

# Nutrition

VOL. 3 N° 3  
AUTOMNE 2024

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

## AIDE À LA PRATIQUE

FORMATION CONTINUE  
2022-2025: AGIR  
AVANT L'ÉCHÉANCE!

## ACTUALITÉS

DES NOUVELLES DE  
L'UNIVERSITÉ LAVAL

## NUTRITION EN ÉVOLUTION

**LES REPAS  
EN FAMILLE**  
DES BIENFAITS  
POUR LES JEUNES  
QUI VONT BIEN  
AU-DELÀ DE  
L'ASSIETTE



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](mailto:communications@odnq.org) | [odnq.org](http://odnq.org)

## Coordonnatrice du numéro

Sophie Lecavalier,  
Directrice des communications et affaires publiques

## Comité de la revue

Responsables de la section « Nutrition en évolution »

Élise Carboneau, Mara Hannan-Desjardins

## Collaborateurs à ce numéro

Noémie Carboneau, Ph. D., Marie-Jean Cournoyer, Dt.P.,  
Olivier Drouin, MDCM, M. Sc., MPH,  
Simone Lemieux, Dt.P., Ph. D., Guylaine Gagnon Dt.P.,  
Vicky Fleury-D'Anjou, Dt.P., Joëlle Emond, Dt.P., EAD,  
Alice Moyne, B. Sc., M. Sc. (candidate),  
Célia Scaramuzzino, Dt.P., Carolanne Verdon, doctorante,  
Thomas Sire, doctorant, Laurence Vermette, doctorante

## Réviseurs

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

## Révision linguistique

Liette Lemay  
Gilles Vilasco

## Conception graphique

Z Communications

## Publicité

Martin Laverdure, délégué commercial

514 239-3629

[martin@laverdure-marketing.com](mailto: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](mailto:communications@odnq.org).



## MOT DE LA PRÉSIDENTE

L'engagement des diététistes-nutritionnistes ..... 4

## ACTUALITÉS

### ÉCHOS DES UNIVERSITÉS

Des nouvelles de l'Université Laval ..... 5

## NUTRITION EN ÉVOLUTION

Les repas en famille: des bienfaits pour les jeunes qui vont bien au-delà de l'assiette ..... 8

Rémission du diabète de type 2: un tour des connaissances actuelles et le rôle des diététistes-nutritionnistes ..... 14

Identifier et surmonter les biais cognitifs parentaux pour développer une alimentation saine chez les enfants ..... 19

## AIDE À LA PRATIQUE

Formation continue 2022-2025: agir avant l'échéance! ..... 27

Harmonisation des critères – choix des aliments prêts à manger ..... 31

## TABLEAU DE L'ORDRE

Mouvements du 1<sup>er</sup> avril 2024 au 31 juillet 2024 ..... 37

# L'engagement des diététistes-nutritionnistes

La Tournée de la présidence nous a permis de constater à nouveau que les diététistes-nutritionnistes sont des personnes professionnelles dévouées et engagées dans leur milieu. Cet engagement est essentiel à la réalisation de la mission principale de l'Ordre : protéger le public. C'est grâce à ce professionnalisme et cet engagement que nous pouvons faire progresser la profession, obtenir la reconnaissance de notre expertise unique, participer à l'élargissement des pratiques professionnelles et faire avancer nos projets, comme le retrait de la condition d'ordonnance médicale aux articles portant sur la réserve d'activité du **Code des professions** et du **Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par des diététistes**.



Joëlle Emond, Dt.P., EAD  
Présidente

## Retour sur l'assemblée générale annuelle

Le 13 septembre 2024, l'assemblée générale annuelle (AGA) des membres de l'ODNQ s'est tenue virtuellement pour permettre la participation des diététistes-nutritionnistes de tout le Québec. La tenue de cette assemblée obligatoire est essentielle car elle garantit la transparence et la responsabilité des dirigeants de l'Ordre envers ses membres. Les diététistes-nutritionnistes en présence ont pu :

- prendre connaissance du résumé des activités réalisées par l'Ordre pour accomplir sa mission et de son **rapport annuel** pour l'exercice 2023-2024 ;
- approuver les états financiers pour l'exercice 2023-2024 ;
- donner leur avis sur la cotisation pour l'exercice 2025-2026 ;
- approuver la rémunération des membres du conseil d'administration, y compris la présidence, pour l'exercice 2025-2026 ;
- nommer les auditeurs externes pour l'exercice 2024-2025.

L'AGA est un événement crucial dans la vie de l'ODNQ. L'adhésion des membres est le mécanisme clé pour mobiliser autour de la mission de protection du public de notre organisation collective. De plus, c'est une occasion unique pour en apprendre davantage sur notre ordre professionnel, échanger avec l'équipe et poser des questions.

Merci aux personnes présentes !

## En route vers le colloque 2024

Le besoin urgent d'harmoniser, nuancer et baser sur des données probantes les messages du personnel professionnel de la santé concernant la gestion du poids a motivé le choix du thème du

prochain colloque de l'ODNQ. Le succès de la publication du guide [L'état de la science en matière d'approches de traitements visant la perte de poids chez l'adulte](#) au printemps 2024 auprès du public et des membres d'autres ordres professionnels en santé a confirmé la pertinence de ce choix.

L'événement intitulé « Gestion du poids : ensemble vers l'équilibre », mettra en avant la diversité des approches possibles, les collaborations interdisciplinaires et l'intégration des bénéficiaires des services au cœur des décisions qui les concernent.

Des nouveautés vous attendent ! Pour la première fois, un patient-partenaire coanimera la journée. De plus, un panel composé des présidents et présidentes d'autres ordres professionnels en santé partagera ses réflexions sur la protection du public en matière de gestion de poids et l'élargissement des pratiques professionnelles. Ces perspectives enrichiront et ancreront dans la réalité les connaissances partagées lors des conférences de la journée.

Soyez des nôtres !

## Dans ce numéro

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes ayant contribué à ce numéro de la revue *Nutrition*. Leur engagement bénévole remarquable au partage de connaissances rigoureuses en nutrition avec les membres de l'ODNQ est essentiel pour notre profession en constante évolution. Je vous souhaite une lecture des plus enrichissantes.

Bonne lecture !

ÉCHOS DES UNIVERSITÉS

## Des nouvelles de l'Université Laval

L'école de nutrition de l'Université Laval se porte bien ! Au cours de la dernière année, plusieurs beaux projets ont vu le jour et de nombreux membres de l'École se sont démarqués par leur excellence en obtenant des prix, des bourses, des subventions et autres marques de reconnaissance.

Soulignons tout d'abord la fin du mandat de Julie Robitaille à titre de directrice de programme du baccalauréat. Son dévouement et l'excellence de son travail au cours de ses deux mandats ont permis au programme d'atteindre de nouveaux sommets. La nouvelle directrice de programme que je suis a de grands souliers à chauffer ! Mentionnons également le départ à la retraite de notre collègue Hélène Jacques. C'est un gros morceau que nous perdons. Hélène a eu une carrière fructueuse en recherche et a occupé différentes fonctions au sein de l'École, dont celle de directrice des programmes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles. Au cours des dernières années, elle occupait le poste de vice-doyenne à la recherche à la Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation. Nous lui souhaitons de profiter pleinement de sa retraite.

Concernant le programme de baccalauréat, les étudiantes et les étudiants de notre première cohorte du programme reconfiguré ont obtenu leur diplôme en décembre 2023. Nous sommes très fiers de ces jeunes nutritionnistes qui pratiquent maintenant dans différents secteurs d'activités. Au sein de cette cohorte, nous tenons tout particulièrement à féliciter Marie-Ève Chamberland qui est récipiendaire de l'édition 2024 du Prix des diplômés de l'ODNQ. Elle s'est en effet distinguée par sa persévérance et son professionnalisme tout au long de son parcours universitaire.



**Hélène Jacques.**  
Vice-doyenne à la recherche,  
Faculté des sciences de l'agriculture  
et de l'alimentation



**Simone Lemieux, Dt.P., Ph. D.**  
Professeure titulaire, Directrice du programme  
de baccalauréat en nutrition, École de nutrition,  
Université Laval





La fin de la pandémie a permis la reprise du stage international et interculturel. À l'été 2023, sept stagiaires ont effectué ce stage, dont trois au Togo, deux au Sénégal et deux en Indonésie. À l'été 2024, deux stagiaires réaliseront un stage dans une école en Inde et trois autres effectueront un stage sur une problématique en lien avec le diabète en Indonésie. Parmi les autres projets stimulants réalisés par les étudiants et étudiantes de baccalauréat, nommons celui effectué dans le cours « Gestion III : application des principes et outils en contexte réel de collectivité » qui est sous la responsabilité de la professeure Anne-Sophie Morisset. Dans le cadre de ce projet, deux groupes étudiants ont réalisé des productions alimentaires collectives qui ont été distribuées à deux organismes dans le besoin, soit Le Mieux-Être des Immigrants et la Maison Revivre.

Nous avons reçu d'excellentes nouvelles concernant le financement de la recherche. Tout d'abord, André Tchernof — qui occupe le poste de directeur du Réseau thématique de recherche en santé cardiometabolique, diabète et obésité (Réseau CMDO) — a réussi avec succès, en collaboration avec le comité directeur et toute l'équipe du réseau, à renouveler le financement de cette organisation auprès du Fonds de recherche du Québec en santé (FRQS) pour la période de 2024 à 2032. Le réseau CMDO regroupe plus de 300 équipes de recherche provenant de plus d'une trentaine d'institutions de recherche au Québec. Plusieurs membres de l'École de nutrition font d'ailleurs partie de ce réseau.

De plus, le Centre NUTRISS-Nutrition, santé et société de l'Université Laval, dont le directeur scientifique est Benoît Lamarche, a également renouvelé avec succès sa subvention provenant du FRQS pour les six prochaines années. Les activités du Centre NUTRISS et sa programmation reposent en partie sur le dynamisme de plusieurs des membres de l'École de nutrition. D'autres subventions de recherche ont été obtenues par le corps professoral de l'École de nutrition au cours de la dernière année. Lana Vanderlee est la nouvelle titulaire d'une prestigieuse Chaire de recherche du Canada sur les politiques de saine alimentation. La professeure Vanderlee a d'ailleurs récemment publié un important rapport co-signé par plus de 50 experts en nutrition et en santé publique du Canada impliqués dans le Réseau INFORMAS <https://informascanada.com/methods/food-epi-canada-2023>. Ce rapport évalue les politiques fédérales existantes en matière d'environnement alimentaire et identifie sept recommandations politiques clés pour le gouvernement fédéral afin d'améliorer les environnements alimentaires et soutenir la prévention des maladies non transmissibles. Andréanne Michaud a quant à elle obtenu une subvention de la Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et une subvention du CMDO pour réaliser des travaux en lien avec l'impact de la chirurgie bariatrique sur la santé du cerveau. Anne-Sophie Morisset a reçu du financement du Centre NUTRISS afin d'étudier la dépense énergétique et les apports nutritionnels pendant la grossesse. Finalement, Benoît Lamarche a obtenu une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) qui permettra d'étudier l'effet des aliments ultra-transformés sur la santé cardiometabolique. À noter que plusieurs autres projets de recherche sont en cours à l'École de nutrition, ce qui permet à de nombreuses personnes étudiantes de s'initier à la recherche et de réaliser des études aux cycles supérieurs.

Plusieurs étudiants et étudiantes de talent ont obtenu pour l'été 2024 des bourses de recherche de 1<sup>er</sup> cycle provenant de différents organismes tels que le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG), Diabète Québec, le Centre NUTRISS et la Chaire en nutrition. Il s'agit d'Alice Boivin, Antoine Caron, Dorothée Faucher, Béatrice Lajeunesse, Anne-Laurence Landry, Sarah-Kim Ross, Joëlle St-Yves et Kim Terrault.



**Anne-Sophie Morisset, Dt.P., Ph. D., M.B.A**

*Professeure titulaire*

*Scs agriculture et alimentation - École de nutrition  
Chercheuse, Centre de recherche du CHU de Québec - UL et Centre  
de recherche NUTRISS, INAF et responsable du cours Gestion III:  
application des principes et outils en contexte réel de collectivité*

À notre grande fierté, plusieurs de nos étudiants et étudiantes aux cycles supérieurs ont réussi à obtenir des bourses d'excellence des IRSC ou du FRQS qui sont des organismes reconnus pour leurs concours extrêmement compétitifs. À la maîtrise, ce sont Juliette Cauchon, Alex Désilets, Patrick Gagnon, Justine Morand, Charlotte Simoneau et Annie Vézina qui ont reçu une telle bourse. Au doctorat, les boursiers et boursières sont Émilie Bernier, Isabelle Bourdeau-Julien, Louis-Charles Desjardins et Julia Lévy-Ndejuru. Il est à souligner que cette dernière s'est fait remarquer au cours de l'année en publiant un livre intitulé « *Au-delà de la grossophobie* » en collaboration avec sa collègue Marilou Morin-Laferrrière.

D'autres bourses permettant de soutenir les études à la maîtrise ou au doctorat ont été décernées à nos étudiants et étudiantes grâce aux programmes de bourses de la Chaire en nutrition de l'Université Laval, du Centre NUTRISS, du Fonds de nutrition publique, du Fonds Jean-Paul Houle et du programme de compléments de bourses de l'Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF). Les heureux récipiendaires à la maîtrise sont Josiane Morin-Bernier et Valentin Barbe alors qu'Alice Fradet a obtenu une bourse pour la poursuite de ses études au doctorat. D'autre part, un programme de bourses d'appui au mentorat de la Chaire en nutrition a été récemment mis sur pied par la titulaire de la Chaire, la professeure Julie Robitaille. Ce programme de bourses vise notamment à encourager les étudiants et étudiantes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycle à développer leurs compétences d'encadrement et de collaboration. Cette année, le programme a permis d'offrir des bourses à Amélie Lachance et Émilie Bernier. Par ailleurs, Méлина Côté et Gabrielle Rochefort, deux étudiantes inscrites au programme de doctorat, ont effectué un séjour de quelques mois au sein de l'équipe NutriNet-Santé à l'Université Sorbonne Paris 13 à l'automne 2023. Elles ont toutes deux obtenu une bourse des IRSC pour ce stage des plus productif et formateur.

Au cours de la dernière année, plusieurs étudiants et étudiantes ont obtenu leur diplôme de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle. Il s'agit à la maîtrise d'Inès Auclair Mangliar, Émilie Bernier, Benoît Boulanger, Chloé Carredda, Alicia Corriveau, Louis-Charles Desjardins, Nadia Faucher, Ellie Gauthier, Alexandra Lancup-Gauthier, Marianne Legault et Gabrielle St-Arnaud. De son côté, Giada Ostinelli a obtenu son diplôme de doctorat. Bravo à cette superbe relève !

Tout au long de l'année, l'École de nutrition a été très bien représentée lors de différents congrès et plusieurs personnes ont remporté des prix lors de ces activités. Soulignons qu'Alice Fradet a obtenu le prix « Coup de cœur du jury » au congrès provincial de la recherche mère-enfant pour sa présentation sur la composition du lait maternel en contexte de diabète gestationnel. Audrey St-Laurent a remporté un prix pour son affiche présentée au congrès de la Société québécoise de lipidologie, nutrition et métabolisme (SQLNM) sur les changements dans les apports alimentaires entre la préconception et le premier trimestre de la grossesse alors qu'Amélie Lachance a reçu le prix « Patient partenaire » pour sa présentation orale sur les changements du volume



**Sur la photo de gauche à droite :**

Marie-Claude Vohl (Coprésidente de la SQLNM), Catherine Bégin (Directrice de l'école de psychologie de l'Université Laval), Dr Pierre Julien (président de la SQLNM de 2000 à 2022 et auteur de la toile remise à la lauréate), Simone Lemieux (Lauréate 2024) et Benoit Arsenaault (Coprésident de la SQLNM).

hypothalamique après la chirurgie bariatrique lors de ce même congrès. Josiane Morin-Bernier a quant à elle obtenu le prix de la meilleure présentation orale au congrès de l'*International Society of Nutrigenetics & Nutrigenomics* pour ses travaux sur les prédicteurs omiques de la réponse des triglycérides aux oméga-3. Finalement, Annie Vézina a gagné un prix pour sa présentation sur la comparaison entre différents outils de profilage nutritionnel lors du congrès Bénéfiq.

