processus permet aux enfants de prendre conscience des plaisirs associés à la nourriture, contribuant ainsi au développement d'une relation positive et épanouissante avec celle-ci (5, 16). En cultivant ces approches, les parents peuvent contribuer à la santé et au bien-être à long terme de leurs enfants, créant un héritage alimentaire positif et durable (1-3, 8-10).

III. La littératie alimentaire des parents et les comportements alimentaires des enfants

À titre de rappel, la littératie alimentaire englobe la dimension relationnelle, qui intègre entre autres le plaisir en lien avec la nourriture (12). Ainsi, la littératie alimentaire et le plaisir sont intrinsèquement liés, renforçant mutuellement la compréhension

et l'appréciation de l'alimentation (1-5, 9, 11, 12, 15, 16). Comme discuté précédemment, le plaisir alimentaire durant l'enfance peut jouer un rôle déterminant dans le développement de comportements alimentaires sains à l'âge adulte (1-4, 9). Toutefois, l'influence de la littératie alimentaire des parents sur celle de leurs enfants est tout aussi cruciale. Même si un foyer familial a beaucoup de plaisir lié à l'alimentation, pour tirer le plus de bénéfices en lien avec la qualité nutritionnelle de l'alimentation, ces expériences positives doivent être en lien avec des comportements favorables à une saine alimentation (10-13, 15, 16). Par exemple, ces moments de plaisir pourraient être liés à des choix sains ou à une relation saine avec la nourriture. Puisque les enfants sont influencés par les comportements alimentaires de leurs parents, il est pertinent de souligner que les enfants dont les parents possèdent de solides compétences en littératie alimentaire sont plus susceptibles d'acquérir eux-mêmes de meilleures compétences en littératie alimentaire, leur donnant donc des ressources indispensables pour leur vie adulte (12, 13). En combinant le plaisir alimentaire à une forte littératie alimentaire, les parents peuvent alors contribuer à développer des bases solides pour le bien-être et la santé à long terme de leurs enfants (10, 12, 13).

Une meilleure connaissance des aliments, des nutriments et des pratiques alimentaires peut accroître l'appréciation des choix alimentaires et la satisfaction liée à la dégustation de repas équilibrés et variés (5, 11, 12). Ainsi, la littératie alimentaire pourrait être positivement associée au plaisir ressenti autour de l'alimentation (5, 11, 12). En poursuivant cette idée, le plaisir alimentaire dans l'enfance associé à une forte littératie alimentaire chez les parents favorise l'adoption de comportements alimentaires sains chez les jeunes (10-13, 15). Les parents jouent alors un rôle dans la construction d'une relation saine et durable avec la nourriture pour leurs enfants.

Néanmoins, cette réflexion souligne la pression ressentie par les parents concernant leur rôle dans le développement des comportements alimentaires de leurs enfants. Les discours alimentaires traditionnels mettant l'accent sur l'équilibre des repas et les restrictions alimentaires peuvent accentuer cette pression (4). Toutefois, en s'offrant un moment plaisant à table, les parents peuvent alléger la pression imposée quant aux choix alimentaires, et miser sur des moments où l'objectif pourra être de manger ensemble, et lentement faire de ces repas des moments plaisants pour tous les membres de la famille. Cette approche favorise le développement de comportements alimentaires sains chez les jeunes tout en contribuant à une relation détendue et plaisante avec la nourriture pour toute la famille (1, 3, 5, 6, 9, 10).



IV. Implications pour la pratique

Cette revue de littérature souligne l'importance des expériences positives autour de la nourriture dans le développement de saines habitudes alimentaires chez les jeunes (1-10, 15, 16). En tant que diététistes-nutritionnistes, nous avons le rôle de sensibiliser les parents, les éducateurs et les professionnels de la santé à l'importance de créer des moments agréables et mémorables en lien avec la nourriture chez les jeunes, tout en tenant compte des besoins et des réalités de divers contextes socioculturels (6-8). Les parents en ont déjà beaucoup sur les épaules; ils ont besoin de ressources pertinentes et d'un soutien adéquat pour intégrer le plaisir alimentaire dans leur quotidien familial. Souvent, les messages de nutrition en santé publique se concentrent sur les aliments à choisir (23), négligeant le «comment» et le contexte du repas. Nous, les diététistes-nutritionnistes, avons un rôle clé à jouer en fournissant des conseils pratiques pour créer des moments positifs autour de la nourriture. Par exemple, promouvoir la pleine conscience lors des repas peut encourager le plaisir en lien avec la nourriture (2, 4, 5). Ensuite, nous devons accompagner les parents dans le développement de leur propre littératie alimentaire afin qu'ils transmettent ces connaissances à leurs enfants, et ainsi, favoriser chez eux l'adoption de saines habitudes alimentaires (11-13).

Cet article fait appel à une approche holistique de la nutrition qui intègre le plaisir de manger, de cuisiner, de se procurer et de découvrir les aliments. Ce plaisir pourrait d'ailleurs être mis à profit dans l'enseignement de compétences en littératie alimentaire (2, 4). Ces connaissances pourraient guider la conception d'interventions et de programmes de promotion de la santé centrés sur le plaisir alimentaire.

En intégrant la notion d'expériences alimentaires positives dans nos initiatives de santé publique, nous encourageons les parents à créer des opportunités pour leurs enfants de développer leur curiosité envers la nourriture. Nous promouvons également des comportements alimentaires sains dans un environnement empreint de plaisir. Cette approche a le potentiel de transformer notre compréhension de la nutrition en reconnaissant que le plaisir alimentaire est une composante cruciale de la santé et du bien-être.

Conclusion

Les souvenirs alimentaires positifs, issus du plaisir alimentaire vécu dans l'enfance et soutenus entre autres par des parents favorisant des expériences positives, établissent les bases d'une relation épanouissante avec la nourriture tout au long de la vie (1-5, 9-13, 15-17). Les jeunes qui ont eu la chance de vivre des moments agréables et mémorables en lien avec la nourriture, tout en étant soutenus par des parents possédant une forte littératie alimentaire, sont plus enclins à adopter des choix alimentaires équilibrés et à entretenir une relation saine avec l'alimentation (1-5, 9-13). Le rôle des parents et des diététistes-nutritionnistes est central afin de soutenir de saines habitudes de vie chez les jeunes (4, 6-10, 12, 13). Notons que l'impact du plaisir de manger sur les habitudes alimentaires reste un nouveau concept qui mérite une exploration plus approfondie, notamment en tenant compte des facteurs socio-économiques et culturels qui pourraient influencer la disponibilité et l'accès à des expériences positives autour de fruits et légumes ou d'aliments culturels traditionnels par exemple.

En reconnaissant le rôle clé des parents et des diététistes-nutritionnistes et en intégrant le plaisir alimentaire dans les approches de recherche et d'intervention en nutrition, nous pouvons ensemble contribuer à créer des bases solides pour une alimentation saine et épanouissante chez les générations futures.

Remerciements

Nous tenons à remercier l'équipe du Musée de la santé Armand-Frappier pour leur collaboration dans cette opportunité de recherche sur la littératie alimentaire et les souvenirs positifs en lien avec la nourriture.

Projet de recherche dans le cadre d'une exposition au Musée de la santé Armand-Frappier

Quel est votre meilleur souvenir lié à la nourriture ?

C'est la question que Maude Perreault, Dt.P., Ph. D., pose aux jeunes et à leurs parents dans son projet de recherche sur la littératie alimentaire dans le cadre d'une exposition au Musée de la santé Armand-Frappier. Ce dernier a lancé en automne 2023 une exposition intitulée «Manger! L'exposition qui nourrit.» Cette exposition, conceptualisée par Bernard Lavallée, diététiste-nutritionniste, s'arrime au concept de la littératie alimentaire. L'exposition décline le thème du bien-être lié à l'alimentation en trois axes: nourrir le corps (bien-être physique), nourrir le plaisir (bien-être mental et social) et nourrir le monde (bien-être environnemental). Non prescriptive, elle invite les jeunes et les

adultes à découvrir, de façon ludique, comment l'alimentation influence le bien-être de tous. Dans le cadre de cette exposition bilingue français et anglais qui accueille majoritairement des familles, les visiteurs sont invités à participer au projet de recherche et à partager leur meilleur souvenir en lien avec l'alimentation. Selon la méthode des incidents critiques positifs, ces données qualitatives seront codifiées et analysées pour en déceler les thèmes liés aux différents domaines de la littératie alimentaire. Ces résultats permettront d'identifier des avenues pour des messages de nutrition en santé publique qui allient plaisir et saine alimentation pour les enfants et les familles. Restez à l'affût des résultats de l'étude sur maudeperreault.com!

