

# NUTRITION

## SCIENCE EN ÉVOLUTION

La revue de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

# AUTOCHTONES ET NUTRITION: UN MONDE À DÉCOUVRIR

### DOSSIER

- Promouvoir l'alimentation traditionnelle pour le bien-être des peuples autochtones
- Transition nutritionnelle chez les populations autochtones du Canada
- Interventions pour améliorer l'accès aux aliments sains dans les épicerie des communautés autochtones

### LE PLUS

- La théorie de l'autorégulation : mieux comprendre les comportements alimentaires pour mieux intervenir



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

Formules nutritives – semi-élémentaires – VA98<sup>1</sup>

**Vos patients éprouvent des symptômes gastro-intestinaux?**

- Douleurs abdominales
- Diarrhée / constipation
- Nausées / vomissements

**Recommandez Vital® Peptide et PediaSure® Peptide :**

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

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



Vital® Peptide 1 Cal  
Vital® Peptide 1.5 Cal

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

*Aidez vos patients à remettre de la saveur dans leur vie*

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

# PRINTEMPS 2016

## Dossier — Autochtones et nutrition : un monde à découvrir

### 8 Promouvoir l'alimentation traditionnelle pour le bien-être des peuples autochtones

**Véronique Laberge Gaudin**, Dt.P., M.Sc.,  
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

**Julie Lauzière**, Dt.P., M.Sc.,  
étudiante au doctorat, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence,  
Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke

### 12 Transition nutritionnelle chez les populations autochtones du Canada

**Malek Batal**, Ph.D.,  
professeur agrégé et directeur de TRANSNUT,  
Département de nutrition, Université de Montréal  
**Jean-Claude Moubarac**, Ph.D.,  
chercheur, TRANSNUT, Département de nutrition,  
Université de Montréal

### 17 Interventions pour améliorer l'accès aux aliments sains dans les épicerie des communautés autochtones

**Chantal Vinet-Lanouette**, Dt.P., M.Sc.  
Département de santé publique,  
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

## Éditorial

### 4 Autochtones et nutrition : un monde à découvrir

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

**Anne-Marie Morel**, Dt.P., M.Sc.,  
Conseillère aux politiques publiques,  
Coalition québécoise sur la problématique du poids  
**Julie Robitaille**, Dt.P., Ph.D.  
Professeure agrégée, École de nutrition,  
Université Laval

## Mot de la présidente

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

## Préambule

### 6 Bref survol des nations autochtones du Québec

**Véronique Laberge-Gaudin**, Dt.P., M.Sc.  
et **Anne-Marie Morel**, Dt.P., M.Sc.

## Le Plus

### 20 La théorie de l'autorégulation : mieux comprendre les comportements alimentaires pour mieux intervenir

**Mariève Dupont**, Dt.P. Ph.D. (c) GMF-UMF  
Laval-Québec, Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Université Laval

## Chronique juridique

### 23 La formation continue obligatoire pour tous : pourquoi, pour qui, quand et comment ?

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

## Nutrition Pratico-pratique

### 26 Train the trainer : la clé d'une meilleure prise en charge des patients diabétiques dans le territoire d'Eeyou Istchee

**Hélène Porada**, Dt.P.,  
éducatrice agréée en diabète  
**Catherine Godin**, Dt.P., M.Sc.,  
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSBJ), Département de santé publique — Mistissini (Québec)

## Actualités en nutrition

### 29 Suggestions de livres

## Reportage

### 30 Retour sur le 20<sup>e</sup> congrès international de gestion agricole

**Sonia Pomerleau**, Dt.P., M.Sc.,  
Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF), Université Laval

## Sommaires de recherche

### 32 Soutien nutritionnel chez des enfants ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques : des avis mitigés

**Gisèle Jolicoeur**, stagiaire en nutrition

### 32 Composition nutritionnelle des liquides épaissis et implication clinique

**Valérie Lemay**, stagiaire en nutrition

### 33 Le premier trimestre de grossesse : une période déterminante ?

**Jennifer Labrecque**, stagiaire en nutrition

### 33 Sucres ajoutés ou naturellement présents dans les boissons et les aliments : quels sont les effets à long terme sur l'adiposité ?

**Sabrina L'Heureux**, stagiaire en nutrition

## Reconnaissance de formation continue

### 34 Questionnaire détachable pour l'obtention de crédits

#### Mission

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

#### Vision

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

## AUTOCHTONES ET NUTRITION : UN MONDE À DÉCOUVRIR



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

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

**Julie Robitaille, Dt.P., Ph.D.**  
Professeure agrégée, École de nutrition  
Université Laval

Plusieurs diététistes/nutritionnistes n'ont pas froid aux yeux et sortent des sentiers battus, notamment en ce qui a trait à leur choix de pratique. C'est entre autres le cas de celles et ceux qui travaillent avec les populations autochtones. Ces nations ont chacune une histoire, une langue, une culture et des croyances qui influencent leur façon d'être et de manger. Leur environnement géographique, leur situation sociale et économique déterminent aussi leur alimentation et leur mode de vie. Par conséquent, plusieurs aspects sont à considérer lorsqu'on intervient auprès de ces populations et de ces indivi-dus en tant que professionnel de la santé. Sans prétendre être exhaustif, ce numéro de Nutrition – science en évolution a été conçu pour démystifier certains aspects de l'alimentation des Autochtones, et aussi pour rendre hommage aux diététistes/nutritionnistes qui relèvent le défi d'accompagner ces derniers dans le but d'améliorer leur santé et leur bien-être dans le respect de leur culture et de leur histoire.

Afin de mettre en contexte ce dossier particulier, un bref portrait de la situation des Autochtones du Québec est d'abord dressé. Par la suite, Julie Lauzière et Véronique Laberge-Gaudin présentent l'importance de l'alimentation traditionnelle pour les Autochtones et son lien avec l'état nutritionnel, le bien-être et l'identité culturelle. En plus de proposer des pistes d'actions pour aider les Autochtones désirant manger de façon traditionnelle, les auteurs soulignent certains moments de l'histoire qui permettent de mieux comprendre le bagage alimentaire des Premières Nations et des Inuits.

Ensuite, Malek Batal et Jean-Claude Mobarac définissent dans leur article la transition nutritionnelle ainsi que les changements que cette dernière peut engendrer sur l'état de santé et les habitudes alimentaires. À la suite d'un bref historique de la transition nutritionnelle, ils explorent comment elle s'est manifestée chez certaines populations autochtones du Canada, présentent les causes et les caractéristiques de cette transition, de même que les répercussions sur leur santé, leur culture et leur société.

Enfin, l'accès physique et économique aux aliments sains est souvent limité, et ce, même dans les milieux autochtones géographiquement proches des grands centres urbains. À cet égard, l'article de Chantal Vinet-Lanouet porte sur différents types d'interventions en épicerie visant à influencer la qualité des choix alimentaires des communautés autochtones. Ces interventions peuvent cibler l'information au point d'achat, la promotion, la publicité, le prix ou encore l'augmentation de la disponibilité d'aliments sains. L'article et ses conclusions permettent de dégager les caractéristiques des stratégies les plus prometteuses.

Outre le dossier, l'alimentation des Autochtones est aussi au cœur d'autres articles. En effet, les diététistes/nutritionnistes Hélène Porada et Catherine Godin présentent dans le Pratico-pratique un projet lié au diabète chez les Cris. De plus, les Actualités en nutrition proposent deux ouvrages écrits, dont l'un vise l'intervention en santé chez les Autochtones.

Nous sommes convaincues que ce numéro vous plaira et vous outillera, car plusieurs membres de l'OPDQ sont ou seront peut-être appelés à intervenir auprès d'individus ou de populations autochtones, que ce soit en nutrition clinique ou en nutrition publique. Brossant le portrait d'une réalité quotidienne, occasionnelle ou encore inexplorée, les articles vous fournissent des pistes de réflexion et d'interventions pour en apprendre un peu plus sur ce monde à découvrir. ■

Bonne lecture!

Volume 14 N°1 Printemps 2016

Ordre professionnel des diététistes du Québec

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

Montréal, H3A 1B9

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

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

Édition

Ordre professionnel des diététistes du Québec

Comité éditorial

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

Chantal Bémour, Dt.P., Ph.D.

Annie Biron, Dt.P., M.Sc.

Nadine Bonneville, Dt.P., B.A.(Psy), Ph.D.(c)

Mariève Dupont, Dt.P., M.Sc.

Line Duval, Dt.P.

Clotilde Fascione, Dt.P., MPH

Hélène Gayraud, Dt.P., M.Sc.

Marie-Noël Geoffrion, Dt.P.

Geneviève Mailhot, Dt.P., Ph.D.

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

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

Coordination

Lise Tardif, adjointe aux communications

et aux services à la clientèle

Rédaction

Malek Batal, Mariève Dupont, Hélène Gayraud,

Catherine Godin, Gisèle Jolicoeur, Sabrina L'Heureux,

Véronique Laberge Gaudin, Jennifer Labrecque,

Julie Lauzière, Valérie Lemay, Anne-Marie Morel,

Jean-Claude Mobarac, Sonia Pomerleau, Hélène Porada,

Julie Robitaille, Chantal Vinet-Lanouette

Réviseurs

Tous les articles sont révisés par des pairs.

Direction artistique et production

Glagence.ca – 514 985-4181

Impression

CommuniMedia

Crédit photos

Couvert 1: Alamy. Pages 5;12: iStockphoto.

Page 20;32;33: Adobe. Pages 8;10;11: Anne-Marie Morel.

Renseignements généraux

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

Publicité

Julie Goodhue, jgoodhue@glagence.ca

514 985-4181 poste 221

Abonnement / Tarifs pour 1 an (3 numéros)

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

Mise en garde

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

Reproduction

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

Invitation à toutes et à tous

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

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada – ISSN 1708-0452

Convention de la Poste-publication n°: 40052288

Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée

au Canada à: OPDQ, 550, rue Sherbrooke O., Tour Ouest,

bureau 1855, Montréal, H3A 1B9 – opdq@opdq.org

## ERRATUM/PRÉCISION

**NUTRITION — Science en évolution**  
**Vol. 13 N° 3 Hiver 2016**

Une erreur s'est glissée dans l'article « **Trekking an altitude: influence sur le métabolisme énergétique et astuces nutritionnelles** », la Figure 1 de la page 21 illustre une augmentation (↑) de l'apport calorique résultant de l'anorexie, du mal des montagnes et de l'accès limité à la nourriture. Évidemment, une diminution de l'apport calorique (↓) aurait plutôt dû être illustrée.

**NUTRITION — Science en évolution**  
**Vol. 13 N° 3 Hiver 2016**

Une erreur de numérotation s'est glissée dans la bibliographie de l'article « **L'orthorexie nerveuse ou manger sainement... à en devenir malade!** » à la page 14. La bibliographie exacte peut être consultée sur le site de l'OPDQ — [www.opdq.org](http://www.opdq.org) — section Zone membre — Ressources/Publications — Revue.

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

Précision — Article « **Vivre avec une allergie alimentaire: répercussions sur le bien-être psychologique et la qualité de vie** » à la page 17, paragraphe de présentation.

Les allergies alimentaires affectent environ 2,5 millions de Canadiens, dont 300 000 sont des enfants de 18 ans et moins. Les enfants de 3 ans et moins sont les plus affectés, 6 % d'entre eux atteints d'une allergie alimentaire<sup>[1]</sup>. Au Québec, 300 000 personnes souffrent d'allergie alimentaire, dont 40 000 enfants dans les écoles primaires.



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

## MOT DE LA PRÉSIDENTE

Nous avons pris plaisir à concocter ce numéro de la revue même si certains choix se sont avérés plus ardues que prévu. En effet, il y a tellement de choses à rapporter qu'il nous aurait fallu plusieurs numéros consécutifs pour assouvir notre soif de connaissances! L'alimentation et la culture des Autochtones sont à la fois riches et variées. C'est pourquoi, exceptionnellement, j'ai choisi de céder la parole à deux diététistes dans le préambule qui suit afin de « mettre la table » pour ce numéro d'actualité rempli d'informations indispensables. ■

Je les en remercie et je vous souhaite bonne lecture!

## WORD FROM THE PRESIDENT

This issue of the magazine was a pleasure to put together, though some choices turned out to be more difficult than we had anticipated. There are so many things to report that it would have taken us multiple issues just to whet our appetite for knowledge! Since aboriginal food and culture are so rich and varied, I decided on an exceptional basis to turn to two dietitians for the following preamble to «set the table» for this issue, which is jam-packed with essential information. I am very grateful to them. ■

Happy reading!



# BREF SURVOL DES NATIONS AUTOCHTONES DU QUÉBEC

Véronique Laberge-Gaudin, Dt.P., M.Sc. et Anne-Marie Morel, Dt.P., M.Sc.



*Avant d’entamer la lecture du dossier spécial sur la nutrition chez les Autochtones, voici quelques renseignements généraux sur ces nations riches en histoire qui permettront de mieux situer le contexte de chaque article de cette édition.*

## La diversité des populations autochtones du Québec

Dans la population québécoise, 1,8 % des individus sont autochtones et la majorité de ceux-ci vivent en communauté. Il existe 55 communautés autochtones au Québec dont seulement une partie est localisée au nord de la province. Au fil du temps, certaines communautés ont été témoins de l’étalement des municipalités, voire de leur empiètement sur leurs territoires, et se retrouvent ainsi situées en périphérie de centres urbains comme le démontre la carte.