Enfin, certains prix et honneurs ont été reçus par les membres du corps professoral de l'École de nutrition. Vincenzo Di Marzo — qui est le titulaire de la Chaire d'excellence en recherche du Canada sur l'axe microbiome-endocannabinoïdome en santé métabolique — a reçu un doctorat honoris causa dans le domaine de la santé de l'Université Catholique de Louvain, Benoît Lamarche a été nommé Fellow de la Société canadienne de nutrition et Simone Lemieux a remporté le prix des fondateurs de la SQLNM.

Bravo à tous et à toutes !

Suivez-nous sur [Facebook](#) ou sur [Twitter](#) pour rester à l'affût des nouvelles.

# Les repas en famille : des bienfaits pour les jeunes qui vont bien au-delà de l'assiette

## MESSAGES CLÉS

1. Les repas familiaux sont associés à de nombreux bienfaits en ce qui a trait à l'alimentation et au développement psychosocial des enfants et des adolescent(e)s.
2. Si augmenter la fréquence des repas en famille n'est pas envisageable, on peut néanmoins se concentrer sur l'amélioration de l'ambiance lors des repas.
3. Une approche bienveillante et individualisée avec les familles est nécessaire afin d'éviter d'ajouter de la pression aux parents face à l'alimentation de leur famille.

## Introduction

La définition d'une alimentation saine dans le Guide alimentaire canadien (GAC) 2019 (1) va au-delà de la qualité des apports nutritionnels en incluant également les occasions d'échanger et de se rapprocher, de discuter et de profiter du moment ensemble, c'est-à-dire l'environnement psychosocial lors des repas familiaux. Bien que les repas puissent être pris en compagnie des ami(e)s ou des camarades de classe, ce sont souvent les membres de la famille qui sont à table avec les enfants et les adolescent(e)s au moment des repas. Le GAC mentionne d'ailleurs que les repas en famille peuvent devenir des moments privilégiés pour renforcer les liens familiaux, promouvoir une alimentation saine et enseigner aux plus jeunes de bonnes habitudes alimentaires pour la vie (1). Bien que les repas familiaux soient considérés comme un rituel important et un idéal à atteindre, de nombreuses familles trouvent difficile de mettre en place les conditions permettant de manger régulièrement ensemble (2-3). Il semblerait que les familles mangent de moins en moins souvent ensemble (4-5), notamment en raison des horaires variables des membres de la famille, du rythme de vie effréné (qui rend difficile de prendre le temps de manger ensemble) et de changements dans les valeurs et traditions culturelles (2-6-7-8). Les efforts doivent se poursuivre afin de tenter de trouver des façons d'aider les familles à manger ensemble, car les recherches sur les bienfaits associés aux repas familiaux sont nombreuses, notamment pour les jeunes. Le présent article propose précisément une revue narrative de la littérature au sujet des bienfaits associés à la prise de repas en famille pour les enfants et adolescent(e)s. Cet article vise ainsi à décrire comment la prise de repas en famille est liée à la qualité nutritionnelle des apports alimentaires, aux comportements alimentaires et au développement psychosocial (p. ex., habiletés de communication, satisfaction familiale et bien-être) des enfants et des adolescent(e)s.



**Laurence Vermette, Doctorante**  
Département de psychologie  
Université du Québec à Trois-Rivières



**Carolanne Verdon, Doctorante**  
Département de psychologie  
Université du Québec à Trois-Rivières



**Thomas Sire, Doctorant**  
Département d'anatomie  
Université du Québec à Trois-Rivières



**Noémie Carboneau, Ph. D.**  
Professeure, Département de psychologie  
Université du Québec à Trois-Rivières

## Repas familiaux et apports alimentaires

Les habitudes alimentaires acquises durant l'enfance sont susceptibles d'être maintenues à l'adolescence et à l'âge adulte (9). Il est bien documenté que les comportements alimentaires sont grandement influencés par l'environnement social, et particulièrement par ce qui se passe au sein de la famille (10). Une méta-analyse réalisée par Dallacker et ses collaborateurs (2018), portant sur la fréquence des repas pris en famille et la santé nutritionnelle des enfants, montre qu'indépendamment de l'âge et du pays d'origine des enfants, une fréquence élevée de repas pris en famille est associée à une consommation plus importante de fruits et de légumes, à une consommation plus faible de boissons sucrées, de restauration rapide et de collations à faible valeur nutritive ainsi qu'à une meilleure qualité globale de l'alimentation (11). Les résultats d'une autre méta-analyse portant sur 17 études suggèrent que les enfants et adolescent(e)s qui prennent trois repas ou plus en famille par semaine sont plus susceptibles de rapporter des habitudes alimentaires favorables à la santé (p. ex., une plus grande consommation de fruits et de légumes) que les jeunes qui prennent moins de trois repas en famille par semaine (12). Il semble aussi que les repas en famille aient des bénéfices sur les apports alimentaires à long terme. En effet, des chercheur(-euse)s ont mis en évidence que la fréquence des repas en famille pendant l'adolescence est associée à une

consommation plus élevée de fruits, de légumes et d'aliments sources de nutriments clés (p. ex., calcium, potassium, fibres alimentaires) de même qu'à une plus faible consommation de boissons gazeuses à l'âge adulte (9). Ces bénéfices pourraient s'expliquer par le fait que les repas en famille favorisent l'exposition des jeunes à des options alimentaires plus saines, en plus d'offrir un espace pour que les parents agissent comme modèles en termes de choix alimentaires favorables à la santé (9). Or, il est important de noter que certaines études n'ont pas trouvé de lien significatif entre la fréquence des repas familiaux et la qualité de l'alimentation des plus jeunes. Par exemple, un essai contrôlé randomisé, mené auprès de 95 enfants âgés de 1,5 à 5 ans et provenant de la région de Guelph-Wellington (Canada), a révélé que la fréquence des repas en famille n'était pas associée à la qualité globale de l'alimentation (13). Néanmoins, les résultats de cette étude ont montré que la participation de l'enfant à la préparation du repas était associée à une meilleure qualité globale de l'alimentation (13). Cela démontre l'importance de considérer d'autres aspects que la *fréquence* lorsqu'on s'intéresse aux bienfaits liés aux repas familiaux. Une étude de Kasper et collaborateurs (2019) suggère d'ailleurs que certaines caractéristiques liées à l'environnement lors des repas (p. ex., téléviseur fermé) permettent aux individus de tirer plus de bénéfices des repas en famille (14).



## Repas familiaux et comportements alimentaires

Globalement, des études suggèrent qu'une fréquence élevée de repas familiaux est liée à une plus faible occurrence de comportements alimentaires problématiques (p. ex., moins de comportements malsains de contrôle du poids) chez les jeunes filles et les adolescentes (15). Une étude a mis en lumière que les adolescent(e)s qui prennent au moins cinq repas par semaine avec leur famille sont 35% moins à risque de présenter des comportements problématiques (p. ex., compulsions alimentaires, vomissements et hyperphagie) comparativement aux adolescent(e)s qui ne partagent pas ou peu de repas par semaine avec leur famille (12). Plusieurs mécanismes ont été suggérés pour expliquer l'effet potentiellement protecteur des repas consommés en famille relativement au développement de troubles du comportement alimentaire (16). Premièrement, les repas en famille représentent, pour les parents, une opportunité de servir de modèles en matière de saine alimentation auprès de leurs enfants. Deuxièmement, les repas familiaux favorisent la connexion des parents avec leur jeune, par le biais des conversations à table. Troisièmement, les repas familiaux favoriseraient la détection précoce, par les parents, d'éventuelles difficultés psychologiques ou comportements alimentaires problématiques chez leur jeune en permettant un suivi régulier des comportements alimentaires et de la santé émotionnelle. Cependant, il semble que l'association entre la fréquence des repas familiaux et l'occurrence de comportements alimentaires problématiques soit susceptible d'être affectée par certaines caractéristiques familiales telles que les interactions

familiales et l'atmosphère lors des repas (16). Plus précisément, les repas familiaux n'offrent plus de protection par rapport au développement de comportements alimentaires malsains lorsque les adolescent(e)s perçoivent une forte pression parentale pour manger sainement, ont peu de plaisir à manger avec leur famille, se font taquiner au sujet de leur poids par des membres de la famille, sont confronté(e)s à un dysfonctionnement familial (tel que des tensions entre les membres ou l'incapacité à exprimer leurs sentiments) et/ou sont fréquemment engagé(e)s dans des discussions familiales centrées sur le poids (16). Ces résultats mettent en évidence qu'au-delà de la fréquence des repas familiaux, les caractéristiques de l'environnement psychosocial sont aussi importantes. Par ailleurs, la direction des effets entre la fréquence des repas pris en famille et les comportements alimentaires problématiques n'est pas encore bien établie. Ainsi, il est tout à fait possible qu'un(e) adolescent(e) ayant une relation problématique avec la nourriture choisisse de manger moins souvent avec sa famille.

---

Une étude a mis en lumière que les adolescent(e)s qui prennent au moins cinq repas par semaine avec leur famille sont 35% moins à risque de présenter des comportements problématiques (p. ex., compulsions alimentaires, vomissements et hyperphagie) comparativement aux adolescent(e)s qui ne partagent pas ou peu de repas par semaine avec leur famille (12).

---



## Repas familiaux et développement psychosocial

Les repas pris en famille représentent des occasions pour les membres de la famille de passer du temps ensemble et de renforcer les liens qui les unissent (17-18). En effet, ces moments privilégiés permettent aux membres de la famille de partager des événements qui se sont passés durant leur journée, de discuter de l'actualité, de partager des histoires, de résoudre des problèmes et de planifier leurs prochaines journées ou encore leurs projets pour l'avenir (19). Les études montrent que la fréquence de repas familiaux serait associée à l'estime de soi et à la réussite scolaire des jeunes (15). La fréquence des repas pris en famille serait également positivement liée à la satisfaction familiale (17). Or, la fréquence des repas en famille ne semble pas être la seule caractéristique qui favorise la communication et la satisfaction familiale. Par exemple, un climat émotionnel positif au moment des repas est lié à une communication positive ainsi qu'à des niveaux élevés de cohésion et de plaisir rapportés par les enfants et les adolescent(e)s (20). La fréquence et le climat émotionnel lors des repas familiaux semblent tous deux associés au bien-être des individus, et ce, indépendamment de l'identité culturelle, de l'âge, du sexe et du revenu familial (21). Une étude suggère que la fréquence des repas familiaux est associée positivement au bien-être émotionnel et associée négativement aux symptômes dépressifs et aux difficultés émotionnelles chez les adolescent(e)s (22). Indépendamment de la qualité nutritionnelle des repas servis, des interactions interpersonnelles de qualité pendant les repas sont liées positivement à l'engagement interpersonnel (c.-à-d. à l'intérêt et l'empathie pour les autres) ainsi qu'aux émotions positives, en plus d'être liées négativement au stress des enfants et des adolescent(e)s (21-23). Chez les enfants de 5 à 9 ans, une meilleure qualité des interactions interpersonnelles pendant les repas familiaux serait associée négativement aux problèmes émotionnels et relationnels ainsi qu'aux conflits familiaux (21). Les rituels familiaux, tels que le partage des repas, favorisent le sentiment de lien social, un facteur de protection contre les symptômes anxieux et dépressifs chez les adolescent(e)s (24). Globalement, ces résultats suggèrent donc que les repas familiaux sont associés à différents indicateurs de bien-être psychosocial chez les enfants et les adolescent(e)s.

## La fréquence et la qualité de l'environnement psychosocial lors des repas

Les études sur les repas familiaux portent majoritairement sur leur *fréquence* et ses liens avec différentes facettes du comportement et du développement des enfants et des adolescent(e)s. Cependant, la fréquence en soi ne renseigne pas sur la qualité des interactions familiales et du climat émotionnel lors des repas. Certain(e)s auteur(e)s suggèrent que la qualité de l'environnement psychosocial lors des repas est plus garante de bienfaits pour les membres de la famille que la fréquence des repas en elle-même (25). Les études futures devraient évaluer ces deux facettes des repas familiaux conjointement afin de mieux comprendre leur contribution aux comportements alimentaires, au développement et au bien-être des enfants et des adolescent(e)s.

---

Indépendamment de la qualité nutritionnelle des repas servis, des interactions interpersonnelles de qualité pendant les repas sont liées positivement à l'engagement interpersonnel (c.-à-d. à l'intérêt et l'empathie pour les autres) ainsi qu'aux émotions positives, en plus d'être liées négativement au stress des enfants et des adolescent(e)s (21-23)

---



## Les principales limites des études

Bien que la prise de repas en famille soit associée à des bienfaits pour les enfants et les adolescent(e)s, il est difficile de déterminer clairement quels aspects des repas familiaux sont particulièrement bénéfiques. Est-ce que les bienfaits proviennent davantage d'une fréquence élevée de repas en famille, de la qualité de l'environnement psychosocial au moment du repas ou encore d'une interaction entre les deux? Il est, par ailleurs, possible que la qualité des aliments servis lors des repas joue également un rôle. Des recherches futures examinant simultanément ces différentes facettes sont nécessaires.

Une autre limite relève du fait que différentes définitions des concepts sont utilisées d'une étude à l'autre, ce qui complique parfois la comparaison des résultats entre elles. Par exemple, une méta-analyse a recensé 14 définitions différentes du climat émotionnel lors des repas familiaux (26). Ainsi, certain(e)s auteur(e)s le définissent en fonction du nombre de distractions, p. ex., si le téléviseur est ouvert ou non pendant les repas (27), tandis que d'autres le décrivent comme la fréquence des émotions positives et négatives ressenties (28). Cette absence de consensus quant à certaines définitions complique l'identification des caractéristiques liées à la prise de repas en famille qui sont les plus favorables pour les enfants et les adolescent(e)s. Une troisième limite concerne l'utilisation des devis corrélationnels transversaux (un seul temps de mesure) sur lesquels reposent plusieurs études sur les repas familiaux. Il est donc difficile d'établir clairement le sens des associations observées. Il est fort possible qu'elles soient bidirectionnelles. Par exemple, est-ce la prise de repas en famille qui engendre une meilleure satisfaction familiale, ou bien est-ce que les personnes qui sont plus satisfaites de leurs relations familiales sont plus susceptibles de vouloir manger ensemble? Les recherches futures devraient miser sur des devis de recherche longitudinaux (plusieurs temps de mesure) pour mieux comprendre la direction des liens entre les variables.

## Les recommandations pour les nutritionnistes

Cet article met de l'avant les nombreux avantages associés aux repas familiaux. En tant que professionnel(le)s de la santé, il est important d'encourager les familles non seulement à prendre le temps de manger ensemble (quand c'est possible), mais aussi à réfléchir à des stratégies pour favoriser une ambiance agréable lors des repas (17-26-29). Cependant, l'éducation sur les bienfaits des repas en famille ne suffit pas toujours, à elle seule, à changer à long terme les habitudes alimentaires des familles (30). Des interventions visant à encourager les routines et les rituels familiaux autour des repas, ainsi qu'à accroître l'engagement des enfants et des adolescent(e)s dans la planification et la préparation des repas, peuvent favoriser la fréquence et le climat émotionnel entourant la prise des repas en famille (23-31).

Il est également recommandé d'adopter, en tant que professionnel(le)s, une approche familiale inclusive pour permettre à tous les membres de la famille d'être impliqués dans les interventions visant à améliorer la fréquence et l'expérience des repas familiaux (23). Par exemple, permettre aux différents membres de la famille d'être impliqués dans les décisions entourant le choix du menu et le moment des repas peut renforcer leur motivation à prendre part aux repas familiaux (31). Enfin, il est essentiel d'être à l'écoute des différents obstacles en lien avec les repas auxquels sont confrontées les familles, afin de ne pas ajouter de stress et de culpabilité liés au fait de «devoir» impérativement tout faire pour manger en famille.