Références

1. Ainuki T, Akamatsu R, Hayashi F, Takemi Y. Association of Enjoyable Childhood Mealtimes with Adult Eating Behaviors and Subjective Diet-related Quality of Life. *J Nutr Educ Behav*. 2013 May 1;45(3):274–8.
2. Landry M, Lemieux S, Lapointe A, Bédard A, Bélanger-Gravel A, Bégin C, et al. Is eating pleasure compatible with healthy eating? A qualitative study on Quebecers' perceptions. *Appetite*. 2018 Jun 1;125:537–47.
3. Bédard A, Lamarche PO, Grégoire LM, Trudel-Guy C, Provencher V, Desroches S, et al. Can eating pleasure be a lever for healthy eating? A systematic scoping review of eating pleasure and its links with dietary behaviors and health. *PLOS ONE*. 2020 Dec 21;15(12):e0244292.
4. Marty L, Chambaron S, Nicklaus S, Monnery-Patris S. Learned pleasure from eating: An opportunity to promote healthy eating in children? *Appetite*. 2018 Jan 1;120:265–74.
5. Smith T, Hawks SR. Intuitive Eating, Diet Composition, and The Meaning of Food in Healthy Weight Promotion. *Am J Health Educ*. 2006 May 1;37(3):130–6.
6. Santé Canada. *Guide alimentaire canadien*. 2020 [cité le 29 mai 2023]. Prenez vos repas en bonne compagnie. Disponible sur: <https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/recommandations-en-matiere-dalimentation-saine/prenez-repas-bonne-compagnie/>
7. Santé Canada. *Guide alimentaire canadien*. 2020 [cité le 29 mai 2023]. Savourez vos aliments. Disponible sur: <https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/recommandations-en-matiere-dalimentation-saine/savourez-vos-aliments/>
8. Santé Canada. *Guide alimentaire canadien*. 2020 [cité le 29 mai 2023]. Une saine alimentation pour les parents et les enfants. Disponible sur: <https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/conseils-pour-alimentation-saine/parents-et-enfants/>
9. Hooper CM, Ivory VC, Fougere G. “Dinner’s ready!” A qualitative exploration of the food domain across the lifecourse. *Appetite*. 2015 Sep;92:133–42.
10. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors Influencing Children’s Eating Behaviours. *Nutrients*. 2018 May 31;10(6):706.
11. Huang Y, Wu J. Food pleasure orientation diminishes the “healthy=less tasty” intuition. *Food Qual Prefer*. 2016 Dec 1;54:75–8.
12. Slater J. Food literacy progression: A framework of food literacy development for children and youth from 2-18 years. 2022.
13. Costarelli V, Michou M, Panagiotakos DB, Lionis C. Parental health literacy and nutrition literacy affect child feeding practices: A cross-sectional study. *Nutr Health*. 2022 Mar;28(1):59–68.
14. 100° [Internet]. 2020 [cité le 21 août 2021]. Dossier spécial | La littératie alimentaire: puissant levier de changement social | 100°. Disponible sur: <https://centdegres.ca/ressources/dossier-special-la-litteratie-alimentaire-puissant-levier-de-changement-social>
15. Robinson E, Blissett J, Higgs S. Recall of vegetable eating affects future predicted enjoyment and choice of vegetables in British University undergraduate students. *J Am Diet Assoc*. 2011 Oct;111(10):1543–8.
16. Robinson E, Blissett J, Higgs S. Changing memory of food enjoyment to increase food liking, choice and intake. *Br J Nutr*. 2012 Oct;108(8):1505–10.
17. Lupton D. Food, Memory and Meaning: The Symbolic and Social Nature of Food Events. *Sociol Rev*. 1994 Nov 1;42(4):664–85.
18. Vaqué-Crusellas C, González-Carrasco M, Casas F. The relationship between subjective well-being and food: a qualitative study based on children’s perspectives. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 2023 Dec;18(1):2189218.
19. Kauppinen-Räsänen H, Gummerus J, Lehtola K. Remembered eating experiences described by the self, place, food, context and time. *Br Food J*. 2013 Jan 1;115(5):666–85.
20. Contento IR. Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice. Jones & Bartlett Learning; 2007. 510 p.
21. Batat W, Peter PC, Moscato EM, Castro IA, Chan S, Chugani S, et al. The experiential pleasure of food: A savoring journey to food well-being. *J Bus Res*. 2019 Jul 1;100:392–9.
22. Hsu FC, Scott N. Food experience, place attachment, destination image and the role of food-related personality traits. *J Hosp Tour Manag*. 2020 Sep 1;44:79–87.
23. Santé Canada. *Le guide alimentaire canadien* [Internet]. 2019 [cité le 10 août 2023]. Disponible sur: <https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/>



**Fier assureur des activités
professionnelles des membres
de l'Ordre depuis plus de 20 ans**

**1 800 644-0607
beneva.ca/odnq**



beneva

© Beneva inc. 2024 ^{MD} Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce de Groupe Beneva inc. utilisées sous licence.

Évaluation et suivi de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements de santé du Québec : démarches passées, présentes et futures

MESSAGES CLÉS

- Il n'existe aucun outil standardisé d'évaluation et de suivi de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements de santé du Québec;
- Après le recensement et l'évaluation des outils existants, il a été déterminé qu'un nouvel outil d'évaluation et de suivi de la qualité de l'offre alimentaire en établissement de santé devait être développé pour refléter le contexte québécois;
- Le développement de ce nouvel outil se fera sur une période de 3 ans et en collaboration avec ses utilisateurs potentiels.

Introduction

Depuis 2016, l'Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire (Observatoire), entité membre de l'Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF), a pour mission de « suivre l'évolution de l'offre alimentaire afin de contribuer à l'effort collectif visant à améliorer sa qualité et son accessibilité » au Québec (1). Afin d'orienter ses travaux, l'Observatoire a réalisé un examen de la portée (*scoping review*) dans le but de proposer une définition générale d'une offre alimentaire de qualité (2, 3). Cette définition a ensuite été adaptée pour les milieux institutionnels, plus spécifiquement pour les établissements de santé. Selon cette définition, une offre alimentaire de qualité en milieu institutionnel se caractérise d'abord par **des repas comprenant des aliments de qualité**, c'est-à-dire nutritifs et salubres (4). Ces repas sont également produits, préparés ou transformés de manière **respectueuse des personnes et de l'environnement**. Cette offre alimentaire doit également être acceptable pour les usagers, respectant leurs préférences individuelles et leurs besoins.



Stéphanie Harrison, Dt.P., Ph. D.
Professionnelle de recherche¹



Justine Chouinard, Dt.P.
Candidate à la maîtrise en nutrition^{1,2}



Laure Saulais, Ph. D.
Professeure/Chercheuse^{1,3}



Marie-Ève Labonté, Dt.P., Ph. D.
Professeure/Chercheuse^{1,2}



Mylène Turcotte, Dt.P., M. Sc.
Professionnelle de recherche¹

Jeanne Loignon, M. Sc.
Professionnelle de recherche¹

Pascale Bélanger, Dt.P., M. Sc.
Professionnelle de recherche¹

Laurélie Trude,
Coordonnatrice en chef¹

Anne-Sophie Morisset, Dt.P., Ph. D.
Professeure/Chercheuse^{1,2,4}

Véronique Provencher, Dt.P., Ph. D.
Professeure/Chercheuse^{1,2}

¹ Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire, Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels, Université Laval.

² École de nutrition, Université Laval.

³ Département d'économie agroalimentaire et des sciences de la consommation, Université Laval.