Le terme « Premières Nations » est utilisé pour désigner les différentes communautés autochtones à l’exception des Inuits et des Métis. Il existe 10 « Premières Nations » au Québec, soit les Abénaquis, les Algonquins, les Attikameks, les Cris, les Hurons-Wendats, les Innus (ou Montagnais), les Malécites, les Micmacs, les Mohawks et les Naskapis. Quant au terme « Inuit », il est réservé aux habitants de 14 villages nordiques situés au-delà du 55e parallèle, dans le territoire du Nunavik. Chaque nation et chaque communauté se distingue par des caractéristiques qui lui sont propres. Les propos des articles de ce numéro peuvent concerner davantage certaines communautés et ainsi ne pas s’appliquer à toutes.

### « Indien » et « réserve » : des termes à éviter

Certains termes ont, pour les communautés autochtones, une connotation péjorative, voire blessante, aussi faut-il tenter de les éviter même s'ils sont encore utilisés dans les textes de loi au Canada.

D'abord, le terme « Indien » est perçu négativement sans compter qu'il est ambigu : il peut désigner aussi bien l'habitant de l'Inde que la personne autochtone du continent américain. Le mot « Amérindien » a alors été proposé pour désigner les communautés autochtones du continent américain, mais les vocables « Premières Nations » (excluant les Inuits et les Métis) ou « Autochtones » (incluant les Premières Nations, les Inuits et les Métis) sont préférés. Ces deux derniers termes sont donc à privilégier dans vos communications.

Le terme « réserve » (encore utilisé légalement pour décrire une « parcelle de terrain dont Sa Majesté [le Canada] est propriétaire et qu'elle a mise de côté à l'usage et au profit d'une bande [indienne] ») est associé à la Loi sur les Indiens qui a toujours eu le but avoué d'assimiler les peuples autochtones à la majorité canadienne. Il est préférable d'employer des termes tels que « collectivité », « territoire », « terre » ou « communauté » pour parler des milieux de vie des Autochtones.

### Loi sur les Indiens (1876)

La Loi sur les Indiens donnait un très grand pouvoir au gouvernement pour contrôler les « Indiens ». Cette loi a créé les réserves, justifié plusieurs abus de pouvoir et entraîné une perte d'autonomie des nations autochtones et la privation de droits fondamentaux. La Loi sur les Indiens prévoyait un système de gestion des affaires indiennes imposant aux communautés locales un encadrement strict par des agents. L'encadrement ainsi exercé minait toute forme d'autonomie et d'autodétermination : on décidait pour les Autochtones. Par exemple, afin d'éviter tout soulèvement politique pouvant menacer le pouvoir, les réunions étaient surveillées et il était interdit de recueillir des fonds pour les soutenir. Jusqu'en 1985, la renonciation à l'identité autochtone était le seul moyen d'avoir accès aux droits citoyens. Or, si l'on renonçait à son identité, on perdait son droit de vivre dans sa communauté d'origine.

Aujourd'hui, la Loi sur les Indiens est toujours en vigueur, mais ne s'applique pas aux Métis et aux Inuits. Les Premières Nations vivant dans les réserves ont certains avantages (exemption de taxes par exemple), mais sont

aussi privées d'un certain nombre de droits (droit de propriété limité ne pouvant faire l'objet d'une hypothèque, testament qui n'est valide que s'il a été approuvé par le Ministère, etc.).

### Les Autochtones du Québec et la santé

Aujourd'hui, des pas importants vers l'autonomie et l'autogestion ont été entrepris, y compris en matière de santé. Les services de santé et de services sociaux sont presque entièrement gérés par les Autochtones, mais ces services sont sous la responsabilité du gouvernement fédéral (à l'exception des Cris et des Inuits) et les budgets sont maigres pour subvenir aux besoins. Les nations autochtones ont néanmoins la possibilité d'offrir des services culturellement adaptés intégrant la spiritualité autochtone et une vision holistique de la santé.

Plusieurs nutritionnistes travaillent au sein des communautés, leurs responsabilités variant selon les nations. Dans tous les cas, une approche respectueuse de la culture et des traditions, non prescriptive et participative est souhaitable. ■

#### Références

- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (2009). Mythes et réalités sur les peuples autochtones. 2e édition. Disponible en ligne au [www.cdpdj.qc.ca/publications/Mythes-Realites.pdf](http://www.cdpdj.qc.ca/publications/Mythes-Realites.pdf).
- Gouvernement du Canada (1985). Loi sur les Indiens. Disponible en ligne au <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/I-5/TexteComple.html>.
- Secrétariat aux affaires autochtones et ministère du Conseil exécutif du Québec (2011). Amérindiens et Inuits. Portrait des nations autochtones du Québec. 2e édition. Disponible en ligne au [www.autochtones.gouv.qc.ca/publications\\_documentation/publications/document-11-nations-2e-edition.pdf](http://www.autochtones.gouv.qc.ca/publications_documentation/publications/document-11-nations-2e-edition.pdf).

### POUR EN SAVOIR PLUS

- Le site du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone partage des connaissances variées dans le but de réduire les iniquités de santé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis ([www.nccah-ccnsa.ca/1/accueil.nccah](http://www.nccah-ccnsa.ca/1/accueil.nccah)).
- Le site Web de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) propose de l'information, un centre de documentation et des outils pour le travail avec les communautés autochtones ([www.cssspnql.com](http://www.cssspnql.com)).
- Le site du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James offre divers outils, une bibliothèque et de l'information sur différents sujets liés à la santé des communautés criées ([www.creehealth.org/](http://www.creehealth.org/)).
- Santé Canada propose une page Web sur la santé des Premières Nations et des Inuits avec de l'information sur une variété de problématiques ([www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/index-fra.php)).



# PROMOUVOIR L'ALIMENTATION TRADITIONNELLE POUR LE BIEN-ÊTRE DES PEUPLES AUTOCHTONES<sup>1</sup>



**Véronique Laberge Gaudin, Dt.P., M.Sc.**  
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

**Julie Lauzière, Dt.P., M.Sc.**,  
étudiante au doctorat, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

L'alimentation traditionnelle constituée de plantes et d'animaux présents dans l'environnement local est un fondement important de la santé et du mieux-être culturel, social, psychologique et physique des peuples autochtones<sup>[1]</sup>. Elle contribue notamment à la qualité nutritionnelle de l'alimentation, à un mode de vie actif et à la transmission de valeurs socioculturelles (voir l'encadré). Malgré cela, la consommation d'aliments traditionnels a diminué au cours des dernières décennies, particulièrement chez les plus jeunes<sup>[2-5]</sup>. D'où l'importance de valoriser, de protéger et de soutenir l'alimentation traditionnelle, ce que les diététistes/nutritionnistes peuvent faire en accompagnant les communautés autochtones.

L'alimentation traditionnelle est un concept en mouvance; ce qui la caractérise évolue avec le temps de même qu'à travers les différents lieux géographiques selon la disponibilité de la faune et la flore. Au Québec seulement, on retrouve plus de 50 communautés autochtones appartenant à 11 nations. Certaines vivent en région éloignée et nordique alors que d'autres se trouvent dans des communautés périurbaines. Il existe donc autant de variations de l'alimentation traditionnelle qu'il existe de nations et de communautés autochtones.

De nos jours, consommer des aliments traditionnels n'est pas toujours facile puisque se procurer ces aliments et les apprêter comporte plusieurs défis. Mais avant de les exposer et d'explorer différentes pistes d'actions, il nous semble important d'aborder l'évolution de l'alimentation des Autochtones au fil du temps et des événements historiques qui ont influencé ces changements.

## ALIMENTATION PRÉCONTACT

Avant le 17<sup>e</sup> siècle, c'est-à-dire avant les premiers contacts avec les Européens, les membres des peuples autochtones étaient des chasseurs-trappeurs. Certains groupes étaient nomades, se déplaçaient au gré des trajets migratoires des animaux<sup>[20, 21]</sup>; d'autres, sédentaires, cultivaient le maïs, les haricots et la courge (« les trois sœurs »). Plusieurs subsistaient également grâce aux ressources aquatiques. La consommation de végétaux, d'oiseaux, d'animaux terrestres et marins, de poissons et de fruits de mer variait en fonction des ressources disponibles dans l'environnement<sup>[20, 21]</sup> et il n'y avait pas d'horaire de repas imposé socialement<sup>[22]</sup>. Lorsque des animaux étaient consommés, chaque partie

<sup>1</sup> Chaque nation, chaque communauté et chaque personne autochtone a une histoire et des réalités qui lui sont propres. Par le fait même, bien que la plupart des éléments présentés dans ce texte sont susceptibles de toucher une majorité d'Autochtones, il n'est pas possible de généraliser les propos à l'ensemble.

## BIENFAITS DES PRATIQUES ASSOCIÉES À L'ALIMENTATION TRADITIONNELLE

- **Grande qualité nutritionnelle des aliments traditionnels.** La consommation d'aliments traditionnels permet d'améliorer la qualité globale de l'alimentation. Diverses études ont observé une association entre la consommation d'aliments traditionnels et les apports en macronutriments et en micronutriments, notamment en vitamine A, en fer et en zinc [2, 6, 13]. Même une consommation d'aliments traditionnels représentant moins de 5 % à 10 % de l'énergie totale pourrait améliorer les apports en plusieurs nutriments [14].
- **Mode de vie physiquement actif.** La pratique de la chasse, de la pêche et de la cueillette sont des occasions de bouger dans la nature [15].
- **Transmission de valeurs socioculturelles importantes** [13, 16, 17]. Par exemple, la pratique de la chasse et la pêche offre une occasion d'enseigner et de pratiquer la patience, l'humilité et la spiritualité [18, 19]. Les activités associées à la consommation d'aliments traditionnels permettent également de conserver un lien étroit avec la nature, de promouvoir le partage dans la communauté et de transmettre des techniques traditionnelles de survie et de préparation des aliments [18, 19]. L'alimentation traditionnelle est d'ailleurs intimement liée à l'identité culturelle des autochtones et elle contribue à renforcer les liens familiaux et communautaires.

était utilisée. Par exemple, les muscles, le sang, les abats, les yeux et la moelle servaient à se nourrir; les graisses étaient utilisées pour se nourrir, s'éclairer ou se chauffer; la peau et les tendons étaient utilisés pour se vêtir, se déplacer (p. ex., raquettes, canot, kayak) et se loger; et les os servaient à créer des outils ou des armes. Les baies sauvages et autres plantes, comme le thé du Labrador, les aiguilles de pin, le contenu végétal de l'estomac d'animaux et les sirops d'érable, de pin et de bouleau étaient aussi consommés [21]. Ces sources végétales apportaient des glucides, des vitamines et des minéraux [21, 23]. Par ailleurs, les Autochtones

avaient un mode de vie très actif. Pour subvenir à leurs besoins énergétiques élevés, ils devaient consommer des aliments concentrés en énergie et en lipides.

## ALIMENTATION POSTCONTACT

### 16<sup>e</sup> au 20<sup>e</sup> siècle

Ce serait vers le 16<sup>e</sup> ou le 17<sup>e</sup> siècle qu'eurent lieu les premiers contacts entre explorateurs et peuples autochtones [24]. À partir de ce moment, certains emprunts commencèrent à s'effectuer de part et d'autre. Par exemple, les armes blanches, utilisées traditionnellement pour chasser, furent lentement remplacées par des armes à feu [25, 26], alors que les explorateurs adoptèrent les façons de se déplacer des Autochtones [27].

L'alimentation des Autochtones demeura essentiellement traditionnelle durant cette période. Néanmoins, dans certaines communautés, les premiers aliments européens commencèrent à apparaître dans l'alimentation [21]. Le lard, la farine et le sucre furent parmi les premiers aliments introduits puisqu'ils étaient concentrés en énergie et faciles à conserver [21]. C'est à cette époque que la bannique<sup>2</sup> apparut dans l'alimentation autochtone. Aujourd'hui, plusieurs nations autochtones se sont approprié ce pain d'origine écossaise et l'ont intégré à l'alimentation traditionnelle [28]. Certains auteurs mentionnent aussi l'introduction de la viande salée, de l'avoine et des thés européens durant cette période [29].

### Loi sur les Indiens<sup>3</sup>

Adoptée en 1876, la Loi sur les Indiens avait pour but avoué l'assimilation complète des peuples autochtones [30]. Elle se basait sur le principe que les peuples des Premières Nations étaient inférieurs et incapables de se gouverner. Le gouvernement canadien incitait fortement les autochtones à abandonner leur culture et leur mode de vie pour s'adapter au monde moderne, porteur des valeurs et des idées européennes jugées supérieures [31]. De cette loi découla la création des réserves autochtones [30]. Par cette action, la plupart des Premières Nations se retrouvèrent isolées dans des réserves offrant peu ou pas d'accès à la faune, sans argent, sans métiers et sans ressources naturelles pouvant leur permettre de subsister [30].