Lorsqu'on aborde la question des repas en famille, il est important de garder en tête la notion de privilège. La fréquence des repas familiaux est directement en lien avec les ressources dont disposent les familles (p. ex., temps, énergie, santé physique et mentale). Les parents peuvent être confrontés à de nombreux obstacles lorsqu'ils tentent de réunir leur famille pour un repas (p. ex., l'autonomie de l'enfant, le manque de temps, les conflits d'horaire). Il importe d'être à l'écoute de la réalité de chaque famille afin d'éviter d'induire une pression supplémentaire aux parents (2). Si manger plus souvent ensemble n'est pas envisageable pour certaines familles, on peut néanmoins miser sur la création d'un climat émotionnel positif (p. ex., diminuer les distractions, éviter les sujets conflictuels à table, miser sur les interactions positives) lors des occasions où on arrive à manger en famille.

## Conclusion

Cette revue narrative de la littérature a permis de brosser un portrait des recherches sur les bienfaits pour les jeunes associés à la prise de repas en famille. Les recherches montrent clairement que ces bienfaits vont au-delà de la saine alimentation. Plus précisément, les études montrent que la fréquence des repas en famille et la qualité de l'environnement psychosocial lors de ces repas sont deux facettes liées à la qualité des apports alimentaires, au développement de comportements alimentaires sains, au bien-être et au développement psychosocial des enfants et des adolescent(e)s. Néanmoins, les définitions d'un environnement familial de qualité lors des repas sont multiples et les mécanismes qui entrent en jeu sont encore mal compris, soulignant ainsi l'importance de continuer les recherches dans ce domaine. Il n'est pas possible, à ce jour, de déterminer avec précision quelle(s) caractéristique(s) des repas familiaux importe(nt) le plus pour la santé et le bien-être des jeunes. Par ailleurs, dans l'interprétation des résultats cités dans cette recension des écrits, il importe de garder en tête que les études sur les repas familiaux reposent souvent sur des devis corrélationnels transversaux; il est donc difficile d'établir le sens des associations observées. Finalement, il est également important de retenir que les repas familiaux sont dépendants des ressources dont disposent les familles (p. ex., temps, énergie, santé).



## Références

- Gouvernement du Canada. *Guide alimentaire canadien* [Internet]. 2019 [cité le 31 janvier 2024]. Disponible à : <https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/>
- Middleton G, Golley RK, Patterson KA, Coveney J. Barriers and enablers to the family meal across time; a grounded theory study comparing South Australian parents' perspectives. *Appetite*. 2023;191:107091.
- Thompson DA, Bekelman TA, Ferrante MJ, McCloskey ML, Johnson SL, Bellows LL. Picture Perfect: How Attaining the Ideal Meal is Not So Easy for Parents of Young Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2021;53(4):290-8.
- Cheng S-L, Olsen W, Southerton D, Warde A. The changing practice of eating: evidence from UK time diaries, 1975 and 20001. *The British Journal of Sociology*. 2007;58(1):39-61.
- Mestdag I, Glorieux I. Change and Stability in Commensality Patterns: A Comparative Analysis of Belgian Time-Use Data from 1966, 1999 and 2004. *The Sociological Review*. 2009;57(4):703-26.
- Alm S, Olsen SO. Coping with Time Pressure and Stress: Consequences for Families' Food Consumption. *Journal of Consumer Policy*. 2017;40(1):105-23.
- Litterbach E-k, Laws R, Zheng M, Campbell KJ, Spence AC. "That's the routine": A qualitative exploration of mealtime screen use in lower educated Australian families with young children. *Appetite*. 2023;180:106377.
- Quarmby T, Dagkas S. Informal mealtime pedagogies: exploring the influence of family structure on young people's healthy eating dispositions. *Sport, Education and Society*. 2015;20(3):323-39.
- Larson NI, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M. Family Meals during Adolescence Are Associated with Higher Diet Quality and Healthful Meal Patterns during Young Adulthood. *Journal of the American Dietetic Association*. 2007;107(9):1502-10.
- Campbell K, Crawford D. Family food environments as determinants of preschool-aged children's eating behaviours: implications for obesity prevention policy. A review. *Aust J Nutr Diet*. 2001;58(1).
- Dallacker M, Hertwig R, Mata J. The frequency of family meals and nutritional health in children: a meta-analysis. *Obes Rev*. 2018;19(5):638-53.
- Hammons AJ, Fiese BH. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics*. 2011;127(6):e1565-74.
- Wedde S, Haines J, Ma D, Duncan A, Darlington G. Associations between family meal context and diet quality among preschool-aged children in the Guelph Family Health Study. *Can J Diet Pract Res*. 2019;81(1):21-27.
- Kasper N, Ball SC, Halverson K, Miller AL, Appugliese D, Lumeng JC, Peterson KE. Deconstructing the Family Meal: Are Characteristics of the Mealtime Environment Associated with the Healthfulness of Meals Served? *J Acad Nutr Diet*. 2019;119(8):1296-304.
- Harrison ME, Norris ML, Obeid N, Fu M, Weinstangel H, Sampson M. Systematic review of the effects of family meal frequency on psychosocial outcomes in youth. *Canadian Family Physician*. 2015;61(2):e96-e106.
- Loth K, Wall M, Choi CW, Bucchianeri M, Quick V, Larson N, Neumark-Sztainer D. Family meals and disordered eating in adolescents: are the benefits the same for everyone? *Int J Eat Disord*. 2015;48(1):100-10.
- Lawrence SD, Plisco MK. Family mealtimes and family functioning. *American Journal of Family Therapy*. 2017;45(4):195-205.
- Ochs E, Shohet M. The cultural structuring of mealtime socialization. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 2006;2006(111):35-49.
- Spagnola M, Fiese BH. Family routines and rituals: A context for development in the lives of young children. Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 284-99.
- Berge JM, Rowley S, Trofholz A, Hanson C, Rueter M, MacLehose RF, Neumark-Sztainer D. Childhood obesity and interpersonal dynamics during family meals. *Pediatrics*. 2014;134(5):923-32.
- Berge JM, Hazzard VM, Trofholz A, Noser AE, Hochgraf A, Neumark-Sztainer D. Longitudinal associations between family meal quality and quantity: Does one matter more for child, parent, and family health and well-being or are they synergistic? *Appetite*. 2023;191:107080.
- Utter J, Denny S, Peiris-John R, Moselen E, Dyson B, Clark T. Family Meals and Adolescent Emotional Well-Being: Findings From a National Study. *J Nutr Educ Behav*. 2017;49(1):67-72.e1.
- Prior AL, Limbert C. Adolescents' perceptions and experiences of family meals. *J Child Health Care*. 2013;17(4):354-365.
- Malaquias S, Crespo C, Francisco R. How do Adolescents Benefit from Family Rituals? Links to Social Connectedness, Depression and Anxiety. *Journal of Child and Family Studies*. 2015;24:3009-17.
- Fieldhouse P. Manger ensemble: Le rituel du repas familial. *Transition*. 2007;37:3.
- Smith JA, Saltzman JA, Dev DA. Mealtime emotional climate and child health: A systematic review. *Eating Behaviors*. 2022;44:1-11.
- Berge JM, Wickel K, Doherty WJ. The individual and combined influence of the "quality" and "quantity" of family meals on adult body mass index. *Families, Systems, & Health*. 2012;30(4):344-51.
- Saltzman JA, Bost KK, Musaad SMA, Fiese BH, Wiley AR. Predictors and Outcomes of Mealtime Emotional Climate in Families With Preschoolers. *J Pediatr Psychol*. 2018;43(2):195-206.
- Offer S. Assessing the relationship between family mealtime communication and adolescent emotional well-being using the experience sampling method. *J Adolesc*. 2013;36(3):577-585.
- Fulkerson JA, Pasch KE, Stigler MH, Farbakhs K, Perry CL, Komro KA. Longitudinal associations between family dinner and adolescent perceptions of parent-child communication among racially diverse urban youth. *J Fam Psychol*. 2010;24(3):261-70.
- Neumark-Sztainer D. Eating among teens: do family mealtimes make a difference for adolescents' nutrition? *New Dir Child Adolesc Dev*. 2006;(111):91-105.

# Rémission du diabète de type 2 : un tour des connaissances actuelles et le rôle des diététistes-nutritionnistes



**Célia Scaramuzzino, Dt.P.**  
Diabète Québec

Le diabète de type 2 est une maladie chronique. Toutefois, la possibilité d'une rémission du diabète est de plus en plus étudiée. En 2021, l'*American Diabetes Association*, l'*European Association for the Study of Diabetes*, *Diabetes UK*, l'*Endocrine Society* et le *Diabetes Surgery Summit* publiaient un rapport de consensus (1) et en 2022, *Diabète Canada* sortaient deux nouveaux chapitres dans ses lignes directrices sur le sujet (2).

## Définition

La rémission du diabète de type 2 est définie par un retour de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) dans les valeurs normales, soit inférieure à 6%, sans usage de médicaments pour le diabète, et ce, pendant au moins 3 mois. Lorsque l'HbA1c demeure entre 6 et 6,4%, on parle alors de rémission vers le prédiabète.

Dans les cas où l'HbA1c ne peut être utilisée pour établir le diagnostic, il est suggéré d'utiliser la glycémie à jeun et l'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) comme alternative (2). Les différentes options pour établir un diagnostic de rémission du diabète sont résumées dans le tableau 1.

**Tableau 1.**

Critères diagnostiques de la rémission du diabète de type 2 selon Diabète Canada (2)

	Diabète	Rémission vers le prédiabète	Rémission totale
<b>HbA1c</b>	≥ 6,5%	6,0 à 6,4%	≤ 5,9%
<b>Glycémie à jeun</b> <i>2 mesures nécessaires</i>	≥ 7,0 mmol/L	6,1 à 6,9 mmol/L	≤ 6,0 mmol/L
<b>HGPO</b> <i>(2 heures après l'ingestion de 75 g de glucose)</i>	≥ 11,1 mmol/L	7,8 à 11,0 mmol/L	≤ 7,7 mmol/L
<b>Glycémie à jeun</b> +	+	+	+
<b>Glycémie à jeun</b>	≥ 7,0 mmol/L	6,1 et 6,9 mmol/L	≤ 6,0 mmol/L



Le terme de rémission du diabète implique la possibilité de rechute du diabète. La rechute est définie par un retour de l'HbA1c à 6,5% et plus ou par une réintroduction de la médication antihyperglycémiant pour la gestion du diabète, du poids ou des complications associées au diabète.

## Bon candidat pour la rémission

À ce jour, il n'existe pas de prédicteurs de réussite d'une rémission du diabète de type 2. Toutefois, les personnes qui ont le plus de chance d'atteindre une rémission sont celles qui :

- ont un diagnostic récent, soit moins de 6 ans ;
- présentent un surpoids ou une obésité et qui ont un potentiel de perte de poids ;
- n'ont pas des valeurs de glycémie très élevées ;
- n'utilisent pas d'insuline.

À l'inverse, les personnes de plus de 60 ans avec plus de deux facteurs de risques cardiovasculaires ou avec une maladie cardiovasculaire ou rénale, ainsi que celles avec des troubles du comportement alimentaire ou des troubles de la santé mentale, ne devraient pas être encouragées à tenter une rémission du diabète de type 2.



## Les différentes approches pour atteindre une rémission du diabète de type 2

Les épisodes de rémission du diabète de type 2 ont été observés principalement dans un contexte de **perte de poids importante, soit plus de 15 kg**. Plusieurs approches ont été étudiées.

### Approche chirurgicale

Cette approche nécessite une chirurgie bariatrique qui peut être accompagnée ou non d'un changement des habitudes de vie ou de médicaments. Plusieurs procédures chirurgicales sont possibles. Cette approche possède un haut niveau d'évidence (Grade A, Niveau 1A) et est recommandée comme une option de tentative de rémission du diabète chez les personnes avec un IMC supérieur ou égal à 35 kg/m<sup>2</sup>. Elle détient le meilleur taux de rémission, mais elle implique une intervention invasive irréversible et présente des risques de complications plus élevés que les autres approches. D'autres études sont nécessaires pour les personnes avec un IMC inférieur à 35 kg/m<sup>2</sup>.

### Approche sur les habitudes de vie ou les changements de comportements

Cette approche est basée sur un changement des habitudes de vie tel que l'alimentation, l'activité physique ou d'autres comportements liés à la santé, sans ajouts de médicaments ou de chirurgie. Aucune revue systématique d'essais contrôlés randomisés (RCT) n'existe sur le sujet. Ainsi, les évidences de haute qualité demeurent limitées. Toutefois, des recommandations ont, tout de même, pu être faites pour deux méthodes.

#### 1) L'alimentation très faible en calories

Cette méthode est tirée des études DiRECT (4) et DIADEM-I (5). Elle se déroule en 3 étapes :

1. La restriction calorique : alimentation à 800-900 calories par jour pendant 3 à 5 mois. L'alimentation est constituée de 3 à 4 repas par jour à base de substituts de repas liquides ou de bouillons uniquement.
2. La réintroduction alimentaire : maintien de la restriction calorique pendant 1 à 2 mois, mais avec la réintroduction d'un repas équilibré par jour.
3. Le maintien du poids : alimentation équilibrée calculée selon le patient pour maintenir la perte de poids avec l'ajout d'une activité physique régulière. Si une prise de poids  $\geq 2$  kg est observée, les substituts de repas liquides devront être réintroduits pour perdre le poids repris.

Pour connaître le protocole détaillé, se référer à l'outil « *Low-Calorie Diet for Remission of Type 2 Diabetes* (3) »

Cette approche possède un haut niveau d'évidence (Grade A, Niveau 1A) et est recommandée comme une option de tentative de rémission du diabète chez les personnes avec un IMC entre 27 kg/m<sup>2</sup> et 45 kg/m<sup>2</sup>.

**2) L'activité physique et l'alimentation faible en calories**

Cette méthode comprend la pratique d'une activité physique intense combinée à une alimentation faible en calories pendant 4 à 12 mois. Pour l'activité physique, la recommandation est de 240 à 420 minutes par semaine réparties sur cinq jours. Pour l'alimentation, aucun protocole n'est établi. Les études (6,7) mentionnent une alimentation hypocalorique, possiblement entre

1200 et 1800 calories par jour, à indice glycémique bas, riche en fibres, en fruits, en légumes et en poissons gras. Le but est d'atteindre une perte de poids de 5 à 7%. Cette approche possède un degré d'évidence moins élevé que les deux précédentes et doit être présentée uniquement comme une approche potentielle de rémission du diabète chez les personnes avec un IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>.

**Tableau 2.**

Résumé des différentes approches de rémission du diabète de type 2 selon Diabète Canada (2)

Approche	% Rémission	Évidence	Recommandée pour la rémission du diabète de type 2
Chirurgicale	30-63% à 1-5 ans < 50% à 8 ans	Grade A, Niveau 1A	<b>Oui</b> Chez les personnes avec un IMC ≥ 35 kg/m <sup>2</sup>
Alimentation très faible en calories	46 à 61% à 1 an 35,6% à 2 ans	Grade A, Niveau 1A	<b>Oui</b> Chez les personnes avec un IMC entre 27 et 45 kg/m <sup>2</sup> , une durée du diabète < 6 ans, une HbA1c < 12% et non traitées à l'insuline
Activité physique et alimentation faible en calories	25% à 2 ans	Grade C, Niveau 2	<b>Potentiellement</b> Chez les personnes avec un IMC > 25 kg/m <sup>2</sup> , une durée du diabète < 10 ans, une HbA1c < 9% et non traitées à l'insuline

**Autres approches**

Des approches utilisant une thérapie pharmacologique intensive pour le diabète ou les technologies digitales sont également à l'étude. Des recherches sont encore nécessaires pour pouvoir émettre de recommandations sur ces approches.