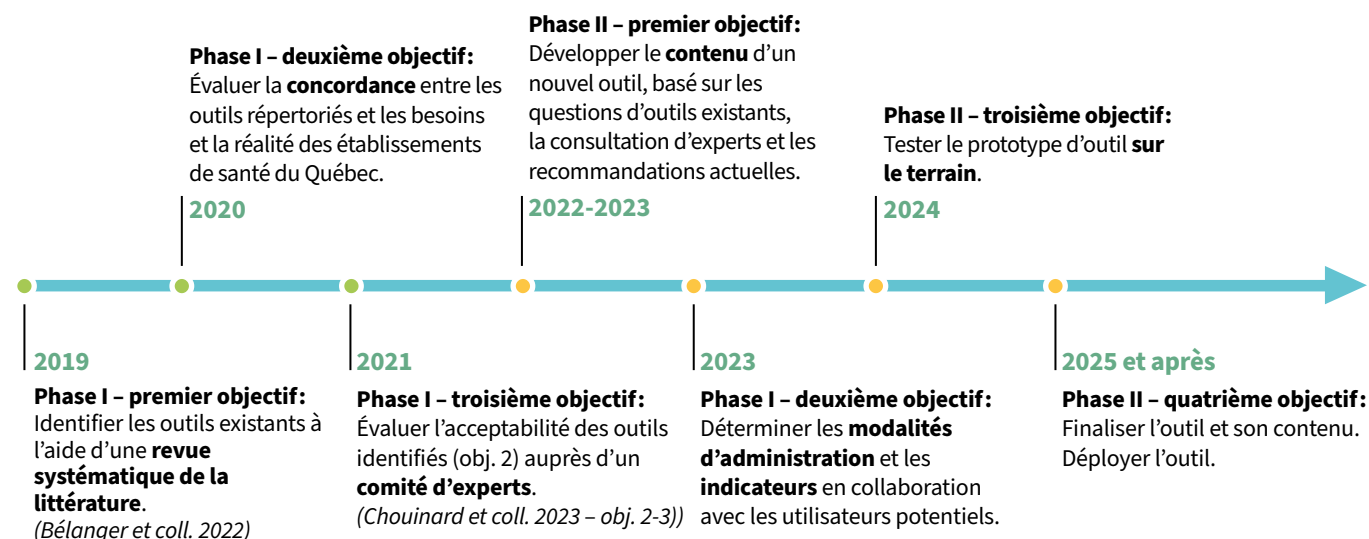
⁴ Centre de recherche du CHU de Québec — Université Laval (CHUL).

Dans les milieux institutionnels du réseau de la santé et des services sociaux, incluant les hôpitaux et les centres d'hébergement et de soins de longue durée, l'atteinte d'une offre alimentaire de qualité est ponctuée de plusieurs défis. Entre autres, les services alimentaires ont des budgets serrés à respecter et ont un souci d'exemplarité quant aux repas servis dans leur milieu de soins. Un autre enjeu important concerne la mesure et l'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire, puisqu'aucune méthode validée et standardisée n'est présentement disponible (4). C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a fait appel à l'Observatoire afin de documenter l'évaluation et le suivi de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements de santé au Québec, en appui à la Politique gouvernementale de prévention en santé.

Dans les milieux institutionnels du réseau de la santé et des services sociaux, incluant les hôpitaux et les centres d'hébergement et de soins de longue durée, l'atteinte d'une offre alimentaire de qualité est ponctuée de plusieurs défis. Entre autres, les services alimentaires ont des budgets serrés à respecter et ont un souci d'exemplarité quant aux repas servis dans leur milieu de soins. Un autre enjeu important concerne la mesure et l'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire, puisqu'aucune méthode validée et standardisée n'est présentement disponible (4). C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a fait appel à l'Observatoire afin de documenter l'évaluation et le suivi de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements de santé au Québec, en appui à la Politique gouvernementale de prévention en santé.

Le projet de recherche **AL**imentation **IN**stitutionnelle (ALINS) a ainsi vu le jour, posant ses ancrages dans les deux derniers Plans d'action interministériels du MSSS (2018-2021 et 2022-2025). L'objectif général du projet est d'identifier une méthode d'évaluation et de suivi de la qualité de l'offre alimentaire en établissements de santé par 1) le recensement et l'évaluation d'outils existants et 2) le développement d'un outil adapté au contexte québécois. Cet article présente un survol des travaux passés (phase I), présents (phase II) et futurs du projet ALINS (**Figure 1**).

Figure 1. Ligne de temps du projet ALINS (phases I et II)



Démarches passées – Les outils existants sont-ils adaptés au contexte québécois?

Pour la première phase du projet, l'idée était de déterminer si un outil qui existait déjà ailleurs (et donc qui avait été préalablement validé pour une population en établissement de soins) pouvait convenir à l'évaluation et au suivi de la qualité de l'offre alimentaire en milieu institutionnel au Québec. Pour ce faire, une recension des écrits au moyen d'une revue systématique de la littérature a d'abord été réalisée par notre équipe de recherche (4). Au terme de celle-ci, un total de 77 outils a été identifié. La recension d'une quantité aussi importante d'outils a permis à notre équipe de constater qu'il existait une variabilité importante entre les outils, que ceux-ci ne mesuraient pas tous les mêmes éléments de la qualité de l'offre alimentaire et qu'il n'existait pas de mesure de référence standardisée adaptée à des contextes variés (étalon-or). Par exemple, la majorité des outils répertoriés évaluait la satisfaction des usagers, quelques-uns évaluaient la qualité nutritionnelle des menus et très peu évaluaient les deux éléments conjointement. De plus, aucun de ces outils n'avait été conçu pour évaluer à la fois l'offre alimentaire dans les établissements de soins de courte et de longue durée.

Puisque les outils identifiés par Bélanger et coll. (4) ont été validés ailleurs qu'au Québec, notre équipe de recherche s'est ensuite intéressée à la concordance entre un (ou plusieurs) de ces outils et les besoins des établissements de santé du Québec. L'évaluation de l'adéquation des outils identifiés s'est faite en deux temps. Premièrement, une présélection parmi l'échantillon d'outils existants a été réalisée en se basant sur des critères préétablis selon la littérature scientifique, la définition d'une offre alimentaire de qualité de l'Observatoire, ainsi qu'une consultation auprès de diététistes-nutritionnistes œuvrant dans un service alimentaire. Le but de cette étape était de sélectionner les outils qui étaient davantage pertinents en contexte québécois (5). Deuxièmement, l'acceptabilité de ces outils a été évaluée en consultant des utilisateurs potentiels provenant du milieu institutionnel et des partenaires gouvernementaux par l'entremise de groupes de discussion (5). Au terme de ces discussions, des analyses qualitatives ont permis de conclure qu'aucun des outils présentés ne répondait réellement aux besoins des utilisateurs potentiels consultés; il semblait évident qu'un nouvel outil propre à la réalité québécoise devait être développé (5).

C'est ainsi que la phase II du projet ALINS est née.



Démarches présentes — Concevoir un outil d'évaluation à l'image des établissements de santé du Québec

L'objectif de la deuxième phase du projet ALINS est donc de développer un outil d'évaluation et de suivi de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements de santé du Québec, afin de répondre au besoin identifié à l'issue de la première phase du projet (4, 5). Une fois déployé, ce nouvel outil sera utilisé dans tous les établissements de santé de la province. Il permettra donc une évaluation et un suivi harmonisés de la qualité de l'offre alimentaire dans ces milieux, un point clé de l'amélioration continue visée par les services alimentaires, mais également par les parties prenantes en santé publique au Québec.

Ce nouvel outil a pour objectif premier d'évaluer la qualité de l'offre alimentaire dans sa globalité, par la mesure à la fois de la qualité objective des menus servis aux usagers (p. ex. : qualité nutritionnelle, durabilité), mais également de la qualité de l'offre telle que perçue par les usagers (c.-à-d. satisfaction des usagers par rapport aux repas). L'outil a donc été développé en deux volets, soit un volet « caractéristiques du milieu et des menus servis » et un volet « satisfaction des usagers ». Le premier volet est applicable à tous les types d'installations (courte et longue durée), alors que le deuxième présente une version pour établissement de soins de courte durée et une version pour établissement de soins de longue durée.

La première étape réalisée par notre équipe dans le développement de l'outil a été d'établir son contenu, c'est-à-dire les composantes de la qualité jugées pertinentes pour les établissements et les questions permettant de les mesurer. Cette première étape s'est appuyée sur les travaux de la phase I du projet et sur des rencontres avec des chefs et cheffes de services alimentaires qui nous ont permis de prioriser les éléments considérés essentiels dans l'évaluation de la satisfaction des usagers. De manière plus détaillée, dans le cadre du développement du contenu de l'outil, l'équipe de recherche a dû passer en revue les questions d'outils existants (plus d'une centaine) de manière à choisir les plus pertinentes à l'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire. La pertinence des questions potentielles a été déterminée selon leur correspondance aux recommandations actuellement en vigueur, entre autres.