### Première partie du 20<sup>e</sup> siècle (1900-1959)

Le gouvernement fédéral commença à offrir des allocations financières et des rations alimentaires aux nations autochtones; ceci modifia de façon permanente leur alimentation [25]. Les programmes d'aide sociale procuraient un revenu stable et des denrées alimentaires dans un contexte où des famines étaient rapportées [32]. Néanmoins, le fait d'offrir gratuitement des denrées alimentaires créa une dépendance aux aliments commerciaux, tout en modifiant les mécanismes de partage avec les plus démunis naturellement présents dans les communautés [25, 33]. C'est aussi avec l'arrivée de ces programmes que certains Autochtones nomades cessèrent de vivre dans la forêt, puisqu'ils devaient être présents dans leur communauté pour en bénéficier [25]. Finalement, les transformations importantes de l'environnement et du mode de vie des Autochtones, y compris l'augmentation de la consommation d'aliments européens au détriment d'aliments traditionnels, contribuèrent à l'apparition de divers problèmes de santé [21, 28, 32].

### Pensionnats

On commença aussi à envoyer les enfants autochtones dans des pensionnats, des établissements scolaires éloignés de leurs communautés, ayant pour but de les scolariser, de les évangéliser et de les assimiler. À partir de 1920, tous les enfants âgés de 7 à 15 ans devaient obligatoirement y vivre; s'ils refusaient, on les arrachait de force à leurs parents [34]. Ces enfants ne revoyaient leur famille qu'une ou deux fois par an. Les conditions de vie dans ces endroits étaient modestes, les abus de toutes sortes étaient fréquents et la qualité de l'éducation très faible [34]. Le but avoué était de les priver des liens familiaux, de les couper de leur culture et de leur mode de vie traditionnel [21, 25]. Les pensionnats ont causé plusieurs problèmes qui encore aujourd'hui ont des répercussions sur la santé physique et mentale des survivants des pensionnats (p. ex., dépendance à l'alcool ou aux drogues, jeu compulsif, trouble alimentaire, carence affective, etc.), de même que des effets sur la santé de leurs descendants [35-37]. Une des conséquences les plus fâcheuses des pensionnats sur l'alimentation des Autochtones fut certainement de les priver de la passation des savoirs traditionnels

<sup>2</sup> La bannique est une sorte de pain à base de farine, de gras, de sel et d'eau.

<sup>3</sup> Il est à noter que les Inuit ne sont pas assujettis à la *Loi sur les Indiens*.

**Illustrations des divers guides alimentaires destinés aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis.**


liés à la chasse, au trappage, à la pêche, à la cueillette et à la préparation des aliments traditionnels (y compris la coupe, le nettoyage et la conservation). De plus, ces écoles ont marqué le comportement alimentaire dans son ensemble des pensionnaires<sup>[38]</sup>. Certains ont vécu un sentiment de privation en raison d'une alimentation monotone ou fournie en quantité insuffisante<sup>[38]</sup>. D'autres ont plutôt connu la surconsommation, étant forcés de terminer leur assiette en tout temps. Bien que la majorité de ces écoles aient été fermées dans les années 1970, le dernier pensionnat canadien a fermé ses portes qu'en 1996<sup>[39]</sup>.

### Deuxième partie du 20<sup>e</sup> siècle (1960-1999)

À partir des années 1960, les Autochtones reprennent progressivement des droits sur leurs territoires ancestraux, dont le droit de prendre en main leur propre destin : c'est ce qu'on appelle l'autodétermination<sup>[40]</sup>. Bien que ce processus soit encore inachevé, voici quelques gains importants réalisés par les Autochtones québécois au fil des ans : obtention du droit de vote ; création des Assemblées des Premières Nations au Québec et au Canada ; mise en place de structures administratives et politiques représentative des valeurs autochtones (p. ex., en santé ou en éducation) ; confirmation de droits territoriaux par jugements de la Cour ; signature de conventions avec les Cris, les Inuits, puis avec les Naskapis ; et reconnaissance par l'Assemblée nationale du Québec du droit des Autochtones de chasser, de pêcher, de piéger, de cueillir et de participer à la gestion des ressources fauniques<sup>[24]</sup>. La reprise de ces droits a facilité la chasse et la pêche et a contribué à protéger l'alimentation traditionnelle à long terme, en plus de permettre la passation du savoir traditionnel grâce au système de valeurs autochtones. Néanmoins, l'expansion

des villes, la construction de routes et l'exploitation des ressources naturelles (mines, barrages hydro-électriques, etc.) ont continué de modifier la faune et la flore et d'engendrer la dégradation des écosystèmes, contaminant la faune et la flore. Ainsi, le mercure, le cadmium, le plomb, les BPC, le DDT font partie des contaminants retrouvés dans les animaux sauvages. Malgré tout, les multiples bienfaits associés à la consommation du gibier et du poisson surpassent le risque d'intoxication et leur consommation demeure recommandée encore de nos jours<sup>[13, 41, 42]</sup>.

### 21<sup>e</sup> siècle

La consommation d'aliments traditionnels est encouragée en raison de son importance culturelle et de ses qualités nutritionnelles, comme en témoigne la présence d'aliments traditionnels dans les guides alimentaires destinés aux Premières Nations, aux Inuits

et aux Métis. Au-delà des outils canadiens, des outils régionaux et locaux ont aussi été élaborés par des communautés autochtones. C'est notamment le cas du Guide alimentaire atikamekw et celui des Inuits ou la méthode de l'assiette des Cris.

Même si les animaux consommés aujourd'hui sont similaires à ceux de l'alimentation précontact, les techniques de cuisson et de préparation ont beaucoup évolué. Par exemple, certains Autochtones utilisent la viande d'orignal dans leur sauce à spaghetti<sup>[43]</sup>.

### Pistes d'action pour encourager et faciliter la consommation d'aliments traditionnels chez les communautés autochtones

Afin d'accompagner et de soutenir les communautés autochtones dans la promotion et la protection de l'alimentation traditionnelle,





des actions collectives peuvent être nécessaires et plusieurs éléments sont donc à prendre en considération.

### Reconnaître la signification culturelle et identitaire liée aux aliments traditionnels

Les facteurs historiques nommés précédemment ont modifié et influencé l'alimentation des Autochtones et ils doivent être considérés dans une approche culturellement sensible et adaptée<sup>[44]</sup>. Pour plusieurs de ces nations, la santé se définit comme un équilibre entre le bien être physique, mental, spirituel et émotionnel, qui dépasse l'individu et implique une relation saine et respectueuse avec la famille, la communauté, le territoire et les animaux<sup>[45, 46]</sup>. La capacité de pouvoir consommer des aliments traditionnels autochtones est au centre de cette conception de la santé<sup>[46, 47]</sup>.

### Mettre en place des mécanismes pour protéger et transmettre les savoirs traditionnels

La transmission des savoirs traditionnels aux générations futures a été fragilisée par les événements mentionnés précédemment<sup>[1]</sup>. Une grande proportion de jeunes disent ne pas connaître les techniques de chasse et de trappage ni les techniques de préparation des aliments traditionnels<sup>[48]</sup>. D'ailleurs, le manque de connaissances est souvent désigné comme un obstacle à la consommation d'aliments traditionnels<sup>[1, 43]</sup>. **Que ce soit sous forme d'ateliers de chasse, d'entrevues avec les**

**ânés, de cours de cuisine, de publication d'ouvrages ou autres, il est impératif de sauvegarder et de transmettre ces savoirs.**

### Considérer l'importance de la famille et du réseau social dans la consommation d'aliments traditionnels

La famille et le réseau social influencent énormément la consommation d'aliments traditionnels : c'est en famille que l'on consomme le plus souvent les repas traditionnels et c'est par l'entremise de la famille que l'enseignement traditionnel se transmet<sup>[47, 48]</sup>. La chasse se pratiquant souvent en famille, il peut aussi s'agir d'un moment où certains membres partagent leurs ressources matérielles avec les moins nantis de leur famille<sup>[43]</sup>. **La promotion de l'alimentation traditionnelle est facilitée par les approches englobant les familles et les communautés (plutôt que celles limitées aux seuls individus), notamment à travers le maintien ou le développement de réseaux sociaux pour partager les aliments traditionnels.**

### Prendre en considération l'ampleur des ressources nécessaires

Plusieurs ressources sont aujourd'hui essentielles à la consommation d'aliments traditionnels :

- > accès au territoire. Certains Autochtones n'ont pas accès à leurs territoires ancestraux et d'autres ont un territoire de chasse très éloigné de leur communauté. Le temps requis pour s'y rendre exige une absence prolongée du travail et des déplacements coûteux, car parfois l'hélicoptère ou l'avion est le seul moyen d'y accéder<sup>[43]</sup>;
- > équipement pour se déplacer (motoneiges, embarcations, moteur, avion, etc.) et carburant<sup>[43, 49]</sup>;
- > équipement de chasse et de pêche (fusils, munitions, cannes à pêche, filets, etc.)<sup>[43, 49]</sup>;
- > temps pour aller chercher, préparer et cuisiner les aliments traditionnels<sup>[43]</sup>;
- > habiletés pour aller chercher, préparer et cuisiner les aliments traditionnels<sup>[43]</sup>;
- > espace pour préparer et entreposer les aliments traditionnels.

**Selon les besoins de la communauté, la mise en place de mesures tenant compte des contraintes liées aux ressources nécessaires à la consommation d'aliments**

**traditionnels peut s'avérer utile**, telle que le prêt d'équipement, des congélateurs communautaires, l'accès au territoire de chasse, des cuisines collectives, des serres pour la culture de plantes traditionnelles, etc.

### Inclure toutes les parties prenantes

L'environnement alimentaire dans lequel on vit influence nos comportements alimentaires<sup>[50]</sup>. Parce qu'il est difficile d'assurer la traçabilité des produits issus de la chasse, la réglementation québécoise interdit aux institutions publiques et privées d'en vendre ou d'en servir dans leurs établissements. Il apparaît pourtant nécessaire de trouver des solutions à cet obstacle si l'on veut favoriser l'alimentation traditionnelle.

Les conseils de bande et les associations de chasseurs ont un grand rôle à jouer dans la valorisation des savoirs traditionnels. **Que ce soit par la création de comités ou de groupes de travail, il est essentiel d'unifier les efforts déployés par toutes les parties prenantes : aînés, chasseurs et autres membres des communautés, de même que des représentants des organismes gouvernementaux et des conseils de bande.**

### Mettre en place des mécanismes de protection des territoires, de la faune et de la flore

Le maintien de la faune et de la flore est essentiel pour veiller à préserver la disponibilité des espèces animales en ce qui a trait à la variété et au nombre des espèces<sup>[1, 13, 51]</sup>. **Il est donc primordial d'assurer la pérennité des ressources par une protection des territoires, et ce, dans le respect des communautés locales.**

### Conclusion

Plusieurs se demandent s'il est toujours réaliste de promouvoir la consommation d'aliments traditionnels aujourd'hui. Même s'il existe plusieurs obstacles à la consommation d'une alimentation traditionnelle, celle-ci demeure un aspect essentiel de l'identité autochtone et de la santé holistique. Espérons que cet article ait pu vous convaincre de son importance et surtout vous encourager à sa valorisation. ■

### Références

site web [www.opdq.org](http://www.opdq.org) – section zone membre – « ressources et publications/revue ».

# TRANSITION NUTRITIONNELLE CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES DU CANADA



**Malek Batal**, Ph.D., professeur agrégé et directeur de TRANSNUT, Département de nutrition, Université de Montréal  
**Jean-Claude Moubarac**, Ph.D., chercheur, TRANSNUT, Département de nutrition, Université de Montréal

## Définition et principales caractéristiques de la transition nutritionnelle

La transition nutritionnelle est un concept théorique qui a été développé par Barry Popkin de l'Université de Caroline du Nord dans les années 90 pour décrire et relier des changements majeurs dans les systèmes alimentaires et dans l'état de santé des populations des temps modernes dans le monde<sup>[1]</sup>. Au cours des dernières décennies, on observe à l'échelle planétaire un changement dramatique dans les habitudes de consommation alimentaire créant un déséquilibre métabolique et des changements dans la composition corporelle<sup>[2]</sup>.

Sur le plan alimentaire, la transition nutritionnelle est marquée par le délaissement de l'alimentation traditionnelle et de la cuisine maison (préparée à partir d'aliments frais ou minimalement transformés) au profit d'aliments et de boissons prêts à consommer, de type « ultra-transformé<sup>1</sup> » (ex. : les boissons gazeuses, les friandises, les grignotines, les repas congelés), produits industriellement. Ainsi, au Canada, entre 1938 et 2011, l'apport calorique quotidien des aliments frais ou minimalement transformés et des ingrédients culinaires a chuté de 71 à 38 % (cf. figure 1). L'apport calorique des aliments prêts à consommer ultra transformés a plus que doublé, passant de

24 à 55 %<sup>[3]</sup>. Aux États-Unis, entre 1965 et 2008, le pourcentage des calories quotidiennes consommées à la maison et le temps dédié à la cuisine maison ont baissé significativement chez tous les groupes socioéconomiques<sup>[4]</sup>. Ces changements alimentaires lors de la transition nutritionnelle s'accompagnent également d'une hausse de la fréquentation des restaurants, une perte des savoirs et des habiletés culinaires, ainsi qu'une réduction de l'activité physique et une augmentation des activités récréatives sédentaires<sup>[2]</sup>.