## Bénéfices de la rémission

À court terme, l'arrêt des médicaments antihyperglycémiant permet la diminution des coûts et des effets secondaires associés à ces médicaments. En ce qui concerne les complications et la mortalité du diabète, aucune étude RCT n'a évalué les bénéfices associés à la rémission du diabète. Les bénéfices sont donc estimés et ils seraient secondaires à la normalisation de l'HbA1c qui permettrait une réduction des risques de rétinopathie et d'insuffisance rénale chronique, et à la perte de poids qui permettrait une amélioration de la gestion de la glycémie, de l'hypertension et de la dyslipidémie. Il est à garder en tête que la rémission pouvant être temporaire, les bénéfices estimés sont potentiellement variables d'une personne à l'autre. À long terme, il n'y a pas de bénéfices reconnus à ce jour.

## Risques de la rémission

Les protocoles de rémission du diabète de type 2 nécessitent un engagement important et prolongé. Malgré un suivi assidu de ces protocoles par les patients, la probabilité de non atteinte de la rémission ou même de rechute demeure élevée. Le risque de dommages psychosociaux est donc important. Les personnes qui tentent une rémission du diabète sont à risque de diminution de l'estime de soi, de stigmatisation ou de dépression.

Chez les personnes ayant des complications ou un haut risque de complications du diabète, l'arrêt des antihyperglycémiant ayant un effet protecteur pourrait engendrer une augmentation de ces complications ou du risque de complications du diabète.

## Accompagner les patients dans une tentative de rémission du diabète

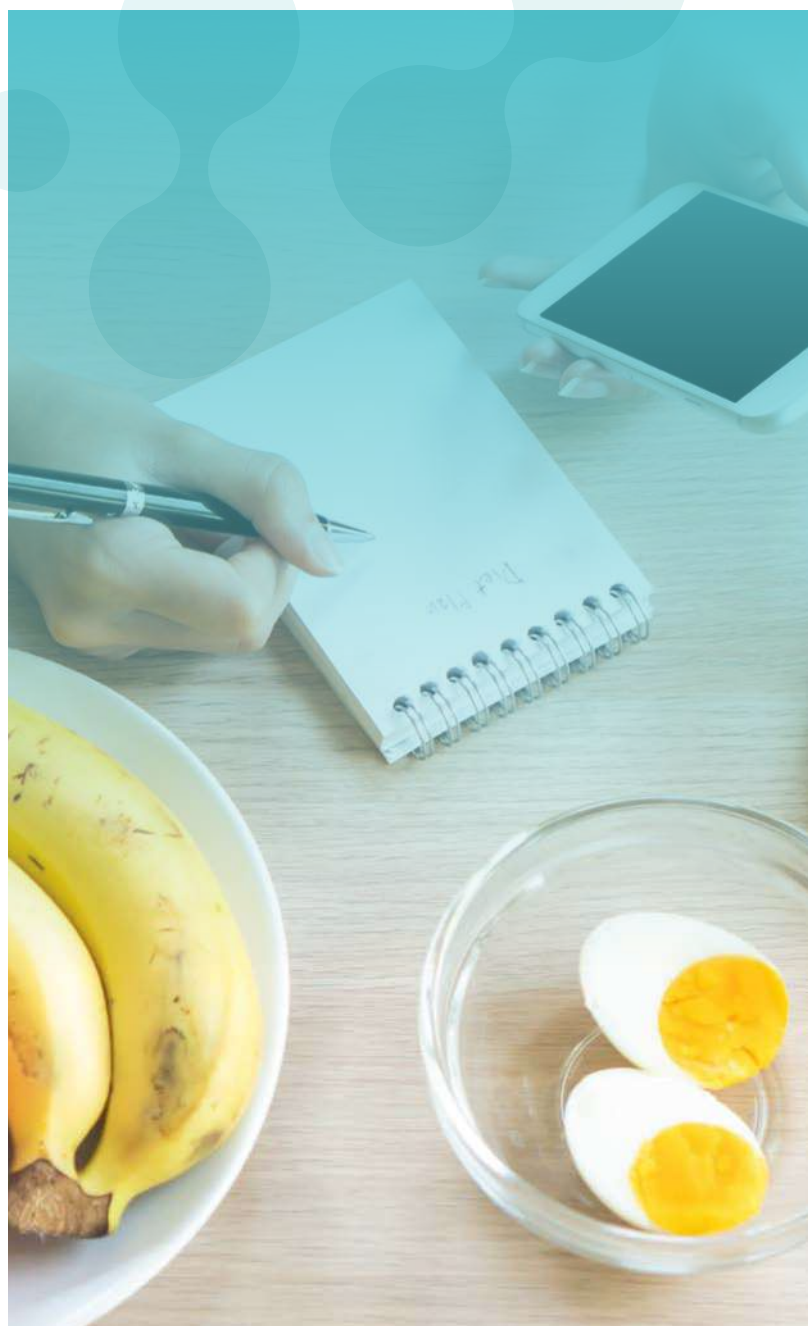
Considérant les risques psychologiques potentiels, il est recommandé de ne pas parler de « succès » ou « d'échec » de la rémission du diabète. L'encadrement des patients par une équipe de professionnels de la santé spécialisée est primordial, autant avant, pendant qu'après la tentative de rémission. La nutritionniste joue un rôle central dans l'accompagnement du changement des habitudes alimentaires. Elle peut également, selon son jugement, participer aux autres étapes de la rémission du diabète de type 2.

### Avant

Si le sujet n'est pas initié par le patient, il est important de réfléchir à la pertinence d'aborder le sujet avec lui considérant les risques associés aux protocoles de rémission du diabète.

Si le sujet est initié par le patient ou que vous jugez pertinent de l'initier avec lui, une évaluation approfondie est nécessaire avant de commencer la démarche de rémission.

- 1) Identifier les facteurs aidants ou limitants.
  - Biomédicaux: durée du diabète, présence de comorbidités, IMC, traitement actuel, potentiel de perte de poids, HbA1c
  - Sociaux: culturels, financiers
  - Psychologiques: santé mentale, attentes, expériences passées
- 2) Évaluer la capacité de changement des comportements et identifier les domaines à renforcer pour pouvoir prétendre à une rémission du diabète. Différents outils sont disponibles, comme le « modèle COM-B (3) ».



- 3) Si le patient est jugé apte à tenter un protocole de rémission du diabète, utiliser « l'outil de la prise de décision partagée pour la rémission du diabète de type 2 (3) » pour lui permettre une prise de décision éclairée.
- 4) Évaluer la meilleure approche à utiliser selon le patient et le référer aux bonnes ressources pour l'accompagner dans sa démarche. Il se peut que vous ayez à collaborer avec d'autres équipes de soins.
- 5) Établir un plan en collaboration avec le patient et les équipes de soins. Déterminer les objectifs à atteindre et les actions à prendre par le patient et les professionnels de la santé.

## Pendant

La nutritionniste assure son rôle d'accompagnement dans les objectifs de changements alimentaires, l'atteinte et le maintien de la perte de poids et la surveillance de l'état nutritionnel. La nutritionniste ou l'équipe traitante assure également :

- La surveillance de l'HbA1c aux 3 à 6 mois pour évaluer l'atteinte ou non de la rémission;
- Le suivi de la tension artérielle et du cholestérol et l'ajustement ou le maintien des médicaments selon les valeurs;
- L'état d'hydratation;
- La prescription de laxatifs au besoin;
- La prescription de vitamines et minéraux au besoin.

## Après

Si la rémission est atteinte, la nutritionniste ou l'équipe traitante assure :

- La surveillance de l'HbA1c aux 6 mois environ pour valider l'absence de rechute;
- Le suivi de la tension artérielle et du cholestérol et l'ajustement ou le maintien des médicaments selon les valeurs;
- L'accompagnement dans le maintien des saines habitudes de vie.

Il est important de mentionner au patient que, malgré la rémission du diabète, les saines habitudes de vie doivent être maintenues. La perte de poids doit également être maintenue pour diminuer les risques d'une rechute.

## Conclusion

Le domaine de la rémission du diabète de type 2 n'en est qu'à ses débuts, et des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de développer des protocoles plus établis. Même si la rémission du diabète de type 2 semble actuellement comporter des risques, elle peut être bénéfique chez certaines personnes, mais aussi un espoir chez d'autres. Il est de notre rôle d'accompagner toute personne qui souhaiterait s'engager dans un protocole de rémission afin d'assurer une évaluation et une prise en charge adéquate. Assurer notre place dans les équipes permet également de minimiser les risques associés à ce que la prise en charge nutritionnelle soit réalisée par d'autres professionnels moins outillés. Les nutritionnistes qui prendront ce rôle doivent être prêtes à gérer une certaine ambiguïté. La communication et la collaboration avec le patient seront essentielles tout au long de la démarche de rémission du diabète de type 2.

## Références

1. Riddle MC, Cefalu WT, Evans PH, Gerstein HC, Nauck MA, et al. Consensus Report: Definition and Interpretation of Remission in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2021 Aug 30;44(10):2438-44. doi: 10.2337/dci21-0034.
2. MacKay D, Chan C, Dasgupta K, Dominy C, Gagner M, et al. Remission of Type 2 Diabetes: Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Working Group. *Canadian Journal of Diabetes*, 2022 Dec;46(8):753-761.e8. doi: 10.1016/j.jcid.2022.10.004.
3. Jin S, Bajaj HS, Brazeau AS, Champagne J, MacDonald B, et al. Remission of Type 2 Diabetes: User's Guide. *Canadian Journal of Diabetes*; 2022 Dec;46(8):762-774. doi: 10.1016/j.jcid.2022.10.005.
4. Lean MD, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019 Mar;7(5):344e55. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30068-3.
5. Taheri S, Zaghoul H, Chagoury O, Elhadad S, Ahmed SH, et al. Effect of intensive lifestyle intervention on bodyweight and glycaemia in early type 2 diabetes (DIADEM-I): an open-label, parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020 Jun;8(6):477-489. doi: 10.1016/S2213-8587(20)30117-0.
6. Ried-Larsen M, Johansen MY, MacDonald CS, Hansen KB, Christensen R, et al. Type 2 diabetes remission 1 year after an intensive lifestyle intervention: A secondary analysis of a randomized clinical trial. *Diabetes Obes Metab*. 2019 Oct;21(10):2257e66. doi: 10.1111/dom.13802.
7. Gregg EW, Chen H, Wagenknecht LE, Clark JM, Delahanty LM et al. Association of an Intensive Lifestyle Intervention With Remission of Type 2 Diabetes. *JAMA*. 2012 Dec 19;308(23):2489-2496. doi:10.1001/jama.2012.67929.

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.

# Identifier et surmonter les biais cognitifs parentaux pour développer une alimentation saine chez les enfants

## MOTS CLÉS

sciences comportementales, parentalité, conseils nutritionnels, alimentation saine, adhésion aux interventions.

## CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer liés à cet article.

## SOURCE DE FINANCEMENT

OD est gagnant d'une bourse de chercheurs-boursiers cliniciens – Junior 2 du Fonds de recherche du Québec – Santé.



Alice Moyne, B. Sc., M. Sc. (candidate)



Olivier Drouin, MDCM, M. Sc., MPH

Plusieurs saines habitudes alimentaires ont leurs origines dans l'enfance (1), d'où l'importance d'en faire la promotion. Cependant, on observe un important écart entre les habitudes de vie des enfants et les recommandations des sociétés savantes. Par exemple, au Canada, les boissons sucrées peuvent représenter jusqu'à 18 % de l'apport total en énergie des enfants (2). Le fondement d'une alimentation équilibrée dès la petite enfance augmente la probabilité qu'elle soit maintenue plus tard (1), ce qui réduit aussi le risque de maladies chroniques (3).

Même en se basant sur des modèles et des théories de changement de comportement, les interventions visant à améliorer les habitudes alimentaires des enfants sont souvent peu efficaces. Parmi les plus populaires, notons, d'une part, la théorie cognitive sociale de Bandura, développée en 1960. Celle-ci met l'accent sur les expériences individuelles, l'environnement et les actions d'autrui comme facteurs influençant de façon prédominante les comportements liés à la santé (4). Elle a par exemple été employée pour prédire, chez les enfants, les habitudes en matière de consommation de fruits et légumes (5) ainsi que d'aliments à base de grains entiers (6). D'autre part, les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié, développées par Fishbein et Ajzen en 1985, suggèrent que le comportement humain est engendré par l'intention de le réaliser (7). Ces théories ont été utilisées notamment pour prédire l'intention des parents de contrôler la consommation de collations sucrées chez leurs enfants, et de prédire ce comportement chez l'enfant (8).

Ces modèles de comportement classiques présentent toutefois plusieurs limites pour prédire les changements de comportement; en effet, ils ne traduisent pas toute la complexité des changements de comportement (9). Par exemple, les émotions et les résultats anticipés influencent empiriquement les décisions alimentaires (10), mais ces théories ne les prennent souvent pas en compte. Elles mettent également en relief les facteurs personnels et négligent l'influence des facteurs sociaux et environnementaux ainsi que des aspects émotionnels et psychologiques, comme la motivation et l'autodétermination (11,12). Cela limite la capacité de ces théories à anticiper certains résultats observés empiriquement et ne permet pas d'expliquer certains comportements qui seraient autrement irrationnels, tels que la persistance de la consommation d'aliments riches en gras malgré une conscience des risques pour la santé (13, 14, 15). Certaines de ces théories ne proposent pas d'explications claires des mécanismes de changement de comportement ni de stratégies précises pour les modifier (9, 16).

Pour mieux comprendre la complexité des comportements humains, il est pertinent de connaître les biais cognitifs qui affectent le changement de comportement. Ces biais sont des distorsions qui influencent le jugement et les décisions (17). Dans le cas du changement de comportement alimentaire, les nutritionnistes peuvent jouer un rôle clé en aidant à corriger ces distorsions. L'objectif de cette revue de littérature est d'identifier les principaux mécanismes cognitifs des parents qui entravent des changements de comportement alimentaire des enfants, ainsi que certaines stratégies pour les aborder.

## Méthodologie

Pour cette revue narrative, la base de données PubMed a été utilisée avec les mots clés suivants (en français et en anglais): « pédiatrie », « sciences comportementale », « nutrition », « changement de comportement », « biais cognitifs ». Les articles scientifiques publiés en anglais et en français ont été inclus. Les références des articles sélectionnés ont également été consultées pour identifier d'autres études pertinentes. Aucune restriction n'a été appliquée quant au type ou à la date de publication des articles.

## La communication des risques personnels

Selon la théorie des croyances en matière de santé, la perception du risque de conséquences négatives associées à un comportement est un facteur déterminant pour motiver son changement. Par exemple, un patient serait plus enclin à adapter son alimentation afin de mieux gérer sa dyslipidémie s'il croit qu'il risque de développer une maladie cardiovasculaire. Toutefois, de façon générale, les individus tendent à croire qu'ils sont moins susceptibles de vivre des événements négatifs (ex. : développer une maladie grave) que la moyenne des gens, et plus enclins à vivre des événements positifs (ex. : vivre au-delà de 80 ans) (18). Ce biais d'optimisme pourrait être renforcé par différents facteurs, tels qu'une perception sélective, la comparaison sociale, le sentiment de contrôle et la minimisation de sa propre vulnérabilité (19, 20). Les patients sont souvent mal informés des comportements protecteurs adoptés par les autres. Cela crée une perception biaisée qui normalise les comportements à risque et diminue leur motivation à changer (20, 21, 22).

Ce biais d'optimisme se manifeste aussi chez les parents dans l'évaluation des risques liés à la santé de leur enfant (23, 24). Dans cette population, le biais d'optimisme peut être réduit si l'on renforce, chez les parents, le sentiment que leur enfant est vulnérable, tout en prenant garde de ne pas les inquiéter (24). Pour ce faire, les diététistes peuvent encourager l'optimisme parental tout en soulignant l'importance de se montrer actif en matière de précautions afin d'éviter de futurs problèmes de santé (25). Par exemple, il pourrait être pertinent de dresser avec les parents une liste des habitudes alimentaires de l'enfant. Il convient de décrire et d'expliquer les liens de cause à effet entre ces différentes habitudes et leurs conséquences potentielles sur la santé à long terme. Il peut même s'avérer nécessaire de guider les parents en leur indiquant les habitudes à maintenir et celles qui requièrent un changement (21). Cependant, il est crucial de noter que le simple fait de nommer aux parents les risques liés aux habitudes de vie de leur enfant ne suffit pas à diminuer leur biais d'optimisme (24, 26).