Après la sélection initiale des questions jugées pertinentes, la plupart ont été traduites et/ou clarifiées, afin de favoriser la compréhension des futurs utilisateurs et de mieux refléter la réalité des établissements québécois. Par exemple, certaines questions

spécifiques au contexte québécois ont été créées, notamment une question concernant l'utilisation d'un menu harmonisé entre plusieurs établissements. De plus, il a été statué que la durabilité des menus servis, une préoccupation de plus en plus présente dans les établissements de santé, était essentielle à inclure dans l'outil en développement. Puisque cet enjeu était peu présent dans les outils existants, cette portion du questionnaire a été entièrement développée par notre équipe de recherche. La durabilité des menus servis telle qu'évaluée par l'outil comporte, entre autres, la mesure de la provenance des aliments, du gaspillage alimentaire et de l'utilisation de protéines d'origine végétale.

À la suite du développement du contenu de l'outil, ce dernier a été validé en partenariat avec les utilisateurs potentiels au printemps et à l'été 2023. Pour ce faire, nous avons fait appel à un groupe d'une vingtaine d'utilisateurs potentiels, incluant des représentants de partenaires gouvernementaux (p. ex. : MSSS, INSPQ) et de milieux institutionnels à travers la province. La consultation d'utilisateurs potentiels au fil des étapes du développement s'inscrit dans l'esprit d'une démarche participative destinée à favoriser la création d'un outil qui répondra aux besoins et attentes des établissements de santé du Québec.

La validation du contenu de l'outil a donc été réalisée par la consultation d'utilisateurs potentiels à l'aide de la méthode DELPHI [6], une méthode de consultation permettant de recueillir les commentaires et opinions d'experts sur un sujet donné par un processus d'itérations. Le fonctionnement par itération a permis de récolter les commentaires initiaux sur le contenu de l'outil et de les appliquer, à la suite de quoi une nouvelle version de l'outil reflétant leurs commentaires a pu être proposée aux personnes impliquées afin d'obtenir une dernière rétroaction de leur part. Cette méthode a ainsi permis de s'assurer que le contenu final corresponde à la réalité et aux besoins des milieux. Parmi les éléments évalués dans le contenu final de l'outil se trouvent d'une part, pour le volet « caractéristiques du milieu et des menus servis », les balises nutritionnelles en place dans le milieu, la présence de légumes, de fruits et de grains entiers dans l'offre alimentaire aux usagers, le pourcentage des achats de provenance locale et les enjeux auxquels le service alimentaire fait face. D'autre part, pour le volet « satisfaction des usagers », se trouvent des questions sur l'appréciation des usagers quant au goût et à la texture des aliments, au service et à la variété des repas, entre autres.

Démarches futures — Finaliser l'outil et le tester sur le terrain

Une fois la mise à jour du contenu selon les rétroactions reçues des utilisateurs potentiels terminée, les critères permettant de qualifier le niveau de qualité de l'offre alimentaire seront déterminés. Ces critères sont en fait des balises de satisfaction au-dessus ou en dessous desquelles une des composantes de l'outil sera jugée satisfaisante ou non. Ceux-ci seront établis en collaboration avec des utilisateurs potentiels, soit des personnes responsables d'un service alimentaire, des partenaires ministériels et des techniciens et techniciennes en diététique afin que les critères répondent aux besoins et aux attentes des milieux de pratique et du ministère. Enfin, le mode d'administration du questionnaire — par exemple son format ou la fréquence de suivi souhaitée — sera également déterminé en collaboration avec les utilisateurs potentiels. En fait, ces éléments peuvent difficilement être déterminés en se basant uniquement sur la science, étant grandement influencés par la réalité terrain ainsi que les besoins des partenaires gouvernementaux du projet. Des informations plus détaillées par rapport aux démarches en cours et à venir, comme le contenu intégral de l'outil et la méthode d'évaluation proposée, seront publiées dans une revue scientifique révisée par les pairs lorsque ces étapes du projet seront complétées.

Au moment d'écrire ces lignes, nous sommes en préparation du déploiement du prototype d'outil dans quelques installations du réseau de la Santé et des Services sociaux afin d'évaluer la faisabilité d'implantation et la capacité de l'outil à évaluer la qualité de l'offre alimentaire. Comme l'outil final sera déployé de manière standardisée dans la province, les installations ciblées ont été choisies pour leur diversité de localisation (milieux urbains et ruraux) et de méthodes de production et de distribution des aliments/repas.

La phase de tests du prototype sur le terrain sera cruciale dans le développement de l'outil, puisqu'elle permettra de concilier les évidences scientifiques et la pratique et de faire les ajustements nécessaires à l'applicabilité de l'outil dans les milieux et à sa pérennisation. Ainsi, la phase II du projet ALINS se terminera en 2025, avec un outil dont le contenu aura été validé et testé sur le terrain.



Conclusion

L'outil développé dans le cadre du projet ALINS aura des retombées attendues à moyen ou long terme. D'abord, le déploiement de l'outil dans les milieux permettra d'établir un portrait global de l'offre alimentaire non seulement dans chaque milieu, mais également à l'échelle provinciale. Une fois le portrait obtenu, il est anticipé que la mesure standardisée et fréquente de la qualité de l'offre alimentaire dans sa globalité permettra aux établissements et installations du réseau de la Santé et des Services sociaux d'identifier des opportunités d'amélioration continue de la satisfaction des usagers par rapport aux repas qui leur sont servis qui tiennent compte de leur réalité et des enjeux auxquels ils peuvent faire face. Dans une suite logique, si l'utilisateur est davantage satisfait de la nourriture qui lui est servie, une augmentation de la prise alimentaire et une amélioration concomitante des apports nutritionnels pourraient être observés. Dans un même ordre d'idée, une diminution du gaspillage alimentaire généré dans les établissements de santé de la province est attendue à plus long terme. Avec l'engouement ressenti pour le projet ALINS dans la communauté de personnes œuvrant en alimentation institutionnelle et en santé publique, nous avons confiance que ces grandes retombées se concrétiseront, au bénéfice de la santé et du bien-être des usagers des établissements de santé du réseau.

Références

1. Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire. *À propos*. 2020 [18 Sept 2023]; Disponible sur: <https://offrealimentaire.ca/a-propos#:~:text=L%27Observatoire%20de%20la%20qualité,qualité%20de%20l%27offre%20alimentaire>.
2. Loignon, J., *Les critères de la qualité de l'offre alimentaire: un examen de la portée*. 2018, Université Laval.
3. Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire. *Définition — Qualité de l'offre alimentaire*. 2019 [cité le 22 novembre 2021]; Disponible sur: <https://offrealimentaire.ca/wp-content/uploads/Definition-Observatoire-19-6.pdf>.
4. Bélanger, P., et al., *Tools assessing the quality of the food supplied in short- and long-term healthcare facilities in developed countries: A systematic review*. Measurement: Food, 2022: p. 100070.
5. Chouinard, J., et al., *Vers une stratégie d'évaluation de la qualité de l'offre alimentaire dans les établissements de santé du Québec: sélection d'outils existants et retours d'utilisateurs potentiels*. Cahiers de Nutrition et de Diététique, 2023.
6. Observatoire Régionale de santé et des Affaires Sociales de Lorraine, *Méthode DELPHI — Dossier documentaire*. 2009: France.

NUTRIUM

Vous avez manqué une journée de formation continue NutriUM?
Visionnez les **conférences à la pièce!**



Utilisez le code CALP20 pour 20% de rabais sur les conférences à la pièce*

*À utiliser dans le panier d'achats sur fcnutrium.umontreal.ca jusqu'au 1^{er} octobre 2024.



Obtenez des heures de formation continue (HFC) en visionnant les conférences à la pièce en ligne, à petit prix et quand vous le souhaitez!

Département de nutrition
Faculté de médecine

Université de Montréal
et du monde.

En plus d'être offerte à toutes
nos membres, la revue

Nutrition

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

est aussi disponible au public.

Elle est publiée sur le site de l'Ordre et elle est distribuée à plus de 3 500 membres, aux autres ordres, à des cabinets privés et à travers le réseau de la santé. Une occasion de visibilité auprès des diététistes-nutritionnistes, du personnel professionnel de la santé et du grand public.

Saison	Date de remise du matériel publicitaire	Date de parution
Hiver 2025	Novembre 2024	Janvier 2025
Printemps 2025	Mars 2025	Mai 2025
Automne 2025	Août 2025	Septembre 2025

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

**Vous souhaitez publier une annonce
dans un prochain numéro ?**

Contactez notre représentant commercial Martin Laverdure :
martin@laverdure-marketing.com ou au **514 239-3629**.