Ces changements majeurs dans les habitudes de consommation alimentaire et de vie sont associés à des changements dans l'état de santé des populations. D'une part, la transition nutritionnelle est caractérisée par une certaine amélioration de l'état de santé

<sup>1</sup> Les aliments ultra-transformés sont des formulations industrielles faites de substances, surtout des farines raffinées, des sucres, des gras et de sels, et d'additifs permettant d'obtenir des aliments hyper-savoureux et qui se conservent très longtemps (PAHO, 2015).

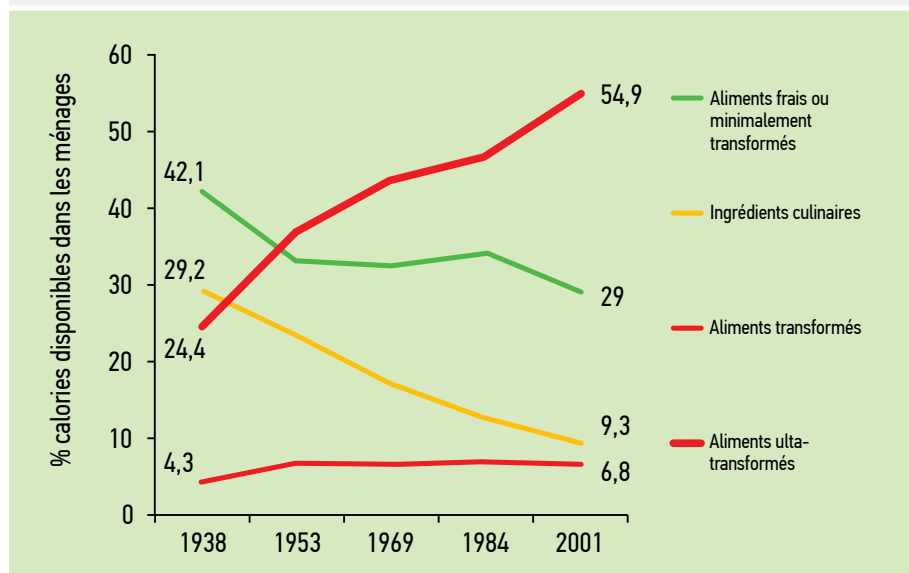
populationnelle liée, entre autres, à une plus grande disponibilité des aliments du commerce. En effet, on observe une diminution des carences nutritionnelles, de l'insécurité alimentaire et des maladies infectieuses, ainsi qu'une augmentation des chances de survie des nouveau-nés et de l'espérance de vie. D'autre part, la transition s'accompagne d'une augmentation substantielle de maladies chroniques, telles que l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires<sup>[1,5]</sup>, qui seraient dues à une consommation élevée d'aliments caloriques de faible qualité nutritionnelle. Dans les pays à faible et moyen revenu et chez les groupes vulnérables, les maladies chroniques coexistent souvent avec les problèmes de sous-nutrition au sein d'une même famille, voire chez la même personne, ce qui est communément appelé le « double fardeau nutritionnel »<sup>[6,7]</sup>.

### La transition dans le monde et au fil du temps

La transition nutritionnelle s'est installée partout dans le monde, à des rythmes toutefois différents. Dans les pays à haut revenu, elle s'est échelonnée sur de longues périodes de temps au cours du 20<sup>e</sup> siècle, comme illustré à la figure 1. Plusieurs facteurs expliquent cette transition, notamment un changement majeur du point de vue de l'offre alimentaire. En effet, les réformes de l'agriculture, les politiques libérales de marché et le développement de la science et de la technologie alimentaire après la Deuxième Guerre mondiale ont permis la venue sur le marché d'aliments ultra-transformés à faible coût et prêts à consommer qui sont pratiques, mais nutritionnellement déséquilibrés, car riches en sucre, en sel et en gras<sup>[8]</sup>.

À la suite de l'adoption des traités de libre-échange et des accords économiques internationaux dans les années 80, l'accroissement et l'ouverture des marchés ont facilité l'introduction rapide de ces aliments sur les marchés locaux des pays à revenu faible et moyen<sup>[9]</sup>. L'arrivée de ces aliments a contribué à diminuer l'insécurité alimentaire et les problèmes de sous-nutrition, mais leur valeur calorique élevée et leur faible qualité nutritionnelle ont également eu des répercussions néfastes sur l'état de santé. En effet, la transition nutritionnelle s'est installée très rapidement dans ces pays provoquant une augmentation rapide de la prévalence de surpoids et d'obésité<sup>[10]</sup>.

**Figure 1. Changements dans les apports caloriques quotidiens provenant des achats alimentaires chez les Canadiens de 1938 à 2001**



\*adapté de Moubarac et coll., 2014<sup>[3]</sup>

En 2012, près du trois quarts de la mortalité associée aux maladies chroniques (28 millions) dans le monde provenaient des pays à faible et moyen revenu<sup>[11]</sup>. D'ailleurs, la transition nutritionnelle a également bouleversé les systèmes alimentaires traditionnels des populations autochtones de la planète, avec des conséquences néfastes sur la nutrition, la santé, la société et l'environnement<sup>[12]</sup>.

### L'alimentation des Autochtones et la transition nutritionnelle

Traditionnellement et avant les premiers contacts avec les Européens, les Autochtones basaient leur alimentation sur les ressources locales disponibles dans leur environnement immédiat et sur les échanges provenant d'autres systèmes alimentaires voisins. Ils vivaient de chasse, de pêche et de cueillette, ainsi que d'agriculture et d'élevage pour certains. L'alimentation traditionnelle des Autochtones était ainsi entièrement basée sur une variété d'aliments frais ou minimalement transformés par des procédés artisanaux comme le séchage, le fumage et la congélation. Au nombre des aliments traditionnels, il y a la viande de gibier (ex. : le caribou et l'orignal), les oiseaux (ex. : le poie et le canard), les poissons (ex. : le saumon

et le doré) et d'autres animaux marins, diverses variétés de courges, de fèves et de maïs, ainsi que des baies sauvages<sup>[13]</sup>.

Aujourd'hui, l'alimentation des Autochtones du Canada est caractérisée par une combinaison variable d'aliments traditionnels et d'aliments du commerce. Certains aliments du commerce comme la farine, le sucre et le pain sont apparus dans l'alimentation dès les premiers contacts avec les Européens. D'autres aliments ou boissons ont fait leur apparition au cours du 20<sup>e</sup> siècle (les boissons gazeuses, les grignotines et les repas congelés), notamment au cours des dernières décennies selon les changements dans l'offre alimentaire canadienne<sup>[14]</sup>.

Dans l'ensemble, on peut supposer que la transition nutritionnelle chez les Autochtones est marquée par le délaissement progressif de l'alimentation traditionnelle au profit des aliments du commerce. Or, il existe encore très peu de données longitudinales sur la transition nutritionnelle et sur les changements dans les pratiques alimentaires des Autochtones. Toutefois, dans les populations inuites du Nunavut, Nunatsiavut et du Nunavut, on a estimé que l'apport énergétique provenant des aliments traditionnels chez les femmes a baissé, passant de 40 % à 29 % entre 1999 et 2008<sup>[15]</sup>. Chez les Premières Nations vivant dans les réserves<sup>2</sup> en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique, la consommation actuelle quotidienne d'aliments traditionnels re-

<sup>2</sup> Le terme « réserve », bien qu'ayant une connotation négative, est encore utilisé dans la loi canadienne pour désigner une parcelle de terrain dont la Couronne détient le titre et qui est réservée à l'usage et au profit d'une bande indienne (Affaires autochtones et du nord Canada, [https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014642/1100100014643], 2016). Comme les études auxquelles on réfère dans cet article ont étudié de façon distincte les populations vivant à l'intérieur ou hors de ces territoires, son usage s'avère nécessaire.

présente, en moyenne, entre 43 et 98 grammes par personne. Plus près de nous, l'enquête de santé et de nutrition conduite au Nunavik en 2004 a montré que la fréquence de consommation des viandes, poissons et oiseaux avait significativement diminué chez les femmes inuites entre 1992 et 2004, notamment chez les jeunes femmes<sup>[16]</sup>.

De multiples raisons expliquent le délaissement de l'alimentation traditionnelle par les Autochtones :

- > la baisse des ressources financières allouées à la chasse et à la pêche;
- > le coût élevé de l'équipement de chasse et de pêche;
- > l'absence d'un chasseur dans le ménage;
- > une inquiétude face aux contaminants;
- > les effets néfastes des changements climatiques sur la migration des caribous et l'accès aux espèces marines;
- > les restrictions gouvernementales sur le zonage de chasse;
- > les procédures liées au traitement de la viande;
- > l'influence négative des industries locales (notamment l'industrie forestière) sur le territoire de chasse;
- > les projets ayant des répercussions sur l'environnement (mines, barrages, etc.); et
- > une perte du transfert des connaissances des aînés aux plus jeunes<sup>[17-25]</sup>.

D'autre part, le fait d'occuper un emploi rémunéré peut limiter le temps et l'énergie consacrés aux activités de subsistance traditionnelle et favoriser ainsi une plus grande dépendance aux aliments du commerce. Enfin, l'éloignement et l'isolement géographique de certains communautés peuvent faciliter ou rendre plus difficile le recours aux aliments traditionnels<sup>[17-25]</sup>. En effet, l'accessibilité et le côté pratique sont les principaux avantages rapportés par les membres des Premières Nations en ce qui a trait aux aliments du commerce, et ce, malgré leur faible valeur nutritive également reconnue<sup>[17-19]</sup>.

Aujourd'hui, les aliments traditionnels sont surtout consommés et préférés par les Autochtones plus âgés, tandis que les jeunes consomment davantage d'aliments du commerce<sup>[16,17]</sup>. Il semble y avoir ici un effet générationnel où les jeunes sont davantage exposés à une culture commerciale qui valorise ces aliments qui

sont d'ailleurs encore plus disponibles depuis ces dernières années. Parallèlement, un effet générationnel se fait aussi remarquer dans la population générale du Québec et du Canada, où les apports en aliments ultra-transformés ont tendance à être inférieurs chez les personnes plus âgées<sup>[26]</sup>.

Pour ce qui est de l'éducation et du revenu chez les Autochtones, il s'agit de deux facteurs associés positivement à une consommation moindre des aliments traditionnels et à une plus grande consommation des aliments du commerce, surtout de type ultra-transformé. Cette relation peut s'expliquer par le fait que les jeunes adultes autochtones sont davantage scolarisés et plus susceptibles d'occuper un emploi rémunéré, disposant ainsi de moins de temps pour les activités traditionnelles de subsistance<sup>[27]</sup>.

### La transition nutritionnelle et l'impact sur la qualité de l'alimentation

Le délaissement de l'alimentation traditionnelle au profit des aliments du commerce a eu d'importantes répercussions sur la qualité de l'alimentation des Autochtones. De nombreuses études au Québec et au Canada ont systématiquement démontré que les aliments traditionnels sont de qualité nutritionnelle supérieure aux aliments du commerce pris dans leur ensemble et que la qualité de l'alimentation des Autochtones est supérieure les jours où les aliments traditionnels sont consommés<sup>[13,17,28,29]</sup>. Par exemple, dans un échantillon représentatif de communautés des Premières Nations de l'Ontario, l'apport en plusieurs nutriments (notamment les protéines, les gras saturés, l'acide linoléique, le fer, le zinc et le magnésium) se rapproche davantage des recommandations lorsqu'une personne consomme des aliments traditionnels, et ce, même si la consommation quotidienne se chiffre à aussi peu que 15 g/jour<sup>[17]</sup> (cf. tableau 1). Au Québec, une étude effectuée auprès d'enfants inuits d'âge préscolaire du Nunavik montre que les apports nutritionnels sont meilleurs dès qu'il y a consommation d'au moins un aliment traditionnel au cours de la journée<sup>[28]</sup>.

Les différences significatives sur le plan de la qualité nutritionnelle entre les aliments traditionnels et les aliments du commerce peuvent s'expliquer par le fait que la plupart des aliments du commerce disponibles et ache-

tés de nos jours par les Autochtones sont de type « ultra-transformé ». Par conséquent, ces aliments contribuent de façon significative à accroître l'apport en sucre, en calories et en sodium. Parmi ceux-ci, les aliments les plus consommés sont les boissons sucrées, les grignotines salées, les pains industriels et certains plats prêts à servir [16-19].

En général, les données de diverses études populationnelles (dont une au Canada) démontrent que les plats cuisinés à la main à partir d'aliments frais ou minimalement transformés et d'ingrédients culinaires (e.g. sucres, sel, huile, beurre) sont de qualité nutritionnelle supérieure aux aliments ultra-transformés fabriqués par l'industrie<sup>[30-33]</sup>. On observe aussi que le niveau de consommation des aliments ultra-transformés est directement associé à une détérioration de la qualité nutritionnelle de l'alimentation, tant au niveau des apports en macronutriments qu'en micronutriments<sup>[31,32]</sup>. Plusieurs études et revues de la littérature avancent l'idée que la consommation d'une variété d'aliments frais ou minimalement transformés serait un des principes universels de la saine alimentation humaine<sup>[34-36]</sup>.