Pour atténuer ce biais, les nutritionnistes peuvent aider les parents à adopter une vision plus objective lorsqu'ils évaluent les comportements d'autrui. Une observation et une comparaison attentives des facteurs de risque et des comportements protecteurs de leurs proches peuvent faciliter la prise de conscience (21). En effet, puisqu'il s'agit de personnes connues d'eux, les parents disposent généralement de plus d'informations à leur sujet, ce qui peut les amener à réaliser que les enfants de leur entourage ne sont pas nécessairement plus enclins à développer des maladies que les leurs (27). Cependant, il est important de faire preuve de vigilance pour éviter de stéréotyper les personnes à risque. Pour cela, il est primordial de mettre en évidence le statut médical des individus comparés, afin de prévenir un biais d'optimisme accru. À terme, cela encourage les parents à ne pas se comparer à d'autres individus sur la base de normes inappropriées (20).

## Effet de nouveau départ

Certains objectifs personnels sont associés à des occasions particulières avec échéances précises, comme l'étude pour un examen ou un entraînement en vue d'un marathon. Inversement, d'autres objectifs n'ont pas de contraintes temporelles précises, ce qui rend tout engagement à leur égard plus abstrait sur le plan temporel (28). Un bon nombre d'objectifs nutritionnels figurent dans cette deuxième catégorie. Certains repères temporels peuvent être perçus comme des occasions d'évoluer et de progresser dans la réalisation d'objectifs personnels et peuvent donc servir de catalyseurs de changement d'habitudes alimentaires. Ils peuvent inclure des repères personnels, comme un anniversaire, un déménagement ou un changement de carrière, tandis que d'autres sont socialement construits, tels que le début d'un mois ou la fin des vacances (29).

Ces repères temporels agissent également comme des coupures naturelles qui permettent aux individus de se distancer de leurs erreurs passées (31) et d'évaluer plus objectivement leurs comportements (32, 33). De plus, ces repères temporels interrompent l'attention portée au quotidien, ce qui encourage une réflexion globale et orientée par des objectifs préexistants (30). Enfin, ce concept psychologique reflète la croyance en la possibilité pour chacun de prendre un nouveau départ, indépendamment du passé ou de la situation actuelle (29).

Il pourrait donc être avantageux de profiter de ces périodes de transition pour augmenter les chances d'adhésion à de nouvelles habitudes alimentaires.

### L'implémentation d'intention

Lorsque confrontés à de multiples choix, les individus peuvent éprouver une fatigue décisionnelle, laquelle entraîne des décisions impulsives, biaisées et malsaines. Or, les choix liés à l'alimentation sont à la fois fréquents et pluriels, c'est-à-dire qu'ils incluent plusieurs options (34). Ainsi, une personne cherchant à améliorer ses habitudes alimentaires peut éprouver une fatigue décisionnelle quant à la nécessité de faire des choix répétés de repas, de portions et d'ingrédients. Cette fatigue peut l'inciter à se tourner vers une option facile et disponible, par exemple des plats surgelés, qui peuvent être moins compatibles avec une saine alimentation.

Il peut donc être suggéré de simplifier les options disponibles, d'établir une routine et d'automatiser certaines décisions. Un plan d'implémentation peut aider les parents à automatiser les choix sains en éliminant le besoin d'une décision consciente, sans contrôle de soi laborieux ni effort perçu (35).

Par exemple, en formulant l'intention suivante : « Si nous faisons une sortie en famille, alors nous apporterons une collation comprenant au moins un fruit et un produit laitier », les parents peuvent réduire les risques d'achat de collations moins saines. Cela établit un lien concret entre la situation et l'action désirée, ce qui renforce la reconnaissance des situations appropriées pour le comportement souhaité (35).

La répétition de ce plan conduit à l'automatisation des comportements (36). Définir une action singulière permet également de préciser des objectifs initialement trop vagues et favorise l'engagement des parents (36, 37). De plus, si une occasion de réaliser l'action est manquée, cela n'affectera pas sérieusement le processus de formation d'habitudes (38).

Pour développer un plan d'implémentation, il importe d'abord d'expliquer aux parents les effets néfastes potentiels de certaines habitudes alimentaires actuelles de l'enfant. Ensuite, on peut leur demander d'identifier une situation fréquemment rencontrée dans leur environnement, de préférence plusieurs fois par jour. Une fois que la situation a été déterminée, on peut choisir une action simple à poser en lien avec l'objectif souhaité. Il est préférable que les parents choisissent eux-mêmes les comportements ciblés afin de favoriser leur autonomie et leur intérêt. Cependant, le diététiste peut les aider dans cette démarche en prenant en compte leurs besoins et leurs envies. Il est également recommandé de choisir un nouveau comportement, tel que l'ajout de deux légumes à chaque repas, plutôt que d'abandonner une habitude, car rompre une habitude requiert la mise en place de stratégies plus complexes (37).





### **Internalisation d'une alimentation saine**

Bien que généralement conscients de l'importance d'adopter une alimentation saine, les parents démontrent souvent une faible adhésion aux interventions nutritionnelles en pédiatrie (39). Or, la motivation joue un rôle crucial dans la détermination du comportement. Cette dernière est influencée par des facteurs internes (par exemple, manger des fraises parce que c'est bon) et externes (finir son assiette pour avoir droit à un dessert). Cependant, l'utilisation de récompenses externes peut réduire l'intérêt intrinsèque chez les enfants (40). Par exemple, si l'on récompense avec une crème glacée un enfant qui a mangé ses légumes au repas, celui-ci sera moins enclin à manger ses légumes dans le futur en l'absence de la récompense associée. Ainsi, il est recommandé d'informer les parents de ne pas recourir à la nourriture comme récompense ou punition.

L'objectif est donc de favoriser une motivation durable et intrinsèque pour maintenir une alimentation saine. La motivation intrinsèque a son origine dans les trois besoins psychologiques : l'autonomie, la compétence et le besoin d'appartenance (41). Le fait de satisfaire ces besoins fondamentaux permet l'internalisation des comportements en les intégrant à l'identité du soi, par exemple « Je suis une personne qui mange sainement » (42).

Selon la théorie de l'évaluation cognitive, pour combler le besoin d'autonomie, il est bénéfique de fournir aux parents des exemples de saines habitudes alimentaires et de les encourager à choisir celles qui correspondent le mieux à leurs besoins et préférences, plutôt que d'imposer des objectifs ou d'exercer une pression en ce sens (43).

Pour satisfaire le besoin de compétence, le fait d'élaborer un plan d'action clair et réalisable peut rendre l'adoption de saines habitudes alimentaires plus concrète et moins intimidante pour les parents. Finalement, pour combler le besoin d'appartenance, il peut être bénéfique d'encourager la prise de repas en famille (44) et les occasions de découvertes alimentaires chez leur enfant (45).

Ainsi, les parents peuvent être plus enclins à internaliser ces comportements dans leur identité, ce qui peut accroître le maintien d'une alimentation saine chez leurs enfants.

### **Les orientations d'autorégulation**

Selon l'orientation d'autorégulation du comportement, le processus de changement de comportement comprend deux étapes distinctes : l'initiation, basée sur la motivation et la confiance en soi, et le maintien, qui dépend de la satisfaction des résultats (46). Ces phases exigent des approches différentes en raison des obstacles propres à chacune (37).

Selon la théorie des focus régulateurs de Higgins (1998), il existe deux orientations d'autorégulation : la promotion et la prévention. Or, les patients en phase d'initiation manifestent principalement une orientation d'autorégulation axée sur la promotion, tandis que ceux en phase de maintien adoptent davantage une perspective préventive (46). Adapter la discussion à la phase de changement du patient peut favoriser la satisfaction de celui-ci vis-à-vis de ses actions (47).

La phase d'initiation se focalise sur le développement personnel, les accomplissements, les bénéfices et les gains (48), principalement en lien avec la promotion de changements de comportement liés à la santé. Cela découle de l'optimisme visant à réduire la différence entre le soi actuel et le soi désiré. Une approche enthousiaste dans la discussion du changement de comportement peut être bénéfique (49), en mettant l'accent sur le plaisir des résultats positifs (gain) ou l'évitement des conséquences négatives (non-gain) (50). À titre d'exemple, encourager les parents à exprimer leurs espoirs et leurs aspirations concernant l'alimentation de leurs enfants est efficace (51): « Que voulez-vous en tant que parents? »

Pour faciliter l'initiation du changement de comportement, un plan d'implémentation d'intention personnalisé peut être proposé, accompagné de messages encourageants.

La phase de maintien dépend de la satisfaction obtenue par les résultats et est influencée par une autorégulation orientée vers la prévention des pertes (46). Le succès est lié à la capacité de maintenir la différence entre le soi actuel et le soi du passé, qui adoptait des comportements non désirés (52). Il est crucial de mettre l'accent sur la vigilance pour éviter le retour à ces comportements non souhaités (49). Pour ce faire, le diététiste peut rappeler aux parents les gains positifs obtenus grâce aux nouveaux comportements et les sensibiliser aux effets néfastes potentiels liés à leur abandon. En posant aux parents des questions comme « Que s'est-il passé? », le diététiste leur permet d'évaluer de manière succincte la valeur de leur expérience et de décider s'ils souhaitent continuer dans cette voie (37). Le diététiste peut ainsi accompagner les parents dans leur réflexion afin qu'ils se sentent en accord avec leurs actions.

## **Conclusion**

En résumé, certaines stratégies issues des sciences comportementales peuvent faciliter la promotion de saines habitudes alimentaires en pédiatrie. Comprendre les biais cognitifs ainsi que les pensées rationnelles et irrationnelles des parents permet aux nutritionnistes d'intervenir efficacement. Cela peut conduire à l'adoption durable d'une alimentation saine chez les enfants.



## Références

- Movassagh EZ, Baxter-Jones AD, Kontulainen S, Whiting SJ, Vatanparast H. Tracking Dietary Patterns over 20 Years from Childhood through Adolescence into Young Adulthood: The Saskatchewan Pediatric Bone Mineral Accrual Study. *Nutrients*. 2017;9(9):990. <https://doi.org/10.3390/nu9090990>.
- Danyliw AD, Vatanparast H, Nikpartow N, Whiting SJ. Beverage intake patterns of Canadian children and adolescents. *Public Health Nutr*. 2011 Nov;14(11):1961-9. doi:10.1017/S1368980011001091. Epub 2011 Jun 23. PMID: 21729471.
- Darnton-Hill I, Nishida C, James WP. A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutr*. 2004 Feb;7(1A):101-21. doi:10.1079/phn2003584. PMID: 14972056.
- Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychol Amp Health*. 1998;13(4):623-49. <https://doi.org/10.1080/08870449808407422>
- Bere E, Klepp K-I. Changes in accessibility and preferences predict children's future fruit and vegetable intake. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2005;2:15. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-2-15>
- Burgess-Champoux T, Marquart L, Vickers Z, Reicks M. Perceptions of Children, Parents, and Teachers Regarding Whole-Grain Foods, and Implications for a School-Based Intervention. *J Nutr Educ Behav*. 2006;38(4):230-7. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2006.04.147>
- Fishbein M, Ajzen I. Predicting and changing behavior: the reasoned action approach. *Psychology Press*; 2010.
- Astrøm AN, Kiwanuka SN. Examining intention to control preschool children's sugar snacking: a study of carers in Uganda. *Int J Paediatr Dent*. 2006;16(1):10-8.
- Norman P, Conner M. Health Behavior. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. 2017. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05143-9>
- Gardner B, Lally P. Does intrinsic motivation strengthen physical activity habit? Modeling relationships between self-determination, past behaviour, and habit strength. *J Behav Med*. 2013;36(5):488-497. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9442-0>
- Norman P, Conner M. The role of social cognition models in predicting health behaviours: Future directions. In: Conner M, Norman P, eds. Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models. *Open University Press*; 1996:197-225.
- Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and health behaviours. In: Conner M, Norman P, eds. Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models. *Open University Press*; 1996:163-196.
- Conner M, Norman P. Health Behavior. *Comprehensive Clinical Psychology*. 1998;1-37. [https://doi.org/10.1016/B0080-4270\(73\)00260-1](https://doi.org/10.1016/B0080-4270(73)00260-1)
- West R. Time for a change: putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction*. 2005 Aug;100(8):1036-9.
- Ogden J. Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychol*. 2003;22(4):424-428. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.4.424>
- Sharma M. Theoretical foundations of health education and health promotion. 3<sup>rd</sup> ed. *Jones & Bartlett Learning*; 2017.
- Korteling JE, Toet A, van Erp JBF. Cognitive bias and how to improve sustainable decision making. *Front Psychol*. 2023;14:1129835. doi:10.3389/fpsyg.2023.1129835.
- Weinstein ND. Unrealistic optimism about future life events. *J Pers Soc Psychol*. 1980;39(5):806-820. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.5.806>
- Hoorens V. Self-Favoring Biases, Self-Presentation, and the Self-Other Asymmetry in Social Comparison. *J Pers*. 1995;63(4):793-817. <https://doi.org/10.1111/J.1467-6494.1995.TB00317.X>
- Miles S, Scaife V. Optimistic bias and food. *Nutr Res Rev*. 2003;16(1):3-19. doi:10.1079/NRR200249
- Kreuter MW, Strecher VJ. Changing inaccurate perceptions of health risk: results from a randomized trial. *Health Psychol*. 1995 Jan;14(1):56-63.
- Bicchieri C, Dimant E, Gelfand M, Sonderegger S. Social norms and behavior change: The interdisciplinary research frontier. *J Econ Behav Organ*. 2023;205:A4-A7. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2022.11.007>
- Drouin O, Winickoff JP, Thorndike AN. Parental optimism about children's risk of future tobacco use and excessive weight gain. *Acad Pediatr*. 2019;19(1):90-96.
- Lench HC, Quas JA, Edelman RS. My child is better than average: the extension and restriction of unrealistic optimism. *J Appl Soc Psychol*. 2006 Dec;36(12):2963-2979. <https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00137.x>
- Wright DR, Christakis DA, Lozano P, Saelens BE. Healthy, Wealthy, and Wise? Exploring Parent Comparative Optimism About Future Child Outcomes. *MDM Policy Pract*. 2018. <https://doi.org/10.1177/2381468318774776>
- Weinstein ND, Klein WM. Resistance of personal risk perceptions to debiasing interventions. *Health Psychol*. 1995 Mar;14(2):132-140. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.14.2.132>
- Alicke MD, Klotz ML, Breitenbecher DL, Yurak TJ, Vredenburg DS. Personal contact, individuation, and the better-than-average effect. *J Pers Soc Psychol*. 1995 May;68(5):804-825. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.5.804>
- Hennecke M, Converse BA. Next Week, Next Month, Next Year. *Soc Psychol Pers Sci*. 2017. <https://doi.org/10.1177/1948550617691099>
- Chen S, Kou S, Shu L. Gradually or immediately? The effects of ad type and fresh start mindset on health persuasion. *Curr Psychol*. 2022. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03471-7>
- Dai H, Milkman KL, Riis J. The fresh start effect: temporal landmarks motivate aspirational behavior. *Manag Sci*. 2014 Oct;60(10):2563-2582. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2014.1901>
- Wilson AE, Ross M. From chump to champ: people's appraisals of their earlier and present selves. *J Pers Soc Psychol*. 2001 Apr;80(4):572-84.
- Liu W, John D. Focusing on desirability: the effect of decision interruption and suspension on preferences. *J Consum Res*. 2008 Dec;35(4):640-652. <https://doi.org/10.1086/592126>
- Trope Y, Liberman N. Temporal construal. *Psychol Rev*. 2003 Jul;110(3):403-421. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.3.403>
- Pignatiello GA, Martin RJ. Decision Fatigue: A Conceptual Analysis. *J Health Psychol*. 2020 Jan;25(1):123. <https://doi.org/10.1177/1359105318763510>
- Bieleke M, Keller L, Gollwitzer PM. If-then planning. *Eur Rev Soc Psychol*. 2021;32(1):88-122. <https://doi.org/10.1080/10463283.2020.1808936>
- Gollwitzer PM. Goal Achievement: The Role of Intentions. *Eur Rev Soc Psychol*. 1993;4(1):141-185. <https://doi.org/10.1080/14792779343000059>
- Rothman AJ, Sheeran P, Wood W. Reflective and automatic processes in the initiation and maintenance of dietary change. *Ann Behav Med*. 2009 Oct;38 Suppl 1(Suppl 1):S4-S17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9118-3>
- Gardner B, Lally P, Wardle J. Making health habitual: the psychology of 'habit-formation' and general practice. *Br J Gen Pract*. 2012 Oct;62(605):664-666. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X659466>
- Glanz K. Current Theoretical Bases for Nutrition Intervention and Their Uses. In: Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease. *Elsevier*; 2001:83-93. <https://doi.org/10.1016/B978-012193155-1/50008-8>
- Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. *Plenum*; 1985.