Ordre des diététistes
nutritionnistes
du Québec

Guide de réplétion en néphrologie

REGROUPEMENT DES NUTRITIONNISTES
EN NÉPHROLOGIE DU QUÉBEC (RNNQ)



Roxanne Papineau, Dt.P
Nutritionniste en néphrologie à l'IUCPQ

NUTRIMENT: **CALCIUM**

Liste des sigles et acronymes

ANR	apports nutritionnels de référence	IRC	insuffisance rénale chronique
CKD-MBD	Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder	KDOQI	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (National Kidney Foundation)
DFGe	débit de filtration glomérulaire	KDIGO	Kidney Disease Improving Global Outcomes
DP	dialyse péritonéale	MCV	maladie cardio-vasculaire
DPA	dialyse péritonéale automatisée	OMS	Organisation mondiale de la santé
DPCA	dialyse péritonéale continue ambulatoire	PTH	parathormone
DSQ	dossier santé Québec	RNNQ	Regroupement des nutritionnistes en néphrologie du Québec
HD	hémodialyse		
IPP	inhibiteur de la pompe à protons		

Introduction

L'insuffisance rénale, en perturbant l'équilibre des minéraux dans l'organisme, impose une réévaluation de la gestion du calcium. Ce minéral vital, jouant un rôle crucial dans la santé osseuse et la fonction musculaire, requiert une attention particulière dans ce contexte, car son métabolisme est étroitement lié à la fonction rénale. Les personnes atteintes d'insuffisance rénale doivent donc naviguer entre les besoins essentiels en calcium et les risques liés à son accumulation, ce qui soulève des défis uniques en termes d'alimentation et de supplémentation. Revue et synthèse des lignes directrices disponibles.



Lignes directrices

Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, National Kidney Foundation 2020) (1)

6.2 Énoncés sur le calcium

Apport total en calcium

- 6.2.1 Chez les adultes atteints d'IRC stade 3-4 ne prenant pas **d'analogues actifs de la vitamine D**, nous suggérons un apport total en calcium élémentaire de 800 à 1000 mg/j (y compris le calcium alimentaire, la supplémentation en calcium et les chélateurs à base de calcium) pour maintenir un équilibre calcique neutre (2B).
- 6.2.2 Chez les adultes atteints d'IRC stade 5 et dialysés, il est raisonnable d'ajuster l'apport en calcium (calcium alimentaire, suppléments de calcium ou chélateurs à base de calcium) en tenant compte de l'utilisation simultanée d'analogues de la vitamine D et de **calcimimétiques** afin d'éviter l'hypercalcémie ou la surcharge en calcium (OPINION).

Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD Update Work Group 2017) (2)

- 4.1.2 Chez les patients atteints d'IRC stade 3a-5 et dialysés, nous suggérons de maintenir le calcium sérique dans la plage normale (2D). Une hypocalcémie légère et asymptomatique peut être tolérée afin d'éviter une charge calcique inappropriée chez les adultes.
- 4.1.3 Chez les patients adultes atteints d'IRC stade 3a-5 et dialysés, nous suggérons d'éviter l'hypercalcémie (2C).
- 4.1.4 Chez les patients dialysés, nous suggérons d'utiliser une concentration de calcium dans le dialysat entre 1,25 et 1,50 mmol/L (2,5 et 3,0 mEq/L) [2C].
- 4.1.6 Chez les patients adultes atteints de d'IRC stade 3a-5 et dialysés recevant un traitement de réduction du phosphate, nous suggérons de limiter la dose de chélateurs de phosphate à base de calcium (2B).

Identification des besoins

Besoins de la population en général vs IRC avec ou sans suppléance

- OMS, population en santé : 1000-1200 mg/jour
- Apports nutritionnels de référence (ANR, Canada)

- H 19-70 ans et F 19-50 ans : 1 000 mg;
- H > 70 ans et F > 50 ans : 1 200 mg;

- IRC stade 3-4 : 800-1 000mg (incluant suppléments);
- Dans les KDOQI 2020 et KDIGO (CKD-MBD) 2009 et 2017, il n'y a pas de recommandations spécifiques concernant l'apport en calcium pour les patients recevant une dialyse ou une greffe rénale. (Manque de données)

Rôle du calcium

En plus de son rôle dans le maintien de la santé osseuse, le calcium joue un rôle essentiel dans la transmission de l'influx nerveux, la contraction musculaire, la coagulation sanguine, la sécrétion hormonale et l'adhérence intercellulaire.

Emplacement des réserves corporelles

Environ 99 % du calcium corporel total se trouve dans le squelette et le reste se trouve dans les espaces extracellulaires et intracellulaires.

Élimination

L'équilibre calcique est étroitement régulé par l'action concertée de l'absorption du calcium dans l'intestin, de la réabsorption dans le rein et de l'échange des os, qui sont tous sous le contrôle des hormones calcitropes déclenchées par la demande de calcium.

Valeurs cibles des laboratoires

- Le calcium sérique fait référence à la quantité totale de calcium présente dans le sang. Il comprend trois formes différentes de calcium :
 - Le calcium lié aux protéines, principalement à l'albumine, qui représente environ 40 à 45 % du calcium sérique;
 - Le calcium lié à de petites molécules anioniques (bicarbonate, lactate, citrate, etc.), comptant pour environ 5 à 10 %;
 - Le calcium ionisé, qui est la forme libre et biologiquement active, représentant environ 45 à 50 % du total;
- Une mesure du calcium sérique donne une valeur globale qui n'isole pas la quantité de calcium ionisé. Les variations de protéines sériques, notamment de l'albumine, peuvent influencer les niveaux de calcium sérique total sans nécessairement indiquer une modification de la quantité de calcium disponible pour les fonctions cellulaires;
 - Les valeurs normales pour le calcium sérique total sont de 2,15-2,55 mmol/L (variable selon les laboratoires);
 - En présence d'une hypoalbuminémie importante, il est possible de calculer le calcium corrigé :
 - Calcium corrigé pour l'albumine : $[(40 - \text{alb} \times 0,02)] + \text{Ca total}$;
 - Le calcium corrigé tend à être remplacé par le calcium ionisé en cas de valeurs anormales de calcium et/ou albumine, car il est un indicateur plus précis de l'état calcique physiologiquement actif;
 - Valeurs normales du Ca ionisé : 1,17 – 1,30 mmol / L (variable selon les laboratoires);
 - Il n'y a pas de consensus actuellement quant à l'utilisation du Ca ionisé corrigé pour le pH ou non (variable selon les centres).



Identification des clientèles

Clientèles à risque de carence

- Consommation insuffisante de calcium alimentaire (absence de produits laitiers ou substituts végétaux enrichis, allergie ou intolérance aux produits laitiers, végétalisme ou végétarisme);
- Diminution de l'absorption intestinale:
 - Malabsorption causée par une maladie digestive ou une chirurgie de résection intestinale;
 - Chirurgie bariatrique avec malabsorption
 - Déficience en vitamine D;
 - Diminution de l'activation de la vitamine D (IRC);
 - Diminution de l'absorption liée au vieillissement;
 - Prise à long terme d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) qui réduit l'absorption du calcium en diminuant l'acidité gastrique.
- Parathyroïdectomie: après l'ablation d'une ou de plusieurs glandes parathyroïdes, les niveaux de calcium dans le sang peuvent chuter rapidement parce que le corps perd soudainement sa principale méthode de régulation des niveaux de calcium sanguin.

Risques en lien avec la carence

- Ostéoporose et fractures: une carence chronique en calcium peut entraîner une diminution de la densité osseuse (ostéopénie) et, ultérieurement, l'ostéoporose;
- L'hyperparathyroïdie secondaire au manque de calcium permet de maintenir le taux sérique normal jusqu'à des stades avancés d'IRC, mais a un impact délétère sur la résorption osseuse;
- Selon une méta-analyse récente, des apports de moins de 750 mg par jour seraient associés à un risque accru de développer un diabète de type 2 (3).