Ainsi, il apparaît nécessaire de tenir compte de la grande hétérogénéité qui existe au sein des aliments du commerce plutôt que les comparer simplement en bloc aux aliments traditionnels. Cette approche permettrait de mieux décrire et comprendre les changements alimentaires dans le contexte de la transition nutritionnelle chez les Autochtones et leurs effets sur la qualité de l'alimentation. Dans cet esprit, une étude en cours par les auteurs du présent article vise à mieux caractériser les aliments du commerce selon leur degré de transformation et à comprendre leur association avec la qualité de l'alimentation chez les Premières Nations du Canada<sup>3</sup>. Il est souhaité que cette étude permette d'identifier quels aliments du commerce pourraient être intégrés à l'alimentation traditionnelle de manière à optimiser la qualité de l'alimentation des Autochtones. Déjà, les résultats préliminaires indiquent que l'augmentation de l'apport calorique des aliments ultra-transformés est associée à une diminution significative de la qualité nutritionnelle de la diète chez les membres des Premières Nations. À l'inverse, la consommation d'aliments frais ou minimalement transformés, y compris les aliments traditionnels, est associée à une alimentation de meilleure qualité nutritive.

<sup>3</sup> Cette étude (2015-2016), effectuée à TRANSNUT, vise à examiner les liens entre la qualité de l'alimentation, l'obésité et la sécurité alimentaire chez les Premières Nations du Canada vivant en réserve. Elle s'inscrit dans le cadre du projet *Pulling Together for Health: Food Security in First Nations Communities*, financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, projet qui se base sur les données de l'étude EANEPN.

**Tableau 1. Comparaison des apports nutritionnels (moyenne  $\pm$  ET) entre les jours avec consommation d'aliments traditionnels (AT) et sans consommation d'AT, Premières Nations de l'Ontario vivant en réserve**

Nutriment	Jours avec AT (n=202 rappels)	Jours sans AT (n=1227 rappels)
	moyenne $\pm$ ET	
Énergie (kcal)	2019 $\pm$ 69	1972 $\pm$ 28
Protéine (g) <sup>***</sup>	121 $\pm$ 5	82 $\pm$ 1
Gras (g)	77 $\pm$ 4	81 $\pm$ 1
Glucides (g)	219 $\pm$ 8	235 $\pm$ 4
Sucres totaux (g) <sup>**</sup>	66 $\pm$ 4	81 $\pm$ 2
Fibres (g)	15 $\pm$ 0.7	15 $\pm$ 0.3
Cholestérol (mg) <sup>**</sup>	380 $\pm$ 23	318 $\pm$ 7
Gras saturés totaux (g) <sup>***</sup>	21 $\pm$ 1	26 $\pm$ 0.5
Gras monoinsaturés totaux (g)	31 $\pm$ 2	31 $\pm$ 1
Gras polyinsaturés totaux (g)	17 $\pm$ 1	16 $\pm$ 0.3
Acide linoléique (g)	13 $\pm$ 1	13 $\pm$ 0.3
Acide linoléique (g) <sup>***</sup>	2 $\pm$ 0.18	1.5 $\pm$ 0.04
Calcium (mg)	673 $\pm$ 36	694 $\pm$ 13
Fer (mg) <sup>***</sup>	20 $\pm$ 1	14 $\pm$ 0.3
Zinc (mg) <sup>***</sup>	17 $\pm$ 1	11 $\pm$ 0.2
Magnésium (mg) <sup>***</sup>	307 $\pm$ 11	258 $\pm$ 4
Cuivre (mg) <sup>***</sup>	1.6 $\pm$ 0.07	1.2 $\pm$ 0.03
Potassium (mg) <sup>***</sup>	2988 $\pm$ 107	2407 $\pm$ 36
Sodium (mg) <sup>*</sup>	2707 $\pm$ 142	3088 $\pm$ 51
Phosphore (mg) <sup>***</sup>	1533 $\pm$ 58	1151 $\pm$ 16
Vitamine A ( $\mu$ g)	727 $\pm$ 150	477 $\pm$ 20
Vitamine D ( $\mu$ g) <sup>***</sup>	9.5 $\pm$ 1.1	4 $\pm$ 0.11
Vitamine C (mg) <sup>*</sup>	58 $\pm$ 5	72 $\pm$ 3
Folate ( $\mu$ g)	387 $\pm$ 19	351 $\pm$ 6
Thiamine (mg) <sup>*</sup>	1.9 $\pm$ 0.09	1.7 $\pm$ 0.03
Riboflavine (mg) <sup>***</sup>	2.4 $\pm$ 0.09	2.0 $\pm$ 0.03
Niacine (mg) <sup>***</sup>	49 $\pm$ 2	39 $\pm$ 0.6
Vitamine B6 (mg) <sup>**</sup>	1.8 $\pm$ 0.09	1.5 $\pm$ 0.03
Vitamine B12 ( $\mu$ g) <sup>***</sup>	12 $\pm$ 0.84	5 $\pm$ 0.52

\*différence significative, test t non apparié,  $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.0001$   
Adapté de Chan et coll., 2014<sup>(17)</sup>.

### La santé des Autochtones et la transition nutritionnelle

L'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement des Premières Nations (EANEPN) de 2008-2018<sup>[17-19]</sup> a révélé des problématiques de santé majeures et d'importants écarts de santé avec la population canadienne. En effet, la prévalence de l'obésité atteint jusqu'à 50 % chez les hommes et 60 % chez les femmes des Premières Nations de certaines provinces canadiennes. Pour sa part, le diabète de type 2 atteint en moyenne 21 % des membres des Premières Nations du Manitoba et 24 % de ceux vivant au sein de réserves en Ontario, (comparativement à 8,7 % dans la population canadienne générale) ce qui pousse certains à parler d'une épidémie qui prend continuellement de l'ampleur<sup>[17-19, 37]</sup>. Notons aussi que l'insécurité alimentaire touche en moyenne 45 % des foyers des Premières Nations dans les réserves en Ontario, en Colombie-Britannique et au Manitoba, comparativement à 12 % chez les foyers non autochtones du Canada<sup>[17-19, 38]</sup>. Dans certaines communautés, la prévalence d'insécurité alimentaire s'élève à 80 %<sup>[17-19]</sup>.

Les changements dans les pratiques alimentaires des Autochtones lors de la transition nutritionnelle peuvent expliquer, du moins partiellement, les problématiques de santé alarmantes observées. En effet, des études transversales et écologiques ont associé la consommation d'aliments ultra-transformés à l'augmentation du poids corporel et de la prévalence d'obésité<sup>[39, 40]</sup>. Au Québec, une consommation élevée d'aliments ultra-transformés riches en sucre et en gras a été associée à la résistance insulinaire dans des communautés crie<sup>[41]</sup>. Il est donc possible de supposer que le délaissement des aliments traditionnels au profit des aliments du commerce de type ultra-transformé a détérioré la qualité globale de l'alimentation et contribué au développement de l'obésité et des maladies chroniques associées.

Mis à part les problèmes de santé physique, la transition nutritionnelle a engendré d'importantes répercussions sur la culture et les sociétés autochtones dans son ensemble. Chez les Autochtones, comme chez tous les peuples, l'alimentation occupe un rôle central dans la vie sociale et culturelle. Dans certains contextes, comme chez les Innus du Québec, la consommation des aliments ultra-transformés peut être valorisée en tant que symbole de prestige associé à la civilisation occidentale<sup>[44]</sup>. Néanmoins, il demeure que le délaissement de l'alimentation traditionnelle cause une

érosion de l'identité autochtone, ainsi qu'une perte de socialisation et de cohésion sociale qui engendrent des effets néfastes sur l'estime de soi et le bien-être général<sup>[12]</sup>.

D'autre part, la transition nutritionnelle chez les Autochtones est aussi marquée par des changements au niveau des habitudes de vie qui ont une influence sur l'état de santé. Il est question, entre autres, des problèmes de consommation de tabac, d'alcool et de drogues qui représentent des facteurs de risques du développement des maladies chroniques. Par exemple, le taux de consommation de tabac varie entre 50 et 60 % chez les Autochtones, soit plus de trois fois le taux au Canada qui est de 16 %<sup>[17-19]</sup>.

La problématique de la transition nutritionnelle chez les Autochtones est en général accentuée par l'injustice sociale et une marginalisation généralisée au sein du Canada. Chez les Autochtones, le revenu moyen annuel est 27 % inférieur à la moyenne canadienne (29 780 \$ CA vs 40 650 \$ CA en 2011) et le taux de diplômés du secondaire est plus faible que dans la population générale (62 % vs 79,9 % en 2011)<sup>[42]</sup>.

### **Pistes de solution pour améliorer la qualité de l'alimentation des Autochtones**

Les études passées et actuelles sur l'alimentation des Autochtones permettent d'affirmer que les aliments traditionnels ont une valeur nutritive élevée et pourraient constituer la base d'une alimentation saine et culturellement appropriée<sup>[16, 43-47]</sup>. D'ailleurs, la valeur nutritive et la contribution à la bonne santé sont les bénéfices des aliments traditionnels les plus souvent rapportés par les membres des Premières Nations<sup>[17-19]</sup>.

Plusieurs initiatives locales, régionales ou provinciales ont été développées au Québec pour surmonter plusieurs difficultés et promouvoir une alimentation saine<sup>[23]</sup>. Certaines sont conçues et réalisées par les communautés elles-mêmes, d'autres par les instances gouvernementales en collaboration avec les équipes locales. Entre autres, le projet du gouvernement fédéral « Nutrition Nord » vise à améliorer l'accès aux aliments du commerce considérés comme sains dans les régions nordiques isolées, notamment celles du Québec, en offrant une contribution aux détaillants, aux fournisseurs ou distributeurs qui en font la demande<sup>[48]</sup>. Au Nunavik, en partenariat avec des agences locales, le gouvernement provincial a également mis en place diverses initiatives permettant de promouvoir la production du-

table d'aliments frais et peu transformés, dont les aliments traditionnels, au moyen de serres, de cultures et de fumoirs de poissons.

D'autres initiatives au sein de communautés autochtones du Québec incluent des activités de promotion de la saine alimentation en épicerie avec des nutritionnistes et des travailleurs locaux ainsi que des ateliers de cuisine<sup>[21]</sup>. De nombreuses initiatives existent dans les milieux scolaires et de la petite enfance, entre autres, le programme des petits déjeuners permettant d'améliorer l'alimentation offerte et ceux de sensibilisation envers les aliments traditionnels et d'éducation nutritionnelle<sup>[23]</sup>. Ailleurs au Canada, des initiatives innovatrices favorisent un accès direct à une meilleure alimentation, notamment au moyen de projets de jardins collectifs<sup>[49, 50]</sup>. Enfin, il existe d'intéressantes initiatives financées par les communautés autochtones permettant de valoriser et de promouvoir les activités de subsistance traditionnelle. Par exemple, en Ontario, un programme offre aux jeunes autochtones la possibilité de séjourner dans la nature en compagnie de chasseurs et de cueilleurs d'expérience<sup>[51]</sup>.

Les exemples cités précédemment visent non seulement à promouvoir l'alimentation traditionnelle, mais aussi la saine alimentation en général. Étant donné la tendance des études à séparer les aliments traditionnels de ceux du commerce, il serait souhaitable de caractériser les aliments du commerce selon leur degré de transformation et de déterminer clairement lesquels parmi ces derniers pourront optimiser une alimentation basée sur les aliments traditionnels dont la valeur nutritionnelle et culturelle est déjà reconnue. Comme proposé dans cet article, ce sont les aliments du commerce frais ou minimalement transformés qui pourraient remplir ce rôle. Intégrés aux aliments traditionnels sans pour autant les remplacer, ces aliments peuvent nettement améliorer le profil nutritionnel de la diète. Cette approche plus précise que la simple dichotomie entre aliments traditionnels et de commerce permettra le développement de stratégies et de programmes réalistes qui font la promotion d'une saine alimentation pour les Autochtones du Québec et du Canada. Ainsi, des stratégies et des programmes visant à promouvoir la production d'aliments du commerce peu transformés pourraient être développés et appliqués idéalement par les communautés autochtones elles-mêmes.

Il est important toutefois de reconnaître la grande complexité des problématiques de sécurité alimentaire et de qualité de l'alimen-

tation pour les Autochtones et de repenser les solutions pour tenir compte de la marginalisation sociale et politique dont ils sont l'objet. L'autodétermination (provenant de la reconnaissance des droits ancestraux et ceux issus des traités) ainsi que l'autonomie en matière de gouvernance sont considérées comme essentielles pour favoriser le retour aux aliments traditionnels et la promotion de la souveraineté alimentaire (le droit des populations locales de contrôler leurs propres systèmes alimentaires) des Autochtones<sup>[52]</sup>. Au Canada, de nombreux groupes et communautés autochtones continuent d'être confrontés à des défis du fait que l'exercice de l'autorité provinciale ou fédérale de réglementation sur les terres et les ressources est souvent incompatible avec l'exercice des activités de chasse, de pêche et de cueillette. Or, ces activités effectuées dans un but de subsistance pourraient contribuer à la sécurité alimentaire et à l'amélioration de la qualité alimentaire au sein de leurs territoires. Par exemple, dans les milieux urbains, des initiatives d'amélioration de l'accès aux aliments santé se heurtent à une certaine indifférence au niveau des villes canadiennes vis-à-vis de la réalité autochtone et de leurs besoins particuliers<sup>[53]</sup>.