41. Arnautovska U, Kesby JP, Korman N, et al. Biopsychology of Physical Activity in People with Schizophrenia: An Integrative Perspective on Barriers and Intervention Strategies. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2022;18:2917-2926. <https://doi.org/10.2147/NDT.S393775>
42. Kris-Etherton PM, Petersen KS, Després JP, et al. Strategies for Promotion of a Healthy Lifestyle in Clinical Settings: Pillars of Ideal Cardiovascular Health: A Science Advisory from the American Heart Association. *Circulation*. 2021;144(24):E495-E514. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001018>
43. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000 Jan;55(1):68-78. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.68>
44. Knobl V, Dallacker M, Hertwig R, Mata J. Happy and healthy: How family mealtime routines relate to child nutritional health. *Appetite*. 2022;171:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.105939>
45. Wong F, Huhman M, Heitzler C, Asbury L, Bretthauer-Mueller R, McCarthy S, Londe P. VERB - a social marketing campaign to increase physical activity among youth. *Prev Chronic Dis*. 2004 Jul;1(3):A10. doi: 10.1016/j.appet.2022.105939.
46. Rothman AJ. Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychol*. 2000 Jan;19(1 Suppl):64-9.
47. Latimer AE, Williams-Piehot P, Katulak NA, et al. Promoting fruit and vegetable intake through messages tailored to individual differences in regulatory focus. *Ann Behav Med*. 2008;35:363-369.
48. Mao B, Kim S, Peng W. The interplay between message framing and message recipients' regulatory focus in promoting HPV prevention strategies. *J Health Commun*. 2021;26(2):92-103. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.1895918>
49. Angel V, Hermans J. Théorie des focus régulateurs: état de l'art et défis pour la cognition entrepreneuriale. *Rev Entrepreneuriat/Review Entrepreneurship*. 2019;18:23-71. <https://doi.org/10.3917/entre.181.0023>
50. Higgins ET, Friedman RS, Harlow RE, et al. Achievement orientations from subjective histories of success: Promotion pride versus prevention pride. *Eur J Soc Psychol*. 2001;31(1):3-23. <https://doi.org/10.1002/ejsp.27>
51. Jin S-AA. Self-discrepancy and regulatory fit in avatar-based exergames. *Psychol Rep*. 2012;111(3):697-710.
52. Rothman AJ, Baldwin AS, Burns RJ, Fuglestad PT. Strategies to promote the maintenance of behavior change: Moving from theoretical principles to practice. In: *Handbook of Health Decision Science*. Springer New York; 2016:121-132. [https://doi.org/10.1007/978-1-4939-3486-7\\_9](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-3486-7_9)

# NUTRIUM

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



Utilisez le code CALP50 pour 50% de rabais sur les conférences à la pièce\*

\*À utiliser dans le panier d'achats sur [fcnutrium.umontreal.ca](http://fcnutrium.umontreal.ca) jusqu'au 15 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 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
8½ x 11 po	8½ x 5 po	3¾ x 5 po	8½ x 3½ po

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

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



Ordre des diététistes  
nutritionnistes  
du Québec

# Formation continue 2022–2025 : agir avant l'échéance !



Marie-Jean Cournoyer, Dt.P.  
Coordonnatrice, formation continue

## MESSAGES CLÉS

- L'objectif de formation continue pour la période de référence 2022-2025 est de 60 heures de formation continue (HFC), dont un minimum de 6 HFC choisies à partir d'une liste d'activités dressée par l'ODNQ.
- Les membres doivent terminer les activités de formation continue au plus tard le 31 mars 2025.
- Les activités de formation continue doivent être déclarées dans le portfolio Mon espace ODNQ au plus tard le 30 avril 2025.
- Pour plus d'information, consultez la page [Formation continue obligatoire](#).

La nutrition est un domaine très dynamique pour lequel les données probantes, les lignes directrices de même que les recommandations évoluent constamment en fonction de la recherche, des consensus scientifiques et des nouvelles technologies qui émergent régulièrement. Afin de se conformer à leur obligation déontologique d'offrir des services nutritionnels de qualité selon les normes professionnelles et les données actuelles de la science généralement reconnues (1) [art. 14], et de mettre en pratique les nouvelles connaissances reliées au domaine de la nutrition, les diététistes-nutritionnistes doivent s'assurer de mettre à jour leurs connaissances (1) [art. 1]. Pour encadrer cette obligation de formation continue, l'Ordre des diététistes nutritionnistes du Québec (ODNQ) dispose d'un [Règlement sur la formation continue obligatoire des diététistes](#) (le Règlement) dont la période de référence actuelle débutée le 1<sup>er</sup> avril 2022 prend fin le 31 mars 2025. L'article qui suit répond à plusieurs questions au sujet de la formation continue afin de permettre aux membres de l'ODNQ d'agir avant l'échéance pour se conformer à leur obligation pour la période 2022-2025.

## Quelles sont les obligations de formation continue ?

Selon le Règlement, qui est applicable à l'ensemble des membres, peu importe leur domaine d'exercice (clinique, gestion, santé publique, industrie) ou leur statut d'emploi (travail salarié à temps complet ou partiel, travail autonome, bénévolat, sans emploi), les membres doivent effectuer et déclarer un minimum de 60 heures de formation continue (HFC) par période de référence de trois ans dont un minimum de 6 HFC doit provenir de l'offre de formation dressée par l'Ordre (2) [art. 1].

Pour les membres qui s'inscrivent ou se réinscrivent en cours de période, l'objectif de formation continue de 60 HFC est ajusté au prorata du nombre de mois complets non écoulés pour la période de référence en cours (2) [art. 3]. Cependant, le minimum de 6 HFC proposées par l'Ordre ou en partenariat n'est pas ajusté au prorata. Ainsi, pour une personne qui est inscrite au Tableau de l'Ordre pour la première fois le 1<sup>er</sup> janvier 2025, l'objectif général sera ajusté à 5 HFC et toutes ces formations devront provenir de la liste d'activités de formation dressée par l'Ordre.

## Quelles sont les activités de formation qui peuvent être déclarées ?

Les membres doivent choisir des activités de formation qui ont un lien avec l'exercice de la profession et qui répondent le mieux à leurs besoins de formation (2) [art. 1]. Ainsi, les activités de formation continue varient selon les membres et ne sont pas limitées au seul secteur de la nutrition clinique. Selon leur domaine, les membres peuvent choisir de se former dans les domaines de la santé publique, des services d'alimentation, ou de l'industrie agroalimentaire et biopharmaceutique et aussi développer leurs connaissances et compétences en pratique collaborative et interdisciplinarité, en communication, en gestion ou en lien avec l'encadrement législatif de l'exercice de la profession, en éthique et en déontologie (2) [art. 5].

## Quelles sont les activités de formation continue reconnues par l'Ordre?

Toutes les activités de formation continue répertoriées sur la plateforme [Mon espace ODNQ](#) sont reconnues par l'Ordre. Ces activités sont déclarées automatiquement au portfolio des membres lorsqu'elles sont terminées avec succès. De plus, elles sont comptabilisées pour l'atteinte du minimum de 6 HFC provenant de la liste d'activités dressée par l'Ordre. Cette liste compte également certaines activités offertes en partenariat avec des organisations externes. Puisque ces organisations proposent aussi des activités qui ne sont pas offertes en partenariat avec l'ODNQ, il est important de suivre les instructions de déclaration pour savoir s'il s'agit d'un partenariat ou non et si la déclaration est automatique ou manuelle.

Outre les formations en ligne et en partenariat, le Règlement prévoit la reconnaissance de huit types d'activités de formation continue : 1° des cours, des séminaires, des colloques ou des conférences offerts ou organisés par une personne, une institution spécialisée, un ordre professionnel ou un organisme reconnu par l'Ordre; 2° des cours offerts par un établissement d'enseignement universitaire; 3° des formations structurées offertes en milieu de travail; 4° la préparation d'une revue de littérature requise afin d'agir à titre de conférencier, de formateur ou d'enseignant; 5° la préparation d'une revue de littérature requise pour la rédaction et la publication d'article ou d'ouvrage; 6° des sessions de formation diverses, notamment des clubs de lecture scientifique ou des groupes de travail; 7° des certifications avec un examen ou un travail d'intégration; 8° des lectures scientifiques ou en lien avec l'exercice de la profession (2) [art. 7]. Pour en savoir davantage sur ces activités, veuillez consulter la page du site de l'ODNQ portant sur les [Formations admissibles](#).

Puisque l'ODNQ n'a pas de programme de reconnaissance de la formation continue, il incombe aux membres de décider quelles activités de formation continue déclarer à leur portfolio. Cette décision doit s'appuyer sur les éléments suivants : le lien entre l'activité et l'exercice de la profession; le contenu et la pertinence de l'activité de formation; les compétences du formateur en lien avec le sujet traité; le cadre pédagogique dans lequel se déroule l'activité de formation; la qualité de la documentation fournie, le cas échéant; l'existence d'une attestation de participation ou d'une évaluation (2) [art. 10]. Une activité de formation continue de qualité doit permettre l'actualisation ou le développement de compétences propres aux diététistes-nutritionnistes ou de compétences transversales nécessaires à l'exercice de leurs fonctions; permettre l'acquisition de connaissances ou le développement de compétences pour la pratique professionnelle actuelle ou future; tenir compte des données scientifiques disponibles les plus récentes; et s'appuyer sur des pratiques exemplaires (3).

Ainsi, même si certaines activités sont reconnues par le Règlement, il n'est pas toujours pertinent d'en faire la déclaration. Prenons l'exemple des « formations structurées offertes en milieu de travail » qui sont reconnues par l'article 7 du Règlement; peut-on comprendre que toute formation exigée par l'employeur peut être déclarée? Les membres de l'Ordre sont invités à user de jugement pour répondre à cette question. En effet, une formation administrative qui ne contribue pas significativement au maintien des connaissances et au développement de compétences et qui n'a aucun impact sur la pratique professionnelle ne pourrait pas être retenue.

L'encadré qui suit présente cinq mises en situation pour donner l'occasion aux membres de s'exercer à déterminer si une activité répond aux critères de la formation continue.

Pour chacune des situations, indiquez la décision à prendre quant à la déclaration de formation continue.

### Situations

1. En vue de participer à une exposition organisée par une revue culinaire connue, Camille suit un cours de photographie alimentaire.
2. Lors du colloque Tendances Nutrition Naturelle, Dominique assiste aux conférences portant sur la vitaminothérapie IV, les régimes *détox*, l'alimentation alcaline et l'alimentation basée sur les groupes sanguins.
3. Claude travaille en nutrition scolaire et suit une formation sur les interactions médicaments-nutriments en néphrologie parce que son père a récemment reçu un diagnostic d'insuffisance rénale.
4. Sasha, qui travaille auprès d'une clientèle dysphagique présentant des risques sévères d'étouffement, fait une mise à jour de sa certification en premiers soins incluant la technique Heimlich et la RCR auprès d'un organisme agréé.
5. Marion assiste à l'assemblée générale annuelle de l'ODNQ.

Solution: (a) 5, (b) 2, (c) 3, (d) 4, (e) 5

### Déclaration de formation continue?

- a) Non, car bien qu'en lien avec l'exercice de la profession, cette activité n'est pas de la formation continue puisqu'elle ne permet pas l'actualisation ni le développement de connaissances ou de compétences en nutrition.
- b) Non, car cette activité de formation continue n'est pas en lien avec l'exercice de la profession de diététiste-nutritionniste.
- c) Non, car bien qu'en lien avec l'exercice de la profession, cette activité de formation continue n'est pas pertinente à sa pratique professionnelle.
- d) Non, cette activité de formation continue ne démontre pas de la rigueur scientifique.
- e) Oui, cette activité de formation continue est en lien avec l'exercice de la profession, pertinente à la pratique et démontre de la rigueur scientifique.

Adapté de: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [En ligne]. Montréal QC: L'Ordre; c2024. Outil d'aide à la décision [cité le 2 août 2024]; [environ 2 écrans]. Disponible : <https://www.oiiq.org/formation/aide-a-la-decision>.

### Comment doit-on déclarer la formation continue ?

Les diététistes-nutritionnistes doivent compléter leur portfolio de formation continue sur la plateforme Mon espace ODNQ. Comme indiqué précédemment, les cours en ligne et certaines activités de formation continue en partenariat de l'ODNQ sont déclarés automatiquement. Les autres formations doivent être déclarées manuellement en indiquant notamment l'activité de formation suivie; la date; le nom du formateur, de l'organisme, de l'établissement d'enseignement ou de l'institution spécialisée qui a offert l'activité; et le nombre d'heures d'activités de formation continue accumulées (2) [art. 8]. Afin de réduire le risque d'erreur, d'oubli ou de déclaration en double, il est fortement recommandé de déclarer les activités de formation continue au fur et à mesure qu'elles sont réalisées.