Clientèles à risque de surcharge

- Risque de surcharge en lien avec la prise de suppléments de calcium et/ou une prise excessive de suppléments de vitamine D et analogues;
- Hyperparathyroïdie primaire: généralement causée par un adénome parathyroïdien, elle entraîne une production excessive de parathormone (PTH) par les glandes parathyroïdes, augmentant ainsi les niveaux de calcium sanguin en mobilisant le calcium des os, en augmentant l'absorption du calcium dans l'intestin et en réduisant l'excrétion de calcium par les reins;
- Patients avec sarcoïdose ou d'autres maladies granulomateuses: ces conditions peuvent provoquer une production excessive de la forme active de la vitamine D par les granulomes inflammatoires, augmentant l'absorption du calcium dans l'intestin;
- Chez les patients en dialyse, l'équilibre calcique est plus complexe. En plus de la charge calcique alimentaire et de l'utilisation d'analogues de vitamine D, la concentration de calcium dans le dialysat et le mode de dialyse déterminent également l'équilibre de la charge calcique. Plusieurs études ont montré une charge calcique élevée chez les patients en hémodialyse (HD) (4, 5);
- Dans la transplantation rénale, l'équilibre en calcium est encore plus complexe et dépend de plusieurs facteurs, tels que la fonction rénale post-greffe, la persistance de l'hyperparathyroïdie, les désordres osseux antérieurs à la greffe et la thérapie immunosuppressive (corticostéroïdes);
- Les cancers, en particulier ceux du poumon, du sein, et les myélomes multiples, peuvent provoquer une hypercalcémie par la sécrétion de protéines qui augmentent les niveaux de calcium dans le sang ou par métastase osseuse, qui libère du calcium des os dans la circulation sanguine.

Risques en lien avec l'accumulation

- Un excès de calcium extracellulaire favorise les calcifications vasculaires et extra osseuses contribuant à l'augmentation du risque de MCV et de la mortalité en IRC et en dialyse;
- La calcification extensive des tissus mous, très répandue chez les patients en hémodialyse, suggère que les sites extra osseux semblent être le réservoir de ce calcium;
- Une charge calcique élevée en dialyse augmente le risque de **calciphylaxie**, celle-ci étant associée à un taux de mortalité élevé;
- Les suppléments de calcium doivent être évités/cessés si le calcium sérique corrigé est supérieur à 2,55 mmol/L, si des calcifications artérielles ou valvulaires ont été objectivées, s'il y a présence d'os adynamique et/ou d'une PTH basse persistante.



Signes cliniques

Signes cliniques ou conséquences d'une hypocalcémie (6)

- Manifestations neurologiques fréquentes; crampes ou spasmes musculaires (souvent dos et jambes), paresthésies diffuses. L'hypocalcémie sévère peut causer un état de tétanie, un laryngospasme ou des crises d'épilepsie généralisées;
- À long terme, des troubles neurologiques plus importants peuvent apparaître (confusion, perte de mémoire, psychose, dépression);
- Autres manifestations d'une hypocalcémie chronique; peau sèche / squameuse, ongles cassants, cheveux ternes, cataractes.

Signes cliniques ou conséquences d'une hypercalcémie (7)

- Hypercalcémie modérée souvent asymptomatique;
- Manifestations possibles: constipation, faiblesse musculaire, anorexie, nausées, vomissements, douleur abdominale, iléus, polyurie, nycturie, polydipsie;
- Hypercalcémie sévère ($> 3,00$ mmol/L) peut causer confusion, labilité émotionnelle, psychose, coma, trouble du rythme cardiaque (raccourcissement de l'intervalle QT).

Fiabilité des laboratoire

- En IRC, le niveau de calcium sérique ne reflète pas l'équilibre global du calcium (équilibre calcique) du corps et n'est pas représentatif des apports, sauf à des valeurs extrêmes;
- Le maintien du niveau de calcium sérique dans la gamme normale en IRC dépend de plusieurs facteurs, tels que le remodelage osseux, les hormones qui régulent le métabolisme phosphocalcique, le degré de fonction de rein, l'utilisation des analogues de la vitamine D, la concentration de calcium de dialysat et l'apport en calcium, particulièrement des suppléments. Une analyse médicale et nutritionnelle approfondie peut fournir un aperçu de l'adéquation de la prise de calcium.



Pertes possibles dans l'urine ou dans le dialysat

- Lorsque la fonction rénale est normale, outre les anomalies génétiques dans l'excrétion urinaire du calcium, la calciurie peut être significativement augmentée en lien avec un apport élevé en sodium, un apport élevé en protéines ou une prise excessive de suppléments de vitamine D ou de calcium. Le risque de lithiase rénale est élevé en présence d'hypercalciurie;
- En IRC, la calciurie diminue progressivement avec la baisse du DFG en lien avec la réduction du calcium filtré par le glomérule. L'hypocalciurie est souvent associée à une prévalence plus élevée de faibles taux de 1,25dihydroxyvitamine D sérique en IRC (8);
- En IRC avancée, le calcium urinaire est souvent indétectable. Cette diminution marquée de l'excrétion urinaire de calcium est en partie responsable de la charge calcique positive observée en IRC;
- En HD, les pertes dans le dialysat sont proportionnelles à la durée totale des traitements et dépendent de la concentration du bain de dialyse :
 - Dans la littérature, les pertes varient de 76 ± 180 mg (9) à 174 ± 116 mg (10) par traitement de 4 h avec un bain de calcium $1,25$ mmol/L;
- En dialyse péritonéale (DP), la perte est estimée à 67 ± 58 mg en dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) alors qu'elle est négligeable en dialyse péritonéale automatisée (DPA) (11, 12).

Interaction du supplément avec les médicaments, les autres suppléments et les aliments

- **Prendre en mangeant si utilisé comme chélateur de phosphore ou d'oxalate;**
- Séparer de la prise des suppléments Fe / Mg / Zn;
- Si carence fer, éviter Ca aux repas (prendre citrate entre les repas);
- Si statut Zn ou Mg compromis, prendre Ca 2 h avant ou après repas;
- Séparer la prise du calcium et du synthroid de 4 h;
- Les thiazides diminuent l'excrétion du Ca ce qui augmente le risque d'hyperCa;
- Les biphosphonates doivent être pris 30 min avant un supplément de calcium.

Dosages

Réplétion pour la population en général

- Combler l'ANR (1 000 – 1 200 mg) via l'alimentation et les suppléments. Fractionner les apports en calcium dans la journée pour une meilleure absorption (max. 500 mg à la fois);
- Dans le cas d'une corticothérapie à long terme (13, 14):
 - Les adultes prenant de la prednisone à une dose de $\geq 2,5$ mg/jour pendant ≥ 3 mois) doivent optimiser l'apport en calcium (1000 à 1 200 mg/jour) [viser l'ANR] et prendre un supplément au besoin;
 - Recommandation CONDITIONNELLE en raison de preuves de faible qualité sur l'impact du calcium et de la vitamine D sur les fractures chez les utilisateurs de glucocorticoïdes, et de preuves indirectes sur les avantages du calcium et de la vitamine D sur le risque de fracture dans la population en général.

Réplétion pour la population avec IRC (stade 3 à 5)

- Dans le cas d'une hypocalcémie, avant d'envisager un supplément de calcium, vérifier d'abord le statut en vitamine D et répéter au besoin;
- Avant de supplémenter, évaluer l'apport alimentaire incluant toutes les sources de calcium;
- Vérifier au DSQ s'il y a présence de calcifications vasculaires aux imageries;
- Si l'on supplémente, respecter un maximum de 500 mg par jour, car l'alimentation de base en fournit généralement au moins 300 mg (max. 800-1 000 mg par jour);
- Des doses plus élevées peuvent être nécessaires dans certains cas (chirurgie bariatrique « malabsorptive » avec hyperoxalurie, ostéoporose avec prise d'inhibiteur du ligand du Rank [denosumab]).

Réplétion pour la population en HD hospitalière

- **KDIGO 2017 4.1.4:** Chez les patients dialysés, nous suggérons d'utiliser une concentration de calcium dans le dialysat entre 1,25 et 1,50 mmol/L (2,5 et 3,0 mEq/l) [2C];
 - L'hypocalcémie et l'hypercalcémie peuvent être traitées par l'ajustement du bain de dialyse;
 - **L'ajustement de la concentration du bain de dialyse n'est habituellement pas géré par la ou le nutritionniste;**
- Chez les patients qui ont plus de 24 h de traitement en HD par semaine, l'efficacité plus élevée de la dialyse limite le risque d'hypercalcémie, mais peut nécessiter l'ajout de suppléments de calcium pour éviter un bilan calcique négatif.

Réplétion pour la population en DP

Des solutions à basse (1,25 mmol/L) et haute (1,62 mmol/L) concentration en calcium pour les solutions de dextrose 1,5% – 2,5% et 4,25% sont disponibles (15).

Évaluation de l'efficacité de la réplétion (contrôle / suivi)

KDIGO 2017

IRC STADE 1-3B

Le calcium sérique doit être mesuré tous les **6 à 12 mois**;

IRC STADE 4

Le calcium sérique doit être mesuré tous les **3 à 6 mois**;

IRC STADE 5 ET DIALYSE

Le calcium sérique doit être mesuré tous les **1 à 3 mois**.