La mise en œuvre réussie de la souveraineté alimentaire peut aboutir à des interventions dans le cadre des politiques fédérales, provinciales et territoriales qui ont une incidence sur l'accès aux aliments et sur la sécurité alimentaire<sup>[54, 55]</sup>. Elle peut aussi faciliter le développement de politiques alimentaires traditionnelles durables, culturellement appropriées et axées sur la collectivité, permettant de lutter efficacement contre la transition nutritionnelle et ses manifestations délétères et de contrer l'insécurité alimentaire dans les communautés autochtones<sup>[56, 57]</sup>. ■

### **Références**

site web [www.opdq.org](http://www.opdq.org) – section zone membre – « ressources et publications/revue ».

# INTERVENTIONS POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX ALIMENTS SAINS DANS LES ÉPICERIES DES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

**Chantal Vinet-Lanouette**, Dt.P., M.Sc. Département de santé publique, Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

## Introduction

Ces dernières décennies, les habitudes alimentaires des peuples autochtones du Canada se sont grandement transformées<sup>[1-3]</sup>. Jusqu'à tout récemment, les aliments chassés, pêchés ou cueillis dans leur environnement local, qui composaient l'essentiel de leur alimentation, ont peu à peu été remplacés par des aliments commerciaux de plus faible qualité nutritionnelle<sup>[1-3]</sup>. Ces changements alimentaires s'accompagnent généralement d'une sédentarisation<sup>[1-3]</sup>. Cette transition nutritionnelle a des conséquences importantes sur leur état de santé et leur bien-être<sup>[1-3]</sup>. Notons, entre autres, que les taux d'obésité et de maladies chroniques chez les populations autochtones sont nettement supérieurs à ceux de la population québécoise ou canadienne dans son ensemble<sup>[2, 3]</sup>. Par ailleurs, une très grande proportion de ménages autochtones vit aussi de l'insécurité alimentaire<sup>[3-10]</sup>.

Dans plusieurs communautés, il est difficile de faire des choix alimentaires sains en épicerie en raison de leur disponibilité réduite et de leur coût élevé<sup>[2, 5, 11]</sup>. Comme les interventions en épicerie peuvent influencer la qualité des choix alimentaires d'une communauté, nous nous intéresserons ici aux différents types d'interventions dans ces commerces, aux stratégies possibles, ainsi qu'aux caractéristiques spécifiques des interventions en contexte autochtone, afin de contribuer à améliorer l'environnement alimentaire des communautés autochtones et de faciliter le choix d'aliments sains.

## Interventions en épicerie

Selon la littérature, il existe quatre principaux types d'intervention en épicerie : 1) l'information au point d'achat; 2) la promotion et la publicité; 3) le prix; et 4) l'augmentation de la disponibilité d'aliments sains<sup>[12, 13]</sup>.

**Tableau 1. Types d'intervention en épicerie**<sup>[12, 13]</sup>

Type	Description	Objet de modification
1) Information au point d'achat	Dans le but d'influencer les décisions d'achat, cette intervention inclut : <ul style="list-style-type: none"> <li>des démonstrations en épicerie</li> <li>des dégustations</li> <li>des étiquettes ou tout autre matériel imprimé visant à mettre en évidence les choix alimentaires sains ou à décrire des recettes.</li> </ul>	Comportements individuels
2) Promotion et publicité	Pour promouvoir l'achat d'aliments plus sains, cette intervention utilise : <ul style="list-style-type: none"> <li>le jeu</li> <li>les articles dans les journaux</li> <li>les publicités dans les médias</li> <li>des tournées des épiceries et autres activités</li> </ul>	Comportements individuels
3) Prix	Pour promouvoir les choix sains, cette intervention inclut des : <ul style="list-style-type: none"> <li>réductions de prix</li> <li>coupons promotionnels</li> </ul>	Environnement alimentaire — amélioration de l'accès économique
4) Augmentation de la disponibilité	Cette intervention vise à offrir une plus grande gamme de choix sains aux consommateurs.	Environnement alimentaire — amélioration de l'accès physique

**Tableau 2. Stratégies d'intervention en épicerie basées sur des données probantes**<sup>[12]</sup>

Stratégies	Combinaison de types d'intervention	Objet de modification
A. Information au point d'achat + Promotion et publicité	1 + 2	Comportements individuels
B. Information au point d'achat + Promotion et publicité + Augmentation de la disponibilité	1 + 2 + 4	Environnement alimentaire et comportements individuels
C. Information au point d'achat + Promotion et publicité + Prix + Augmentation de la disponibilité	1 + 2 + 3 + 4	Environnement alimentaire et comportements individuels

### EN RÉSUMÉ

Les initiatives en contexte autochtone utilisent généralement plus d'un type d'intervention à la fois. Elles sont majoritairement basées sur des stratégies d'intervention qui ont fait la preuve de leur efficacité. La majorité des initiatives analysées agissent sur l'accès aux aliments sains, mais à ce jour, encore peu d'initiatives en contexte autochtone utilisent le prix comme moyen d'intervention.

Les initiatives en contexte autochtone se caractérisent par :

- l'utilisation de la recherche formative ou participative pour le développement de l'intervention ;
- l'adoption d'une approche communautaire rejoignant de multiples milieux ;
- l'inclusion de magasins de petites surfaces souvent présents en régions éloignées ;
- et la collaboration avec de multiples acteurs-clés.

Une description de chacun de ces types d'intervention est présentée au tableau 1. Notons que les deux premiers types d'intervention visent la modification des comportements individuels alors que les deux derniers visent l'environnement alimentaire, notamment l'amélioration de l'accès physique et économique aux aliments sains.

Afin d'optimiser l'efficacité des interventions en épicerie, on combine généralement deux ou plusieurs types d'intervention à la fois. À ce jour, trois stratégies d'intervention (ou combinaisons de types d'intervention) ont un niveau d'évidence jugé suffisant. Ces stratégies sont présentées au tableau 2. Pour être jugées efficaces, les interventions visant l'amélioration de l'environnement alimentaire doivent être combinées à des mesures ciblant la modification des comportements individuels.

### Caractéristiques des initiatives en contexte autochtone

Puisque le nombre d'initiatives en contexte autochtone au Canada est limité, nous nous sommes intéressés à celles réalisées à l'étranger. Seize (16) initiatives ont été répertoriées [14-44]. Celles-ci étaient principalement destinées aux populations autochtones du Canada, de l'Australie, des États-Unis et des îles du Pacifique. À ce jour, peu d'initiatives ont été évaluées; nous avons toutefois tenté de les caractériser afin d'en tirer des leçons.

Tout d'abord, parmi les 16 initiatives recensées, l'information au point d'achat (n = 14), la promotion et la publicité (n = 12) et l'augmentation de la disponibilité d'aliments sains (n = 9) étaient les types d'intervention les plus populaires. Les interventions portant sur le prix étaient moins fréquentes (3 des 16 initiatives).

La plupart des initiatives répertoriées utilisaient une combinaison de deux ou trois types d'intervention à la fois. Onze des seize initiatives semblaient être basées sur l'une ou l'autre des stratégies d'intervention. En effet, près de la moitié des initiatives (n = 7) faisaient appel à la stratégie d'intervention B qui comprend l'information au point d'achat, la promotion et la publicité ainsi que l'augmentation de la disponibilité d'aliments sains. Quatre initiatives étaient quant à elles basées sur la stratégie d'intervention A qui s'articule autour de l'information au point d'achat, de la promotion et de la publicité.

La majorité des initiatives (n = 11) visaient des changements des comportements individuels et de l'environnement alimentaire à la fois. Selon certains auteurs, les initiatives ciblant ces deux types de changements seraient plus efficaces, notamment dans les petites communautés où l'accès aux aliments sains est limité [12, 15, 45, 46]. La majorité des initiatives misant sur l'accès aux aliments sains (n = 12) avaient pour but de modifier leur disponibilité ou leur prix. Toutefois, aucune d'entre elles n'intervenait sur les deux facteurs à la fois.

Plusieurs initiatives (n = 9) proposaient une approche de développement d'intervention basée sur la recherche formative ou participative [15, 16, 18-20, 23, 25, 35, 38-42]. Des entrevues approfondies avec des acteurs-clés de la communauté, des ateliers communautaires, des ateliers de rétroaction des groupes et de la formation sur l'implantation du programme permettaient généralement d'engager les acteurs dans le développement d'un plan d'intervention et du matériel, tout en permettant aussi de mieux comprendre les pratiques de gestion des épiceries [16, 19, 25]. Selon certains auteurs, une approche participative renforcerait l'acceptabilité et la pérennité de l'intervention, favoriserait le développement d'un programme adapté aux besoins, aux préférences de la population ainsi qu'au contexte et à la culture, et aiderait à assurer la collaboration des acteurs-clés [16, 19, 38, 39].

Certaines initiatives en épicerie faisaient partie d'une stratégie d'intervention communautaire plus vaste (n = 4) (par exemple en étant jumelée à une intervention en milieu scolaire) ou incluait une composante de

### EXEMPLE D'INITIATIVE DANS LA RÉGION D'EYYOU ISTCHEE (TERRES CRIES DE LA BAIE JAMES) [44, 47]

Puisque les épiciers des communautés en régions éloignées ont la possibilité d'influencer la qualité de l'alimentation de leur communauté, un projet collaboratif et participatif a été entrepris avec les épiciers de la région d'Eeyou Istchee afin d'explorer leurs perceptions de l'accès aux aliments sains en vue de déterminer des solutions qui leur semblent appropriées. En 2014, douze entrevues qualitatives semi dirigées ont été réalisées auprès des épiciers de la région. À leurs dires, la disponibilité limitée d'aliments sains serait principalement liée à la faible demande des consommateurs, à la taille et aux installations actuelles des commerces d'alimentation et à certaines pratiques de gestion. Le coût élevé des aliments serait quant à lui lié aux coûts de transport, à la faible concurrence (épiceries, fournisseurs, compagnies de transport), à certaines pratiques de gestion et à l'approvisionnement alimentaire.

Les épiciers proposent les solutions suivantes :

- l'augmentation de la demande par la promotion de choix sains auprès de leur clientèle ;
- l'amélioration de leurs installations ;
- l'adoption de pratiques de gestion soutenant les choix alimentaires sains à prix abordable ;
- l'approvisionnement en aliments sains à prix abordable ;
- la réduction de l'incidence des frais de transport sur le prix des aliments sains.

promotion de la santé dans les médias locaux (n = 5). Selon certains auteurs, les interventions qui engagent une variété de milieux sont plus susceptibles de rapporter des bénéfices pour la santé puisqu'elles permettraient de maximiser l'exposition à l'intervention et d'en renforcer les messages [15, 34].

Certains auteurs soulignent aussi l'importance d'inclure les petits commerces dans les projets d'intervention visant l'amélioration de la disponibilité d'aliments sains [15, 34]. En effet, dans les communautés autochtones, on retrouve souvent des magasins de petites surfaces [11, 15, 34]. Ceux-ci offrent généralement un nombre limité de choix sains et seraient associés à une surconsommation d'aliments

gras et sucrés, ainsi qu'à des taux élevés de maladies chroniques et d'obésité<sup>[15, 45]</sup>. L'inclusion de ces petits magasins peut représenter un défi, notamment en raison de l'espace limité<sup>[14]</sup>. Toutefois, cela semble essentiel puisque les communautés autochtones sont souvent situées en régions éloignées où le nombre de magasins est restreint<sup>[15]</sup>.

Enfin, certains auteurs soulignent l'importance de la collaboration avec les acteurs-clés du milieu<sup>[18, 26, 34, 36]</sup>. En régions éloignées, les épiciers exercent une grande influence sur l'approvisionnement alimentaire et, par ricochet, sur la qualité de l'alimentation de leurs communautés<sup>[26]</sup>. Ils peuvent être des alliés importants, contribuant à l'amélioration de l'alimentation des communautés autochtones<sup>[26]</sup>. Par ailleurs, les épiciers nécessitent le soutien d'experts et d'organisations gouvernementales, municipales et sanitaires pour mettre en place des interventions en épicerie et pour modifier l'approvisionnement et l'aménagement des magasins de façon appropriée<sup>[34, 36]</sup>.

## Conclusion

Cette revue de littérature a permis de relever différentes stratégies d'intervention en épicerie et de tirer des leçons de l'expérience de différentes communautés autochtones de par le monde. Les épiceries semblent représenter un lieu optimal d'intervention puisqu'elles rejoignent une grande partie de la population sur une base régulière.

Pour améliorer la santé et le bien-être des communautés autochtones et leur permettre de faire des choix alimentaires sains, il est essentiel d'offrir des environnements alimentaires où une variété d'aliments sains est disponible, et ce, à prix abordable. Pour ce faire, il est important de développer des interventions adaptées aux besoins particuliers, aux contextes locaux et culturels des communautés autochtones. L'adoption d'une approche collaborative, participative et communautaire tenant compte à la fois des comportements individuels et de l'environnement alimentaire semble essentielle au développement d'interventions en contexte autochtone.