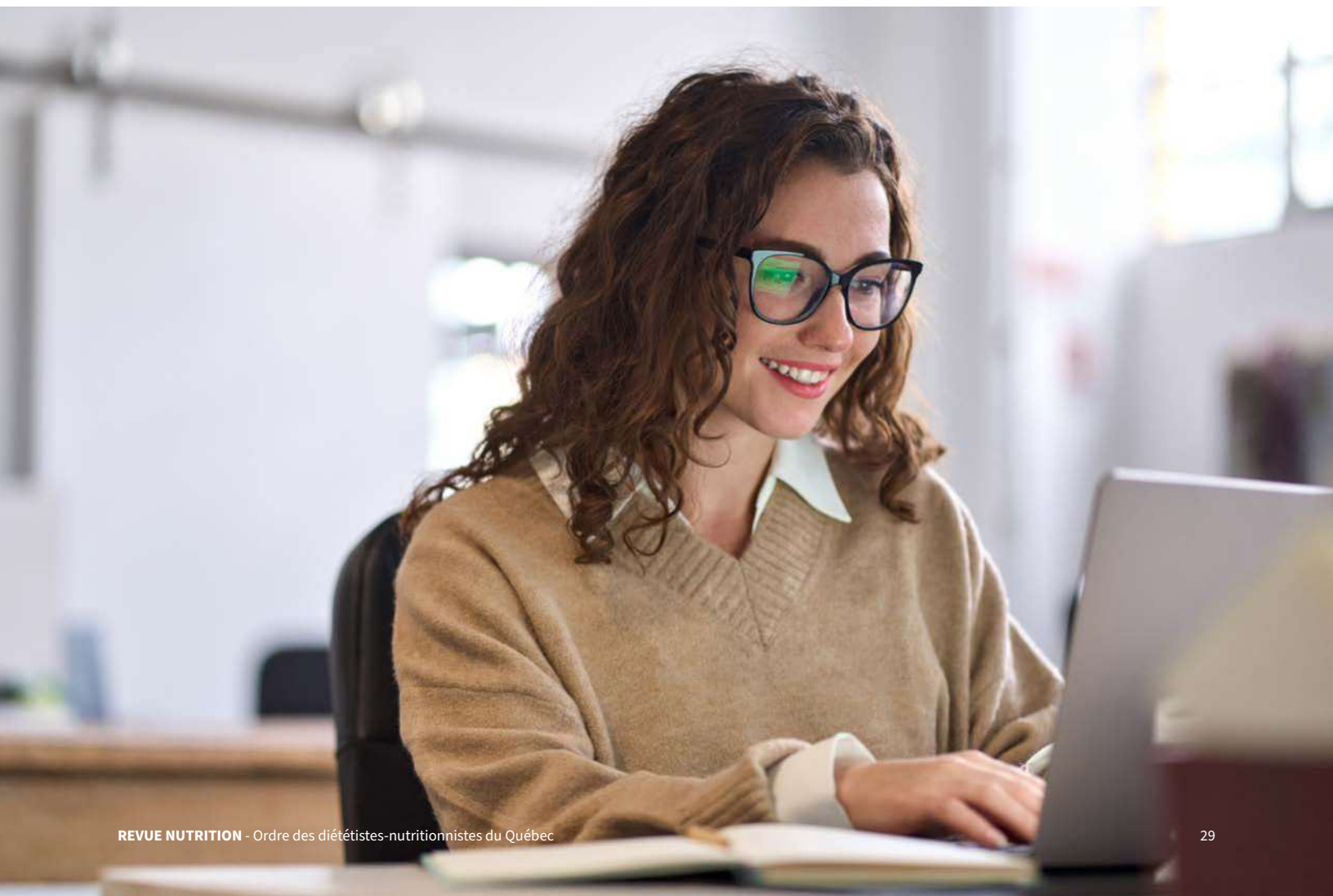
Pour plus de détails sur la déclaration de formation continue, les activités admissibles et leurs limites ainsi que les pièces justificatives pour chacune, veuillez consulter la page [Formations admissibles](#).

En ce qui concerne les pièces justificatives, l'ODNQ considère l'existence d'une attestation de participation ou d'une évaluation comme un élément indicateur de la qualité d'une activité de formation continue (2) [art. 10]. Pour cette raison, il est fortement recommandé de joindre les pièces justificatives à la déclaration de formation continue. Dans le cas contraire, le Règlement stipule que les diététistes-nutritionnistes doivent conserver les pièces

justificatives jusqu'à cinq (5) ans suivant la fin d'une période de référence (2) [art. 9]. Avec l'émergence de l'offre de formation en ligne, les membres rapportent de plus en plus fréquemment la réalisation d'activités de formation continue pour lesquelles aucune pièce justificative n'est fournie. Dans ces cas, il vaut mieux déclarer tout de même la formation continue et attester autant que possible la réalisation de ces activités à l'aide des reçus d'inscription ou de captures d'écran, par exemple.

### Dans quelles circonstances peut-on obtenir une dispense de formation continue ?

En premier lieu, on doit souligner que pour obtenir une dispense de formation continue, un ou une diététiste-nutritionniste ne doit pas exercer la profession, de façon rémunérée ou non, pendant toute la période de dispense. Les situations pour lesquelles les diététistes-nutritionnistes peuvent être dispensés, en tout ou en partie, de l'obligation de suivre des activités de formation continue, sont les suivantes : 1° inscription à temps plein à un programme d'études universitaires; 2° congé de maternité, de paternité ou parental; 3° impossibilité de les suivre pour cause de maladie, d'accident, de grossesse, d'absence pour agir comme proche aidant ou en raison de circonstances exceptionnelles; 4° être à la retraite et ne pas exercer sa profession. Toutefois, le fait qu'un ou une diététiste-nutritionniste ait fait l'objet d'une suspension ou d'une limitation de son droit d'exercer des activités professionnelles ne constitue pas une circonstance exceptionnelle donnant droit à une dispense. (2) [art. 11]



Pour obtenir une dispense, les diététistes-nutritionnistes doivent en faire la demande par écrit en remplissant le formulaire qui se trouve sous l'onglet *Mon espace/Mes demandes de dispense* de la plateforme [Mon espace ODNQ](#). Le formulaire indique la situation qui justifie la dispense, sa durée demandée et permet de joindre les pièces justificatives afférentes et d'acquitter les frais administratifs de 30 \$ plus taxes (2) [art. 12]. Si la demande est acceptée, l'objectif de formation continue général de 60 HFC diminuera d'une heure quarante minutes par mois où la situation s'applique. Il est à noter que le minimum de 6 HFC choisies parmi la liste d'activités dressée par l'Ordre n'est pas ajusté au prorata de la période de dispense. Par exemple, un ou une diététiste-nutritionniste bénéficiant d'une dispense et dont l'objectif est ajusté à 10 HFC devra tout de même réaliser un minimum de 6 HFC choisies parmi la liste d'activités dressée par l'Ordre. Dans le cas d'une dispense pour congé de maternité, de paternité ou parental ou en cas d'absence pour agir comme proche aidant, la dispense maximale est de 20 HFC par période de référence (2) [art. 11]. Par ailleurs, il faut savoir que les diététistes-nutritionnistes qui réalisent des activités de formation continue pendant une période de dispense peuvent déclarer ces activités afin qu'elles soient comptabilisées en vue de l'atteinte de leur objectif ajusté.

### Comment s'effectue le contrôle de la formation continue par l'ODNQ?

Le contrôle de la formation continue par l'ODNQ s'effectue en deux étapes. Tout d'abord, après la fin de la période de déclaration de formation continue, **une vérification quantitative** des portfolios est effectuée pour confirmer l'atteinte de l'objectif. À la suite de cette opération, pour les membres qui ont dépassé leur objectif, les heures de formation continue excédentaires, jusqu'à un maximum de 10 HFC, sont transférées vers la période de référence suivante.

Dans un deuxième temps, l'Ordre procède à des **vérifications qualitatives** des portfolios de formation continue. Ces vérifications peuvent se faire dans le cadre d'une inspection professionnelle, lors d'un processus de réadmission ou de réinscription au Tableau de l'ODNQ ou à l'occasion de vérifications qualitatives systématiques ou spécifiques sur une période pouvant aller jusqu'à cinq ans après la fin de la période de référence.

Tout membre qui fait défaut de se conformer aux obligations de formation continue reçoit un avis de l'Ordre indiquant : 1° la nature de son défaut; 2° le délai dont il dispose pour y remédier et, le cas échéant, en fournir la preuve; 3° la sanction à laquelle il s'expose s'il ne remédie pas au défaut dans le délai fixé. Les heures d'activités de formation continue cumulées à la suite de la réception d'un tel avis sont imputées en priorité à la période de référence visée par cet avis de défaut (2) [art. 15]. Pour que le défaut soit considéré comme corrigé, il faut également acquitter les frais administratifs de 75 \$ plus taxes. Par la suite, tout membre qui n'a pas remédié au défaut dans un délai de 90 jours à compter de la date de la notification de l'avis se voit radié par le conseil d'administration (2) [art. 16].

En somme, la formation continue est une obligation centrale pour tous les membres afin d'offrir des services de qualité fondés sur les données scientifiques les plus récentes et les meilleures pratiques professionnelles. En vue de vous conformer à cette obligation avant l'échéance de la période de référence 2022-25, l'Ordre vous incite à agir dès maintenant!

### Références

1. Code de déontologie des diététistes. R.L.R.Q., chapitre C-26, r. 97. (1<sup>er</sup> mai 2024).
2. Règlement sur la formation continue obligatoire des diététistes R.L.R.Q., chapitre C-26, r. 100.2. (1<sup>er</sup> mai 2024).
3. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [En ligne]. Montréal QC: L'Ordre; c2024. [Infographie] Algorithme décisionnel pour identifier les activités de développement professionnel admissibles à la norme de formation continue [cité le 2 août 2024]; [1 page]. Disponible : <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943417/formation-continue-algorithme.pdf/4a0b7bfa-f591-16f5-13e5-8bf33934a958>.

COLLOQUE ANNUEL

Gestion du poids:  
ENSEMBLE VERS  
L'ÉQUILIBRE

20 NOVEMBRE 2024  
INSCRIVEZ-VOUS!

Ordre des diététistes nutritionnistes du Québec

# HARMONISATION DES CRITÈRES

## CHOIX DES ALIMENTS PRÊTS À MANGER

Les recommandations de cet article sont élaborées pour soutenir la pratique professionnelle des diététistes-nutritionnistes. Les tableaux ont été conçus pour être utilisés comme outil de travail pour faciliter l'enseignement des meilleurs choix **d'aliments prêts à manger pour les personnes vivant avec des maladies chroniques** (p. ex. : maladies cardiovasculaires [MCV], diabète de type 2 [Db2], maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC]). Le plan de traitement nutritionnel doit être individualisé en tenant compte de l'évaluation nutritionnelle qui le précède.

Diététistes-nutritionnistes au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSSCN) et œuvrant au programme Traité Santé au CLSC Limoilou, nos services ont été réduits dans le contexte de COVID-19. Nous avons alors pris du temps pour mettre à jour nos documents d'enseignement sur l'étiquetage nutritionnel.

Nous avons commencé par consulter différentes sources telles que : Diabète Québec (DQ), Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA), Pavillon de prévention des maladies cardiaques de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval (PPMC/IUCPQ), Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM), Protégez-vous, Traité Santé Québec-Nord. Cela nous a permis d'observer des différences dans les recommandations pour les critères des meilleurs choix en épicerie. Notre objectif étant de mettre à jour nos documents et d'uniformiser les recommandations en les basant sur les données les plus récentes, nous avons contacté ces différentes sources pour déterminer « les meilleurs critères ». Ces critères en effet doivent permettre d'améliorer la condition de santé de nos usagers et donc se rapprocher des modèles alimentaires qui ont un impact sur le Db2, l'hypertension artérielle (HTA), les MPOC et les MCAS (p. ex : alimentation méditerranéenne).

Par ailleurs, nous sommes conscientes qu'il demeure essentiel d'ajuster les recommandations aux besoins de chaque patient ou patiente et qu'il est tout aussi important de considérer l'offre alimentaire. Pour cet aspect, madame Véronique Provencher, professeure titulaire à la Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation et directrice scientifique de l'Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire de l'INAF et son équipe ont identifié pour nous le nombre de produits disponibles selon nos critères pour chacune des catégories d'aliments.



**Guylaine Gagnon Dt.P.**  
Programme Traité santé  
Centre intégré universitaire  
de santé et de services sociaux de  
la Capitale-Nationale (CIUSSSCN)  
CLSC Limoilou



**Vicky Fleury-D'Anjou, Dt.P.**  
Programme Traité santé  
Centre intégré universitaire  
de santé et de services sociaux de  
la Capitale-Nationale (CIUSSSCN)  
CLSC Limoilou



Au-delà de l'étiquetage nutritionnel, les recommandations de limiter la consommation d'aliments hautement transformés et de cuisiner plus souvent sont bien mises de l'avant dans le Guide alimentaire canadien. C'est pourquoi chacun de nos documents d'enseignement sur les différentes catégories de produits alimentaires inclut une recette avec des aliments peu transformés.

Également, dans notre enseignement sur l'étiquetage nutritionnel, nous voulons aussi attirer l'attention sur les produits alimentaires qui ne contiennent pas d'additifs phosphatés.

Finalement, nous voulons que notre message puisse insister sur l'aliment dans sa globalité plutôt que sur ses nutriments. Le tableau de la valeur nutritive comporte plusieurs limites. Il est en effet important de se rappeler qu'il y a une marge d'erreur pouvant aller jusqu'à 20% pour les valeurs inscrites dans le tableau de la valeur nutritive. La détermination de valeurs chiffrées pour certaines classes d'aliments et pour certains macronutriments et micronutriments a uniquement pour but de donner des « balises » aux diététistes-nutritionnistes dans la recommandation de certaines catégories d'aliments.

**Tableau des critères de sélection**

Catégories	Portion (Santé Canada (1))	Fibres	Sodium	Sucre	AGS	Nombre de produits disponibles par rapport aux critères cliniques (2)	Exemples de meilleurs choix (Sans additif phosphaté)
<b>Pains tranchés</b>	2 tranches	≥ 6 g (Farine intégrale ou entière 1 <sup>er</sup> ingrédient <sup>3</sup> )	≤ 240 mg			2021 18 / 340 (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les Grains St-Méthode - Club miche 100% blé entiers — <b>St-Méthode</b></li> <li>Les Grains St-Méthode - Miche 100% Grains entiers — <b>St-Méthode</b></li> <li>Pain Festin de grains sans sucre, sans gras ajoutés — <b>Bon Matin</b></li> <li>Les Grains St-Méthode — 9 grains entiers — <b>St-Méthode</b></li> <li>Ezekiel 4:9 — Grains germés entiers — <b>Food for life</b></li> <li>Grains anciens — <b>Country Harvest</b></li> </ul>
<b>Céréales à déjeuner</b>	55 g (Fruits, noix, biscuits)	≥ 6 g (Céréales intégrales ou entières 1 <sup>er</sup> ingrédient)	≤ 240 mg	≤ 8 g		2021 18 / 392 (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Post Shredded Wheat &amp; Bran Spoon Size — <b>Post</b></li> <li>Alpen Muesli, sans sucre ajouté — <b>Post</b></li> <li>Granola sans sucre ajouté — pommes et baies — <b>Jordans</b></li> <li>Céréales Kashi<sup>MC</sup> GOLEAN<sup>MC</sup> Originales — <b>Kashi</b></li> <li>Céréales multigrains Grains anciens — <b>PC Biologique</b></li> </ul>
<b>Biscuits</b>	30 g	≥ 2 g		≤ 8 g (sans édulcorant artificiel)	≤ 2 g	2019 22 / 694	<ul style="list-style-type: none"> <li>Praeventia Brisures chocolat noir 70% cacao — <b>Leclerc</b></li> <li>Biscuits Graham — miel — <b>Sans nom</b></li> <li>Style de vie — Biscuits aromatisés à l'orange — avoine, canneberges et agrumes — <b>Peek Freans</b></li> <li>Style de vie — Biscuits aromatisés avec lin — Bleuets-cassonade — <b>Peek Freans</b></li> <li>Craquelins — La Ménagerie de Barnum — <b>Christie</b></li> </ul>
<b>Barres granola</b>	30 g	≥ 2 g		≤ 8 g	≤ 2 g	2018 70 / 310	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barres tendres de céréales entières Moka foncé et amandes — <b>Kashi</b></li> <li>Barres Petit-déjeuner — beurre d'arachide — <b>Kind</b></li> <li>Barres tendres mélange de petits fruits — <b>PC Menu Bleu</b></li> <li>Baies mélangées — <b>MadeGood</b></li> <li>Chocolat noir, amandes et sel marin — <b>Kashi</b></li> </ul>

<sup>3</sup> Nos études montrent que le premier ingrédient est effectivement un indicateur de la qualité nutritionnelle. Même si ce n'est pas intégral, c'est surtout le fait d'avoir une farine de blé entier qui est relié à une meilleure composition nutritionnelle (voir Véronique Provencher et coll., INAF 2023).