Effets secondaires possibles de la supplémentation

- Constipation, gaz, douleurs abdominales, ballonnements:
 - Plus fréquent avec carbonate que citrate;
 - Pour aider, tenter citrate, à commencer avec la plus petite quantité, à prendre en mangeant et à augmenter graduellement.

Prescription de calcium comme chélateur

- La ou le nutritionniste peut prescrire le calcium comme chélateur de phosphore ou d'oxalate sans qu'il y ait une déficience en calcium;
- La quantité de calcium prescrit comme chélateur de phosphore doit respecter les apports maximums recommandés en IRC (800-1 000 mg incluant l'alimentation);
- Prescrire le calcium au repas le plus riche en phosphore.



Formules remboursées par la RAMQ

- Plusieurs dosages et combinaisons de calcium **avec ou sans vitamine D** sont couverts (cf. liste RAMQ)
- **Si prescrit avec la vitamine D**, il est important de modifier le supplément au besoin si on modifie la prescription de calcium;
- Prescrire les formules liquides, en mousse ou en poudre pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés OU si le patient trouve les comprimés trop gros, etc. (médicament d'exception, VA 138);
- CALCIUM (carbonate de). Mousse orale**
 - pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.
- CALCIUM (citrate de). Sol. Oral et Pd. Oral**
 - pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.
- Calcium (citrate de) / Vitamine D, Sol. Oral et Pd. Oral**
 - pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.
- Calcium (gluconate de) / Calcium (lactate de)**
 - pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.
- Calcium (gluconate de) / Calcium (lactate de) / Vitamine D:**
 - pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.

• CARBONATE VS CITRATE DE CALCIUM

- Le carbonate de calcium doit être pris en mangeant, car nécessite l'acidité gastrique pour l'absorption;
- Le citrate peut être pris à jeun, car ne nécessite pas l'acidité gastrique;
- Privilégier citrate entre les repas pour corriger une hypocalcémie (éviter un effet chélateur avec le fer, le phosphore, l'oxalate);
- Citrate de calcium à privilégier aussi en cas de prise IPP, de chirurgie bariatrique, de lithiases, de malabsorption;
- Le citrate de calcium sans vitamine D est disponible actuellement seulement sous forme liquide.



Glossaire

Analogue de la vitamine D

Les analogues de la vitamine D sont des formes synthétiques de la vitamine D active. En administrant des analogues de la vitamine D, on augmente l'absorption du calcium dans l'intestin, améliorant ainsi les niveaux de calcium sanguin et aidant à prévenir ou à traiter l'ostéoporose. Ces médicaments [ex. : Calcitriol (Rocaltrol®), Alfacalcidol (One-Alpha®)] peuvent également aider à réduire les niveaux de parathormone (PTH), qui peut devenir élevée en réponse à des niveaux de calcium sanguin faibles.

Calcimimétiques

Les calcimimétiques agissent en modifiant la sensibilité des glandes parathyroïdiennes au calcium sanguin. Ces médicaments [ex. : Cinacalcet (Sensipar®)] se lient aux récepteurs sensibles au calcium sur les glandes parathyroïdes, leur faisant croire que les niveaux de calcium sanguin sont plus élevés qu'ils ne le sont réellement. Cela réduit la production de PTH et aide à protéger la santé osseuse et à prévenir les complications liées à des niveaux élevés de PTH.

Calciotrope

Le terme « calciotrope » fait référence à tout agent ou mécanisme qui influence le métabolisme du calcium dans l'organisme. Ce concept englobe les hormones, les médicaments, et d'autres substances ou processus qui régulent la concentration de calcium dans le sang et les tissus, notamment en affectant son absorption, sa distribution, son stockage, et son excrétion.

Calciphylaxie

La calciphylaxie est une affection rare et grave caractérisée par la calcification des vaisseaux sanguins et la formation de thromboses, ce qui entraîne une ischémie tissulaire et des ulcérations cutanées. Elle est principalement observée chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique, en particulier ceux sous dialyse.

Références

1. KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update| Volume 76, Issue 3, Supplement 1, S1-S107, September 2020
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group. KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney Int Suppl.* 2017 Jul;7(1):1-59.
3. Hajhashemy, Z., Rouhani, P. & Saneei, P. Dietary calcium intake in relation to type-2 diabetes and hyperglycemia in adults: A systematic review and dose-response meta-analysis of epidemiologic studies. *Sci Rep* 2022;12, 1050.
4. Bushinsky DA. Contribution of intestine, bone, kidney, and dialysis to extracellular fluid calcium content. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010;5(suppl 1):S12-S22.
5. Gotch F, Levin NW, Kotanko P. Calcium balance in dialysis is best managed by adjusting dialysate calcium guided by kinetic modeling of the interrelationship between calcium intake, dose of vitamin D analogues and the dialysate calcium concentration. *Blood Purif.* 2010;29(2):163-176.
6. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-endocriniens-et-m%C3%A9taboliques/troubles-%C3%A9lectrolytiques/hypocalc%C3%A9mie?query=hypocalc%C3%A9mie>
7. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-endocriniens-et-m%C3%A9taboliques/troubles-%C3%A9lectrolytiques/hypocalc%C3%A9mie?query=hypocalc%C3%A9mie>
8. Cirillo M, Bilancio G, Cavallo P, et al. Reduced Kidney Function and Relative Hypocalcemia-Observational, Cross-Sectional, Population-Based Data. *J Clin Med.* 2020 Dec 21;9(12):4133.
9. Debowska M, Dai L, Wojcik-Zaluska A, et al. Association between Biomarkers of Mineral and Bone Metabolism and Removal of Calcium and Phosphate in Hemodialysis. *Blood Purif* 28 February 2020; 49 (1-2): 71-78
10. Waniewski J, Debowska M, Wojcik-Zaluska A, et al. Quantification of Dialytic Removal and Extracellular Calcium Mass Balance during a Weekly Cycle of Hemodialysis. *PLoS One.* 2016 Apr 13;11(4):e0153285.
11. Hamada C, Tomino Y. (2013) Transperitoneal calcium balance in anuric continuous ambulatory peritoneal dialysis and automated peritoneal dialysis patients. *Int J Nephrol*; 2013:863791.
12. Davenport A. (2023) Calcium balance in peritoneal dialysis patients treated by continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) and automated peritoneal dialysis (APD) cyclers. *J Nephrol*;36(7):1867-1876.
13. Buckley L, Guyatt G, Fink HA, et al. 2017 American College of Rheumatology Guideline for the Prevention and Treatment of Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. *Arthritis Rheumatol.* 2017 Aug;69(8):1521-1537.
14. Messina OD, Vidal M, Torres JAM, et al. Evidence based Latin American Guidelines of clinical practice on prevention, diagnosis, management and treatment of glucocorticoid induced osteoporosis. A 2022 update: This manuscript has been produced under the auspices of the Committee of National Societies (CNS) and the Committee of Scientific Advisors (CSA) of the International Osteoporosis Foundation (IOF). *Aging Clin Exp Res.* 2022 Nov;34(11):2591-2602.
15. BC renal agency. Calcium Management for Patients Receiving Extended Duration Hemodialysis. Created November 2017; Updated March 2018.



Utilisation clinique de la nutriginomique et de ses tests

Les tests de nutriginomique permettent de mieux comprendre la variabilité interindividuelle observée dans la réponse à l'alimentation. Ces tests fournissent de l'information, entre autres, sur le métabolisme des nutriments, les risques d'intolérances alimentaires et les facteurs de risque de maladies chroniques, et permettent donc de fournir des recommandations nutritionnelles basées sur les informations génétiques d'un individu.

Actuellement, l'absence de lignes directrices en matière de nutriginomique, le manque de formation et la qualité variable des tests disponibles sur le marché retardent l'utilisation de la nutriginomique dans la pratique clinique. Comme l'utilisation des tests de nutriginomique ne fait l'objet d'aucun encadrement ou réglementation spécifique, plusieurs entreprises offrent des tests de nutriginomique en vente directe au consommateur. Il est indéniablement préférable que les personnes désirant avoir recours à ce type de test y aient accès par l'intermédiaire d'un membre du personnel professionnel de la santé qualifié et apte à les guider dans l'interprétation des résultats tout en considérant les autres déterminants de leur condition.