Les tableaux 3 et 4 présentent les différentes solutions proposées pour améliorer la disponibilité et le coût des aliments dans la région d'Eeyou Istchee.

Les solutions proposées ont été partagées avec les épiciers et leaders politiques de la région d'Eeyou Istchee. Un projet d'intervention en épicerie et un plan d'action régional faisant appel à différents partenaires locaux et régionaux sont en cours de développement.

**Tableau 3. Solutions proposées pour améliorer la disponibilité d'aliments sains**

Solutions	Exemples
Augmentation de la demande par la promotion de choix sains auprès de la clientèle (en magasin et dans divers milieux communautaires)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dégustations</li> <li>• Démonstrations culinaires</li> <li>• Visites d'épicerie</li> <li>• Kiosques d'information</li> <li>• Recettes</li> <li>• Affichage en épicerie</li> <li>• Activités communautaires</li> <li>• Radio, internet et médias sociaux</li> </ul>
Amélioration de leurs installations (taille, équipement et aménagement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rénover ou aménager de nouvelles installations pour avoir un magasin de taille adéquate, suffisamment d'entreposage et d'équipement de réfrigération</li> <li>• Améliorer l'aménagement du magasin, les étalages et la visibilité des aliments sains</li> <li>• Adoption de pratiques de gestion soutenant les choix alimentaires sains</li> <li>• Offrir une variété d'aliments sains permettant de compléter la nourriture traditionnelle</li> <li>• Proposer de nouveaux aliments en fonction de la demande</li> <li>• Offrir des aliments préparés et à valeur ajoutée</li> <li>• Embaucher des gérants expérimentés</li> <li>• Former les employés</li> </ul>

**Tableau 4. Solutions proposées pour améliorer le coût**

Solutions	Exemples
Réduction de l'incidence des frais de transport sur le prix des aliments sains	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Négocier les frais de transport</li> <li>• Encourager la présence de la concurrence</li> <li>• Subventionner le transport d'aliments sains</li> <li>• Redistribuer les frais de transport sur les aliments de plus faible qualité nutritionnelle plutôt que sur les aliments sains essentiels</li> </ul>
Approvisionnement en aliments sains à prix abordable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélectionner des fournisseurs permettant d'avoir une variété d'aliments sains à prix abordable</li> <li>• Approvisionner les épiceries en grandes quantités</li> <li>• Négocier le prix des aliments sains</li> </ul>
Encouragement de la saine concurrence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la présence de plus d'un magasin, fournisseur ou compagnie de transport (lorsque c'est possible)</li> </ul>
Adoption de pratiques de gestion soutenant les choix alimentaires sains à prix abordable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir des aliments en grand format</li> <li>• Réduire les pertes et les coûts de gestion</li> <li>• Offrir des rabais sur les aliments sains</li> <li>• Prendre une marge de profit plus importante sur les aliments de faible qualité nutritionnelle plutôt que sur les aliments sains essentiels</li> <li>• Embaucher des gérants expérimentés</li> <li>• Former les employés</li> </ul>

Pour plus de détails sur ce projet, visitez le [www.creehealth.org/accessnutritiousfoods](http://www.creehealth.org/accessnutritiousfoods). ■

et Mme Catherine Godin (agente de planification, de programmation et de recherche) pour leur soutien tout au long de ce projet.

## Remerciements

La revue de littérature et le projet d'intervention, présenté à titre d'exemple, ont été réalisés dans le cadre de ma maîtrise en santé communautaire et de mon travail au Département de santé publique du CCSSSBJ. J'aimerais donc remercier M. Christopher Fletcher (professeur à l'Université Laval), M. Paul Linton (assistant directeur au Département de santé publique du CCSSSBJ)

## Références

site web [www.opdq.org](http://www.opdq.org) – section zone membre – « ressources et publications/revue ».

# LA THÉORIE DE L'AUTORÉGULATION: MIEUX COMPRENDRE LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES POUR MIEUX INTERVENIR

**Mariève Dupont**, Dt.P. Ph.D. (c) GMF-UMF Laval-Québec, Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Université Laval



Se lever le matin lorsque le cadran sonne, se concentrer en classe ou pendant une réunion au travail, patienter dans une file d'attente pour payer ses achats, modérer sa colère pour exprimer sa frustration calmement, planifier un budget, etc., voilà autant d'exemples qui requièrent, à divers degrés, un effort volontaire pour être accomplis. Du point de vue de la théorie de l'autorégulation, ces efforts volontaires de contrôler nos propres états internes (c.-à-d. les pensées, les désirs et les émotions) ou nos comportements sont nommés des actes d'autocontrôle<sup>[1]</sup>. Ainsi, l'autocontrôle fait partie du quotidien de chacun et se manifeste de multiples façons dans différentes sphères de la vie (travail, famille, amitié, sport, etc.).

Alors que certains modèles théoriques ont pour objectif de prédire l'intention d'adopter un comportement (ex. : la théorie du comportement planifié), la théorie de l'autorégulation vise plutôt à mieux comprendre un phénomène, ce qui peut ensuite orienter les interventions cliniques. Les liens physiologiques, psychologiques et comportementaux qui caractérisent l'acte alimentaire en font, sans aucun doute, un processus d'autorégulation complexe [2]. L'objectif du présent article est de présenter la théorie de l'autorégulation en regard des comportements alimentaires de restriction et de désinhibition afin de mieux comprendre leur influence sur la régulation alimentaire. Ces notions théoriques permettront ensuite de proposer des stratégies d'intervention pour soutenir l'adoption de saines habitudes alimentaires.

## LA THÉORIE DE L'AUTORÉGULATION

### Une théorie orientée vers les buts

L'autorégulation est un processus global et dynamique qui réfère à la capacité d'une personne à gérer tout ce qui demande un effort psychologique afin d'atteindre un but ou un standard précis<sup>[3]</sup>. Outre les comportements alimentaires, l'autorégulation peut se manifester par la gestion des émotions, les comportements prosociaux, les exercices de logique ou de résolution de problèmes, la prise de décisions, la persévérance à réaliser une tâche, la maîtrise des tentations, ou encore, l'inhibition d'un comportement automatique<sup>[4-6]</sup>. Concrètement, le processus d'autorégulation s'illustre par une boucle de rétroaction en quatre étapes (cf. figure 1), soit :

1. la perception d'un écart entre une situation actuelle et un but ou un standard à atteindre;
2. l'ajustement volontaire et conscient des pensées et des comportements reliés au but ou au standard visé (acte d'autocontrôle);
3. l'autoévaluation de la situation permettant de valider l'atteinte de l'objectif ou les ajustements à poursuivre;
4. le succès ou l'échec dans l'atteinte du but<sup>[3]</sup>.

## La gestion de l'énergie psychologique

Pour expliquer la théorie plus en détail, les auteurs comparent l'autorégulation à un muscle: **alors que le muscle requiert du glucose pour s'activer, le processus d'autorégulation nécessite de l'énergie psychologique pour être accompli**<sup>[6]</sup>. Si la performance sportive dépend d'une bonne gestion des réserves de glucose, il en est de même pour l'autorégulation qui dépend d'une bonne gestion de l'énergie psychologique. Plus particulièrement, les prémisses de la théorie de l'autorégulation énoncent que<sup>[4-6]</sup>:

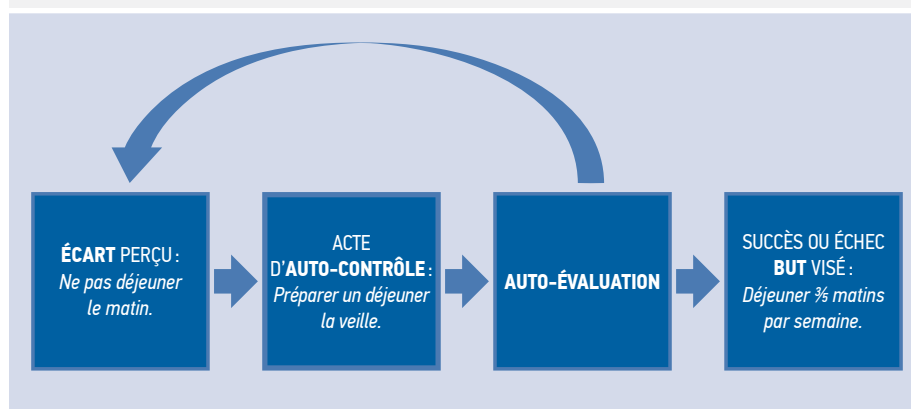
- > l'énergie psychologique est une ressource limitée et partagée entre toutes les sphères de la vie;
- > la réalisation de deux ou de plusieurs exercices d'autocontrôle consécutifs diminue l'énergie psychologique disponible et la performance;
- > l'épuisement des ressources psychologiques résulte en un échec d'autorégulation (p. ex. compulsions alimentaires, dépression, actes de violence, dépenses excessives);
- > la capacité d'autorégulation et la quantité d'énergie initialement disponible diffèrent d'un individu à l'autre;
- > l'énergie psychologique est renouvelable après un temps de repos;
- > la capacité d'autorégulation peut être entraînée et renforcée.

En résumé, le succès ou l'échec du processus d'autorégulation dépend essentiellement de la boucle de rétroaction (but et stratégies d'autorégulation) ainsi que de la répartition de l'énergie psychologique entre les différentes situations du quotidien exigeant un effort d'autocontrôle<sup>[5,6]</sup>. Ce constat renforce donc l'importance d'aborder la modification des habitudes alimentaires par une approche globale, en considérant les efforts qui sont déployés en parallèle dans d'autres sphères de la vie.

## L'AUTORÉGULATION ET LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

Si une grande capacité d'autorégulation est généralement associée à des effets positifs dans la vie de tous les jours (p. ex. rendement scolaire, diminution de la criminalité, bonne estime de soi, compétences interpersonnelles développées)<sup>[7]</sup>, ses répercussions sur les comportements alimentaires et le poids corporel sont plus mitigées<sup>[8]</sup>. Plusieurs revues

Figure 1 Boucle de rétroaction du processus d'autorégulation



des écrits illustrent que l'autorégulation des apports alimentaires peut tout autant favoriser l'atteinte ou le maintien d'un objectif de perte de poids (succès d'autorégulation) que conduire à la désinhibition alimentaire (c.-à-d., à des excès alimentaires ou à une perte de contrôle), prédisposant par le fait même un gain de poids (échec d'autorégulation)<sup>[8-10]</sup>. À cet effet, la perspective théorique de l'autorégulation permet de nuancer l'interprétation des facteurs qui influencent le succès ou l'échec de la régulation alimentaire.

### Le degré de restriction alimentaire et les diètes

Selon cette perspective théorique, **la restriction alimentaire** (ou le fait d'être à la diète) est **une stratégie d'autorégulation qui se définit par l'inhibition des tentations alimentaires à court terme dans le but d'atteindre un standard personnel à l'égard du poids à long terme**<sup>[2]</sup>. Cette définition met ainsi davantage l'accent sur l'effort cognitif de contrôler l'alimentation, ce qui se distingue de la restriction calorique<sup>[11-14]</sup>. Les études montrent que l'accomplissement d'une première tâche d'autocontrôle pour laquelle les participants doivent résister à des friandises (p. ex., croustilles, bonbons, arachides salées, biscuits au chocolat) diminue la capacité d'autorégulation pour accomplir une seconde tâche d'autocontrôle, qu'elle soit reliée au domaine alimentaire (p. ex., augmentation de la consommation de crème glacée) ou à un tout autre domaine (p. ex., diminution de la persévérance à résoudre un casse-tête)<sup>[2,6,15]</sup>. Cette diminution de la capacité d'autorégulation est d'autant plus marquée chez les personnes à la diète suggérant ainsi que la combinaison des efforts d'autocontrôle situationnels (comme résister aux tentations) et chroniques (la restriction

alimentaire ou le recours aux diètes) engendre une plus grande utilisation de l'énergie psychologique<sup>[2,16]</sup>. Dans le même ordre d'idées, d'autres auteurs proposent que la modération (c.-à-d. répondre de façon raisonnable à ses besoins et envies) constitue une stratégie de régulation alimentaire qui se distingue de la restriction alimentaire, et ce, malgré le fait que ces deux stratégies coexistent régulièrement chez une même personne<sup>[17]</sup>. La modération tend toutefois à être associée positivement à la régulation alimentaire et à la gestion du poids<sup>[17]</sup>. Bref, bien que la désinhibition alimentaire soit parfois une conséquence de la restriction alimentaire, ces études suggèrent que cette association n'est pas systématique, car elle dépend notamment du degré de restriction alimentaire.