Tableau des critères de sélection (suite)

Catégories	Portion (Santé Canada (1))	Fibres	Sodium	Sucre	AGS	Nombre de produits disponibles par rapport aux critères cliniques (2)	Exemples de meilleurs choix (Sans additif phosphaté)
Yogourts	115 g = quantité de référence (Nous prenons 100 g pour simplifier) <sup>b</sup>			≤ 8 g de sucres (sans édulcorant artificiel) <sup>c</sup>	≤ 2 g <sup>d</sup>	2018-19 31 / 380 (Excluant grec et skyr)	Yogourt nature ≤ 2% M.G. <b>Emballage familial:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Iögo</b> — 0% M.G. — saveurs: fraise, vanille</li> <li>• <b>Riviera</b> — 2,8% M.G. yogourt ferme réduit en sucre — saveurs: toutes</li> <li>• <b>Great value</b> — 1% M.G. - saveurs: fraise, vanille</li> </ul> <b>Emballage 100 g:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Iögo</b> — 0% M.G. — saveurs: toutes</li> <li>• <b>PC (Le choix du président)</b> — 1,5% M.G. Crémeux — saveurs: toutes</li> </ul>
Craquelins	20 g	≥ 2 g + céréales intégrales ou entières comme 1 <sup>er</sup> ingrédient	≤ 120 mg		≤ 2 g	2020 47 / 439	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Craquelins faible teneur en sodium — <b>Triscuit</b></li> <li>• Pain croustillant — seigle et son d'avoine (autres choix possibles) — <b>Ryvita</b></li> <li>• Croustipain – seigle et levain (autres choix possibles) – <b>Wasa</b></li> <li>• Melba toast — grains entiers — <b>Dare</b></li> <li>• Craquelins originaux — <b>Mary's Organic</b></li> </ul>
Soupes prêtes-à-servir	250 ml	≥ 4 g	<b>Meilleurs choix:</b> ≤ 350 mg <b>Bons choix:</b> ≤ 450 mg			2022 9 / 249 12 / 249	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soupe Campagnarde — <b>Commensal</b></li> <li>• Soupe Toscane au chou frisé — <b>Commensal</b></li> <li>• Soupe aux pois cassés biologique 50% moins de sodium — <b>Amy's</b></li> <li>• Soupe Minestrone 50% moins de sodium — <b>Amy's</b></li> <li>• Soupe de lentilles et légumes biologiques 50% moins de sodium — <b>Amy's</b></li> </ul>
Repas surgelés	200 g-300 g	≥ 4 g	≤ 600 mg	≤ 10 g de sucre <b>Protéines:</b> ≥ 15 g	≤ 3 g	2018 27 / 386	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boulettes de viande marinara — <b>Healthy Choice Simply Steamers</b></li> <li>• Macaroni Végé — <b>Commensal</b></li> <li>• Sauté de poulet et légumes — <b>La cuisine à Christine</b></li> <li>• Bol énergie — Bol de poulet adobo — <b>Healthy Choice</b></li> </ul>

<sup>b</sup> Format portion individuelle (100 g/un) = portion de l'unité se rapprochant du 115 g ou format emballage familial (650 g/un) = portion en mesure domestique ex: 1/2t (120 g) se rapprochant le plus du 115 g.

<sup>c</sup> Important: dans les yogourts avec une saveur, des 8 g de sucres environ 5 g proviennent des sucres ajoutés et 3 g proviennent du lactose.

<sup>d</sup> Compter 2 g AGS/100 g de yogourt pour un yogourt à 2% M.G.

## Légende

AGS: acides gras saturés M.G.: matières grasses

## Tableaux des recommandations pour les aliments spécifiques

Recommandations – œufs					
	HARMONISATION	IUCPQ	IRCM	Diabète Québec	Société québécoise hypertension artérielle (5)
Pour la population générale	Maximum 7 œufs et moins/semaine	Jusqu'à 7/7 ou 7 œufs et moins/semaine (doc. TMAO)	Modérer la consommation d'œufs, privilégier les blancs d'œufs, produits de blancs d'œufs liquides ou préparés.  Important: limiter la consommation d'œufs sans mettre un chiffre. Donner seulement un message de modération.		
Pt à risque de maladies cardiovasculaires ou Db	Maximum 3 œufs/semaine  (Modérer la consommation d'œuf, viser un maximum de 3 jaunes d'œufs par semaine et privilégier les produits de blancs d'œufs)	Ne pas dépasser 2 à 4 œufs/semaine (doc. TMAO)			
Pt Db				DQ recommande 2-3 œufs/semaine si diabète.	
Pour la population avec HTA					2-3 œufs/semaine
Pour la population avec DLP (contrôlée ou non)		Jusqu'à 4 œufs/semaine			
Hypercholestérolémie familiale		Jusqu'à 2 œufs/semaine			

## Légende

Pt = patient      Db = diabète      DLP = dyslipidémie      TMAO = Triméthylamine N-oxide (oxyde de triméthylamine)

Recommandations – sodium	
HARMONISATION	2300 mg/j
IRCM	Société québécoise d'hypertension artérielle 2000 mg/j. 2300 mg, plus facile à atteindre.
Diabète Québec	Recommande un apport en sodium de moins de 2000 mg/jour pour les personnes vivant avec le diabète, basé sur les Lignes directrices 2018 de Diabète Canada.
IUCPQ	Se base sur 2300 mg/j (dernières lignes directrices IRC), mais nous ne l'utilisons pas en chiffre tel quel avec le patient. Approche plutôt pratico-pratique.
ANREF	Adultes de 14 à 50 ans AS: 1500 mg; AMT: 2300 mg/j - %VQ = basé sur 2300 mg/j

## Légende

AMT = Apport maximal tolérable      ANREF = Apports nutritionnels de référence      AS = Apport suffisant      %VQ = Pourcentage de la valeur quotidienne

Recommandations — aliments protéinés de source végétale (peu transformés)	
HARMONISATION	≥ 4 portions/semaine, noix, graines et légumineuses
IRCM	Y aller avec la recommandation du GAC (Manger plus souvent des aliments protéinés d'origine végétale. Ceux-ci peuvent vous fournir plus de fibres et moins de gras saturés que les autres types d'aliments protéinés. Cela peut être bénéfique pour la santé de votre cœur) + ajouter prendre au minimum 4 fois/semaine.
Diabète Québec	DQ s'appuie sur les recommandations émises par Diabète Canada dans ses Lignes directrices 2018 voulant que différents régimes alimentaires (incluant la consommation régulière de légumineuses) peuvent être envisagés chez les personnes atteintes de diabète de type 2 en tenant compte de leurs préférences, notamment : a. le régime alimentaire méditerranéen ; b. les régimes alimentaires végétaliens ou végétariens ; c. le régime alimentaire DASH ; d. les régimes alimentaires mettant l'accent sur les légumineuses séchées (p. ex. : haricots, pois, pois chiches et lentilles). Cependant, DQ ne fait pas de recommandations spécifiques relativement aux portions ou à la fréquence de consommation de légumineuses.
IUCPQ	Avec les patients, nous visons environ 30 g de noix/j de façon régulière. Ensuite, nous visons l'intégration des légumineuses, soya selon le cas par cas, approche personnalisée afin de favoriser les changements graduels et durables.
DASH (6)	4-5 fois/semaine (légumineuses, noix et graines)
C-Change (7)	« Alimentation riche en légumineuses (≥ 4 portions/semaine) » – 1 portion = 175 ml/¾ tasse
AHA (8)	Légumineuses : Healthy Diet Score (HDS-AHA) recommande la consommation de ≥ 4 portions/semaine de noix, de graines et de légumineuses. Pour les légumineuses, 0,5 tasse équivaut à une portion. Selon le United State Department of Agriculture (USDA), 0,5 tasse de légumineuses équivaut à 80 g. Nous avons donc décidé d'établir une recommandation journalière de 80 g de légumineuses. Ce groupe comprend les haricots, les pois chiches et les lentilles. Noix : Pour les noix et les graines, les mesures HDS-AHA recommandent 90 g par semaine. Pour standardiser les mesures du Cardiovascular Health Diet Index (CHDI), nous avons défini la recommandation comme étant à 12,9 g par jour.

## Légende

GAC = Guide alimentaire canadien  
AHA = American Heart Association

DASH = Dietary Approches to Stopping Hypertension

C-Change = Canadian Cardiovascular Harmonized National Guidelines Endeavour (C-CHANGE)

## Remerciements

Chantal Blais, Dt.P., IRCM

Audrey Coulombe, Dt.P., CIUSSSCN

Louise Gagnon, Dt.P., IUCPQ

Julie St-Jean, Dt.P., ÉAD, Diabète Québec

Nathalie Verret, Dt.P., IUCPQ

Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire : Véronique Provencher, Dt.P., Ph. D., Sonia Pomerleau, Dt.P., M. Sc., Pierre Gagnon, B. Sc., Ann-Sophie Boucher, auxiliaire de recherche en nutrition

## Références

- Santé Canada [En ligne]. Ottawa (ON) : Gouvernement du Canada; 2022. Tableau des quantités de référence pour les aliments [cité le 16 juin 2024]; [environ 4 écrans]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/documents-techniques-exigences-etiquetage/tableau-quantites-reference-aliments.html>
- Provencher V, Pomerleau S, Gagnon P, Boucher AS. Appui à la démarche d'harmonisation des critères de sélection initiée par un groupe de nutritionnistes du programme Traité Santé. Québec (QC) : Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire, INAF (Université Laval); 2023 [cité le 16 juin 2024].
- Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire [En ligne]. Québec (QC) : L'Observatoire; [date inconnue]. Pains tranchés – Portrait des pains tranchés disponibles au Québec (2016-2017) [cité le 16 juin 2024]; [environ 3 écrans]. Disponible : <https://offrealimentaire.ca/pains-tranches>
- Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire [En ligne]. Québec (QC) : L'Observatoire; [date inconnue]. Céréales à déjeuner – Portrait des céréales à déjeuner disponibles au Québec (2016-2017) [cité le 16 juin 2024]; [environ 3 écrans]. Disponible : <https://offrealimentaire.ca/cereales>
- Blais C, Raymond E, Jobin C, Thériault HA. Mon guide nutritionnel pour prévenir et traiter l'hypertension artérielle [En ligne]. Montréal (QC) : Société québécoise d'hypertension artérielle, 2019. Disponible : <https://sqha2.hypertension.qc.ca/wp-content/uploads/2019/04/GuideNutritionnel-3eEdition2019.pdf>
- National Heart, Lung, and Blood Institute [En ligne]. Bethesda (MD) : NHLBI; DASH Eating Plan [Last updated December 29, 2021; cité le 16 juin 2024]; [environ 8 écrans]. Disponible : <https://www.nhlbi.nih.gov/education/dash-eating-plan>
- Jain R, Stone JA, Agarwal G, Andrade JG, Bacon S, Bajaj HS, Baker B et al. Canadian Cardiovascular Harmonized National Guideline Endeavour (C-CHANGE) guideline for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care: 2022 update. CMAJ. November 07 2022;194 (43) E1460-E1480; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.220138>. Erratum publié paru dans : CMAJ. December 19, 2022;194 (49) E1694; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.221674>
- Cacau LT, Marcadenti A, Bersch-Ferreira AC, Weber B, de Almeida JC, Rodrigues CCR, Lotufo PA, et al. The AHA Recommendations for a Healthy Diet and Ultra-Processed Foods: Building a New Diet Quality Index. Front Nutr. 2022; 9:804121. doi: 10.3389/fnut.2022.804121



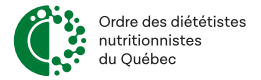
## Profitez d'assurances auto, habitation et entreprise exclusives



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



**laPersonnelle**

Assureur de groupe auto, habitation  
et entreprise

**Tarifs de groupe. Service unique.**

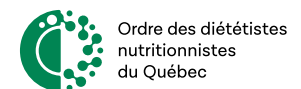


## L'institution financière des diététistes-nutritionnistes

**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**



# Mouvements du 1<sup>er</sup> avril 2024 au 31 juillet 2024

## Démissions

Andrea Abdulazer	Naomí Dargis	Camille Latour	Martine Rochette	Amélie Tremblay
Behia Abichou	Johanne D'Astous	Frédérique Latraverse	Christina Rooney	Alice Trudeau-Gratton
Nesrine Aboulhamid	Patricia Décarie	Nicole Lauzon	Mylène Roux	Valérie Turcot
Anna Aguzzi	Jackie Demers	Mathilde	Nathalie Roy	Tania Valiquette
Lucie Allard	Julie Demers	Lavigne-Robichaud	Pascale Roy	Raphaëlle Verge
Lana Almallah	Julie Deschamps	Claire Lawson	Marie Saint-Onge	Catherine Vezina
Lucie Auclair	Ghislaine Desjardins	Caroline Leblanc	Louise Saulnier	Nicole Villeneuve
Marie-Josée Audet	Alyson Devost	Joanie Lemire	Mélanie Meta Shahidi	Hélène Vincent
Caroline Auguste	Julie Doyon	Hélène Leroux	Nadine St-Laurent	Jolian Wong
Cynthia Barakat	Audrey Dubé	Camille Leroux	Ke-Nam Tran	Jenna Zaika
Christiane Barbeau	Camille Dugas	Marie Laura Li Ching Ng	Marie-Pier Tremblay	Yiyun Zhao
Laurence Bastien	Melissa Duhaime-Potvin	Nathalie Maltais		
Sabrina Beaulieu-Gagnon	Michèle Dumas	Isabelle Marcoux		
Gabrielle Bélanger	Line Duval	Patricia McKinnon		
Marie-Stéphanie	Jessica Ferris	Sylvie Mercier		
Bélisle-Mignacca	Marie-Josée Fontaine	Léa Merrette		
Linda Benabdesselam	Corine Fontaine	Rachel Meunier		
Isabelle Benoit	Mario Fortier	Hélène Michaud		
Stéphanie Benoit	Lisa Fortier	Julie-Ann Michaud		
Hélène Bernier	Julie Fortin	Marie-Eve Morin		
Sarah Berthiaume	Liam Fowler	Élisabelle Nadeau		
Hélène Blackburn	Samuel Frappier	Thuy-Liên Nguyen		
Émilie-Julie	Marie-Ève Gagnon-Nolet	Denise Ouellet		
Boislard-Dumontier	Isabelle Galibois	Evelyne Ouellette-Racicot		
Francine Boivin	Lisa Marie Gaudreault	Angelea Panagakos		
Caroline Boucher	Sarah Gauthier	Maryse Paquin-St-Onge		
Nancy Boucher	Rosemarie Gauthier	Frédérique Paradis		
Frances Boyte	Marie-Claude Gélinau	Maude Pariseau-Therrien		
Nadia Brassard	Chantal Germain	Sylvie Péladeau		
Laurie Brindle	Kary Germain	Judith Pelletier		
Annie Brodeur-Doucet	Madélie Giguère Johnson	Violaine Pigeon		
Karine Brousseau	Mariane Gingras	Chantal Plouffe		
Nancy Cardinal	Isabelle Gohier	Alexandra Plouffe-Munger		
Aline Caron	Émilie Grenier	Émilie Prévost		
Sophie	Mauurya Hart	Mélanie Primeau		
Castonguay-Paradis	Hélène Hénauld	Amélie Quenneville		
Laurence Chapdelaine	Geneviève Labbé	Céline Quintin		
Stéphanie Chevrier	Marie-Josée Lacroix	Roselyne Raïche-Lauzon		
Teodora Cioteanu	Léa Laflamme	Amélie Renaud-Villaggi		
Suzanne Côté	Isabelle Sofia Pui-Yan Lam	Chantal Riopel		
Mélanie D'Amours	Janie Lanteigne	Carol-Ann Robert		
Geneviève Daoust		Danielle Rocheleau		

## Nouvelles inscriptions

Nadja Abada	Aïcha Haris
Maya Asselin-Debelic	Jana Hazim
Grace Babine	Chloé Hoff-Paradis
Yilan Cai	Juliette Lemay
Michelle Carmelo	Chiara Masotto-Prévost
Pierre Cayer	Marie-Gabrielle
Anne Charlotte Chiasson	Potvin-Hubert
Riley DeForest	Andrée-Ann Rouleau
Audrey-Anne Desjardins	Shana Souza Grigoletti
Alyson Devost	Jessica Tremblay
Jolène Fournier	Tala Zakhour
Rose-Marie Gauthier	

## Radiations

Nathalie Côté	Filiz Kabakci
Isabelle Demers	Claudia Rivera Philippon
Nicole Doucet	Alex Simard
Anne Dubois	Valérie Trottier

## Membres - statut retraité

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



Ordre des diététistes  
nutritionnistes  
du Québec

NOTRE SAVOIR, VOTRE SANTÉ

**ODNQ.ORG**