Dans un sondage mené auprès de la population québécoise, 93 % des participants ont répondu que les diététistes-nutritionnistes sont les professionnelles et professionnels les mieux placés pour fournir des conseils nutritionnels basés sur les résultats de tests de nutriginomique¹. Ces données démontrent le rôle que pourront jouer les diététistes-nutritionnistes dans l'émergence des applications cliniques de cette science et l'importance pour l'ODNQ de soutenir la pratique des diététistes-nutritionnistes en lien avec la nutriginomique.

Ce guide vise donc à :

- démystifier différents aspects liés à l'utilisation des tests de nutriginomique et ainsi en favoriser une utilisation adéquate;
- fournir des pistes pour faciliter une prise de décision éclairée concernant l'utilisation ou non des tests de nutriginomique dans la pratique clinique;
- souligner les éléments à prendre en considération pour s'assurer d'une utilisation conforme aux lois et règlements qui régissent la profession, dont le *Code de déontologie des diététistes*, et les normes entourant la pratique.

Messages clés



Évaluation de la patientèle

Avant de procéder à un test de nutriginomique, les diététistes-nutritionnistes doivent s'assurer d'évaluer la patientèle afin d'identifier la présence de potentielles contre-indications, considérer le rapport coût-bénéfice, et obtenir un consentement libre et éclairé.



Validité et fiabilité des tests

Les diététistes-nutritionnistes doivent choisir des tests de nutriginomique valides et fiables.



Normes professionnelles et données de la science

En tout temps, les diététistes-nutritionnistes doivent exercer la profession avec compétence et se baser sur les normes professionnelles et les données probantes. Cela peut représenter un défi pour les pratiques émergentes telles que la nutriginomique, étant donné que les connaissances évoluent rapidement.



Formation continue

Les diététistes-nutritionnistes doivent s'assurer de détenir les connaissances et les compétences nécessaires avant d'intégrer les tests de nutriginomique dans leur pratique ou encore avant d'émettre des recommandations nutritionnelles basées sur les résultats de ces tests.



Indépendance professionnelle

Étant donné l'aspect commercial lié aux tests de nutriginomique, une vigilance accrue est de mise afin de préserver l'indépendance professionnelle. Dans un contexte d'utilisation des tests de nutriginomique, l'intérêt de la patientèle doit demeurer au centre des interventions.

¹ Vallée Marcotte B, Cormier H, Garneau V, Robitaille J, Desroches S, Vohl M-C. Nutritional Testing for Personalized Nutrition: An Evaluation of Public Perceptions, Attitudes, and Concerns in a Population of French Canadians. *Lifestyle Genomics* 2018;11:155-62.



L'état de la science en matière d'approches de traitement visant la perte de poids chez l'adulte

La gestion du poids est complexe. Plusieurs facteurs, notamment les facteurs biologiques, individuels, environnementaux, psychosociaux et politico-économiques, exercent une influence sur le poids d'une personne. Alors que les études populationnelles récentes démontrent une augmentation significative de la prévalence de l'obésité au Canada, on constate en parallèle que la proportion de la population qui vit avec une préoccupation par rapport à son poids augmente significativement. De plus, la stigmatisation liée au poids mène à la discrimination des personnes ayant un surpoids ou obèses et crée un obstacle à l'accès aux soins et aux ressources nécessaires pour atteindre un état de santé optimal.

En raison de leur expertise, les diététistes-nutritionnistes jouent un rôle crucial auprès des individus vivants avec un surpoids ou une obésité et qui désirent perdre du poids. L'ODNQ a donc développé ce [guide](#) afin de soutenir la pratique de ses membres et dans l'esprit de favoriser la collaboration interprofessionnelle. Ce guide met d'ailleurs en lumière l'importance d'une approche interdisciplinaire auprès de cette clientèle.

L'objectif de ce guide est d'orienter les diététistes-nutritionnistes dans leurs interventions visant la perte de poids en présentant :

1 - Les principes et obligations déontologiques à considérer en situation clinique ;

2 - Des recommandations pour la pratique professionnelle accompagnées de questions stimulant la réflexion ;

3 - Différentes approches de traitement et les données probantes qui les sous-tendent.

Messages clés

Consentement

Les professionnelles et professionnels de la santé doivent s'assurer d'obtenir le consentement de la patientèle avant d'aborder le poids. Le soutien de l'équipe soignante doit toujours être en partenariat avec la patientèle et centré sur les besoins et les désirs de la personne qui consulte.

Risques vs bénéfices

La perte de poids n'est pas toujours souhaitable. Plusieurs facteurs doivent être pris en considération afin de déterminer si une perte de poids serait bénéfique. Les risques vs bénéfices des approches de traitement doivent être évalués et discutés avec la patientèle.

Saines habitudes de vie

L'adoption de saines habitudes alimentaires et de vie, et ce, même en l'absence de perte de poids apporte toujours son lot de bienfaits.

Facteur de risque

L'obésité demeure un facteur de risque pour plusieurs maladies, incluant le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite et certains types de cancer. La question du poids mérite donc d'être abordée lorsqu'une patiente ou un patient le désire.

Données probantes

Pour les individus désirant perdre du poids, plusieurs approches de traitement sont disponibles. Le personnel professionnel de la santé doit s'assurer d'exercer selon les données actuelles de la science, garder l'esprit ouvert relativement à l'évolution des connaissances scientifiques et maintenir ses connaissances à jour en lien avec les approches de traitement pour la perte de poids.

Individualisation

Les interventions de perte de poids doivent être individualisées pour chaque patiente ou patient en fonction de ses besoins et ses désirs.

Biais personnels et professionnels

Les professionnelles et professionnels de la santé doivent reconnaître leurs propres limites ainsi que leurs biais personnels et professionnels à l'égard du poids et, au besoin, diriger la patientèle vers un autre professionnel ou une autre professionnelle de la santé.

Contre la grossophobie

Le personnel professionnel de la santé a un rôle important à jouer afin de contre la grossophobie. Le poids est un indicateur de santé parmi tant d'autres et le personnel professionnel de la santé doit s'assurer de prendre en compte tous les facteurs et ne pas discriminer la patientèle en fonction du poids et de l'IMC.



Profitez d'assurances auto, habitation et entreprise exclusives



Optez pour **des tarifs préférentiels**
et un **service hors pair**

lapersonnelle.com/odnq
1 888 476-8737

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



Ordre des diététistes
nutritionnistes
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.



L'institution financière des diététistes-nutritionnistes

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

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

desjardins.com/dietetiste
1 844 778-1795 poste 30



Ordre des diététistes
nutritionnistes
du Québec

Desjardins

Mouvements du 1^{er} janvier 2024 au 31 mars 2024

Nouvelles inscriptions

Fatoumata Binta Baldé
Valentin Barbe
Sarah Bergeron
Stacy Boudreault
Alaa Bou-Merhi
Zoé Caissy
Élodie Castonguay-Girard
Juliette Cauchon
Marie Chalifour
Halima-Abakar Cherif Hassana
Laurie-Jane Couture
Martina-Grace De Bonis
Alex Désilets
Liam Fowler
Patrick Gauthier
Rima Meriem Hadjal
Wihad Idiri
Marie-Ève Lachance
Laurence Lanctôt
Alexia Le Blanc
Alice Clara Lequent
Cloé Loïselle
Chrystie Luc-Cayol

Andrea Maksimovic
Sophie Martin
Héloïse Massé
Laurie Miville-Deschênes
Cédric Mongeon-Latendresse
Justine Morand
Fatemeh Najafitirehshabankareh
Ines-Safinez Oultache
Angelea Panagakos
Audrey Parent
Laurence Pelletier
Marie-Eve Poirier
Chahinaz Rezoug
Pénélope Ringuette-Laplante
Marianne Rochette
Alexia Serli
Yasmin Shalehchi
Zhiping Song
Mégane Ste-Croix
Zhengyi Wang
Dima Wazzan
Samiha Younes

Réinscriptions

Camille Boucher
Laurie Brindle
Vicky Croisetière
Isabelle Gagnon
Cynthia Klein
Nathalie Racine
Ani-Christine Tchakrian

Démissions

Krista Wadden

Membres - statut retraité

Julie Bélanger
Josée Bourque
Manon Bureau
Nicole Gervais
Julie Labranche
Pascale Pereira
Claire Robillard
Liette Roseberry
Marie-Claude Rousseau
Diane Sonier
Chantal Therrien



Ordre des diététistes
nutritionnistes
du Québec



Ordre des diététistes
nutritionnistes
du Québec

NOTRE SAVOIR, VOTRE SANTÉ

ODNQ.ORG