### La valeur hédonique des aliments et l'environnement alimentaire

Les recherches identifient le plaisir de manger comme un déterminant significatif de la régulation alimentaire, indépendamment de la faim physiologique<sup>[18,19]</sup>. En considérant l'offre alimentaire désormais omniprésente, le modèle des buts conflictuels de Streobe et de ses collaborateurs stipule que les personnes à la diète sont perpétuellement confrontées à deux buts concurrents: profiter des plaisirs alimentaires disponibles (but à court terme) et atteindre un objectif de perte de poids (but à long terme)<sup>[9,20]</sup>. Selon ces auteurs, le dilemme décisionnel résultant de ces deux buts est un processus d'autorégulation sollicitant grandement les ressources d'énergie psychologique<sup>[9]</sup>. De plus, les auteurs soulignent que devant les multiples occasions de consommer de la nourriture, la restriction alimentaire est, à un certain point, une caractéristique nécessaire au maintien d'un poids d'équilibre pour bon

nombre de personnes<sup>[9]</sup>. Ce modèle fait donc ressortir la complexité de la régulation alimentaire dans le contexte actuel, en plus de présenter la restriction alimentaire comme une possible réponse adaptative à l'environnement obésogène et donc comme une caractéristique favorable au maintien du poids.

### Les motivations guidant la régulation alimentaire

La santé et l'apparence corporelle sont les deux motifs principaux associés à la régulation alimentaire<sup>[21]</sup>. Alors que la santé fait partie des motivations intrinsèques appartenant au profil motivationnel autodéterminé (c.-à-d., agir par plaisir ou en accord avec ses propres valeurs), l'apparence corporelle s'intègre plutôt aux motivations extrinsèques appartenant au profil motivationnel contrôlé (c.-à-d., agir en réponse à des facteurs externes ou pour éviter une émotion désagréable)<sup>[22]</sup>. Les études soutiennent que, comparativement au profil de régulation alimentaire contrôlé (apparence), le profil de régulation alimentaire autodéterminé (santé) est associé à une plus grande capacité d'autorégulation<sup>[23, 24]</sup>. Conséquemment, le profil motivationnel autodéterminé est associé à la persévérance lors d'un programme de modification des habitudes de vie ainsi qu'à une meilleure adhésion aux recommandations nutritionnelles<sup>[23]</sup>. À l'opposé, le profil motivationnel contrôlé, causé majoritairement par l'insatisfaction corporelle, est davantage associé à des comportements alimentaires de restriction et de désinhibition qui conduisent à l'échec de la régulation alimentaire<sup>[23, 25, 26]</sup>.

En guise d'explication, les auteurs suggèrent que les motivations intrinsèques nécessitent moins d'énergie psychologique, qu'elles encouragent l'adoption de stratégies d'autorégulation plus efficaces (stratégies d'approche où l'accent est mis sur l'objectif souhaité) et qu'elles favorisent la réplétion des réserves d'énergie<sup>[3, 24, 27]</sup>. À l'opposé, les motivations extrinsèques consomment davantage d'énergie psychologique et favorisent l'adoption de stratégies inefficaces (stratégies d'évitement où l'accent est mis sur les façons d'esquiver un objectif indésirable), prédisposant ainsi à un échec d'autorégulation<sup>[3, 24, 27]</sup>. Ces études suggèrent donc que les motivations guidant la prise alimentaire ont un rôle déterminant quant au succès ou à l'échec de la régulation alimentaire<sup>[21]</sup>.

En somme, **la théorie de l'autorégulation fait ressortir le fait que le lien entre la restriction alimentaire et la désinhibition alimentaire (échec d'autorégulation) s'ex-**

**plique notamment par une surutilisation de l'énergie psychologique ou par l'adoption de stratégies d'autorégulation inadéquates.** À l'opposé, les facteurs contribuant au succès de la régulation alimentaire sont, entre autres : 1) les stratégies de modération plutôt que de restriction ; 2) la maîtrise des tentations alimentaires de l'environnement ; et 3) les objectifs nutritionnels orientés vers des motivations intrinsèques.

### L'AUTORÉGULATION DANS LE CONTEXTE DE L'ADOPTION DE SAINES HABITUDES ALIMENTAIRES

L'effort d'inhiber des comportements automatiques fait partie du processus d'autorégulation sollicitant de l'énergie psychologique<sup>[28]</sup>. La modification des habitudes alimentaires (ou l'inhibition des anciennes habitudes) s'ajoute ainsi aux actes d'autocontrôle associés au domaine alimentaire comme la planification et la préparation des repas, l'écoute des signaux de faim et de satiété, etc. À la lumière des notions théoriques abordées précédemment, certaines stratégies de changement de comportements seront proposées pour promouvoir l'utilisation efficiente de l'énergie psychologique au profit de la régulation alimentaire.

### L'élaboration et le suivi d'un but : des ingrédients essentiels

Deux ingrédients essentiels pour assurer la boucle de rétroaction de l'autorégulation et canaliser l'énergie psychologique à bon escient sont : la détermination d'un but précis et le suivi de ce dernier (« monitoring »)<sup>[3]</sup>. À cette fin, il importe de faire valoir les motivations intrinsèques, lesquelles favorisent l'adoption de stratégies efficaces (stratégies d'approche) et contribuent à refaire le plein d'énergie psychologique<sup>[27, 29]</sup>. La définition d'un objectif selon la technique SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et défini dans le temps) ainsi que l'entretien motivationnel s'avèrent donc des stratégies de changement de comportement à privilégier par le diététiste/nutritionniste<sup>[30, 31]</sup>. Ressource : [www.entretien-motivationnel.org/entretienmotivationnel/](http://www.entretien-motivationnel.org/entretienmotivationnel/)

Une fois le but établi, le succès du processus d'autorégulation dépend grandement de l'ajustement des comportements<sup>[3]</sup>. À cet effet, les méthodes prometteuses respectivement pour le patient (ou client) et le diététiste/nutritionniste sont l'élaboration d'un outil d'autoévaluation et la rétroaction régulière sur les objectifs<sup>[10, 32, 33]</sup>.

### L'élaboration d'un plan d'action : une économie d'énergie

L'élaboration d'un plan d'action, soit le fait de planifier la mise en action en déterminant où, quand, et comment le but sera accompli, permet de canaliser efficacement l'énergie psychologique vers le but ou le standard visé<sup>[34]</sup>. Cette planification facilite ainsi l'activation des buts à long terme, permettant par le fait même de préserver les réserves d'énergie lorsque l'individu est aux prises avec des buts conflictuels à court terme<sup>[35]</sup>. Cette technique s'est notamment démontrée efficace pour l'atteinte d'objectifs individuels (p. ex., augmenter la consommation de fruits et de légumes) et la gestion des stimuli environnementaux<sup>[35, 36]</sup>.

### Esquiver l'échec d'autorégulation par la maîtrise des tentations

Considérant l'omniprésence des aliments, le développement de stratégies d'autorégulation permettant de mieux maîtriser les tentations alimentaires en l'absence de faim physique est un atout<sup>[9, 34]</sup>. À cet effet, trois éléments doivent être activés pour faciliter la maîtrise des tentations : 1) l'attention ou la conscience envers les comportements et les aliments consommés ; 2) l'inhibition des comportements automatiques ; et 3) la gestion des émotions<sup>[37]</sup>. Ces constats soutiennent ainsi les approches promouvant les principes de l'alimentation consciente<sup>[38]</sup>. Ressource : [alimentationconsciente.com](http://alimentationconsciente.com).

En conclusion, la théorie de l'autorégulation précise certaines nuances quant aux liens unissant la restriction alimentaire et la désinhibition comme le degré de restriction (quantité d'énergie psychologique utilisée) et les motivations sous-jacentes (choix des stratégies d'autorégulation). De plus, cette perspective théorique fait ressortir le fait que pour soutenir efficacement l'adoption de saines habitudes alimentaires, il est essentiel de considérer l'ensemble des efforts d'autocontrôle déployés par une personne, y compris les efforts visant à gérer l'omniprésence des aliments dans l'environnement et ceux investis dans toute autre sphère de la vie. ■

### Remerciements

Je remercie sincèrement Amélie Samson et Marie-Joëlle Côté d'avoir participé à la relecture de cet article et de m'avoir donné de précieux conseils pour en améliorer la forme et le contenu.

### Références

site web [www.opdq.org](http://www.opdq.org) – section zone membre – « ressources et publications/revue ».

# LA FORMATION CONTINUE OBLIGATOIRE POUR TOUS : POURQUOI, POUR QUI, QUAND ET COMMENT ?



*Tous les diététistes/nutritionnistes savent depuis longtemps que leurs compétences nécessitent une mise à jour constante de leurs connaissances. Mais, voilà qu'un récent règlement à l'égard de la formation continue obligatoire est entré en vigueur à l'Ordre, à l'instar de bien d'autres ordres professionnels. Le présent article propose de passer en revue ce nouveau règlement de l'OPDQ.*

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

Tous les diététistes/nutritionnistes savent depuis longtemps que leurs compétences nécessitent une mise à jour constante de leurs connaissances. Mais, voilà qu'un récent règlement à l'égard de la formation continue obligatoire est entré en vigueur à l'Ordre, à l'instar de bien d'autres ordres professionnels. Le présent article propose de passer en revue ce nouveau règlement de l'OPDQ.

## **Une nouveauté sans en être une !**

La protection du public est au cœur même du mandat confié aux ordres professionnels, car elle est indiscutablement leur raison d'être<sup>[1]</sup>. Pensons à la gravité du préjudice que pourraient subir les personnes recourant aux services de professionnels dont la compétence ne serait pas contrôlée par l'ordre<sup>[2]</sup>. D'ailleurs, chaque ordre professionnel est constitué en raison des connaissances requises pour exercer les activités visées et de la formation nécessaire pour soutenir le jugement requis lors de l'exercice de la profession.

Chaque ordre professionnel a donc pour principale fonction d'assurer la protection du public<sup>[3]</sup>. À cette fin, chaque ordre doit notamment contrôler l'exercice de la profession par ses membres et dispose pour ce faire de pouvoirs réglementaires<sup>[4]</sup>. Le conseil d'administration d'un ordre professionnel peut, par règlement, déterminer les obligations de formation continue auxquelles ses membres doivent se conformer<sup>[5]</sup>. Récemment, le Règlement sur la formation continue obligatoire des diététistes du Québec<sup>[6]</sup> a été adopté et est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2016.

Depuis toujours, les diététistes/nutritionnistes assistent à des activités de formation continue. D'ailleurs, la formation continue a toujours été implicitement obligatoire. En effet, le Code de déontologie des diététistes<sup>[7]</sup> prévoyait déjà l'obligation de maintenir ses connaissances à jour<sup>[8]</sup>. De plus, le Code prévoit que le diététiste/nutritionniste doit s'assurer que les actes qu'il accomplit sont conformes aux normes professionnelles et

aux données actuelles de la science<sup>[9]</sup>, ce qui requiert une formation continue. Essentiellement, le nouveau règlement ne change rien. Ce qui est nouveau, c'est que le règlement encadre la formation continue et exige qu'elle soit documentée.

Le règlement s'inscrit donc dans un objectif de protection du public et vise à maintenir un standard professionnel de haute qualité. Rappelons que les divers règlements adoptés par un ordre professionnel ne visent pas à protéger le professionnel, mais bien le public<sup>[10]</sup>. La protection du public risque d'être compromise si un professionnel manque à son devoir de maintenir à jour ses connaissances. À cet égard, citons les propos fort judicieux d'un conseil de discipline, à savoir « qu'aucune forme de laxisme en regard des compétences exigées pour exercer sa profession ne peut être tolérée, particulièrement dans le milieu médical où la marge d'erreur est pratiquement inexistante »<sup>[11]</sup>.

## 24 La formation continue selon le nouveau règlement

En vertu du nouveau règlement, un diététiste/nutritionniste doit, quelle que soit sa fonction, accumuler un minimum de 60 UFC de formation continue pour chaque période de référence de trois ans<sup>[12]</sup>. Une « UFC » désigne une unité de formation continue attribuée à la suite d'une activité de formation reconnue<sup>[13]</sup>. Certains critères déterminent les activités reconnues et l'attribution du nombre d'UFC<sup>[14]</sup>. Les 60 UFC obligatoires doivent être réparties comme suit :

- > au moins 50 UFC liées à des activités de formation sur la nutrition humaine et l'alimentation (pratique professionnelle);
- > au moins 10 UFC obtenues par la participation liées à des activités de formation sur l'éthique, l'interdisciplinarité, les lois, les règlements et les normes encadrant l'exercice de la profession, la déontologie, l'organisation du travail et la tenue de dossier (encadrement professionnel). De plus, 3 de ces 10 UFC doivent être liées à une activité de formation conçue et dispensée par l'OPDQ ou avec un partenariat.

La première période de référence débutant le 1<sup>er</sup> avril 2016<sup>[15]</sup>, les diététistes/nutritionnistes devront donc avoir accumulé les 60 UFC d'ici le 31 mars 2019. Les activités de formation continue peuvent être de plusieurs types. En voici quelques exemples :

- > cours, séminaires, colloques ou conférences offerts ou organisés par l'OPDQ, par une personne, une institution ou un organisme reconnu par l'OPDQ;
- > cours offerts par des établissements d'enseignement;
- > formations structurées offertes en milieu de travail;
- > revue de littérature requise pour la participation à titre de conférencier ou de formateur à une activité de formation continue reconnue;
- > revue de littérature requise pour la rédaction et la publication d'articles ou d'ouvrages liés à l'exercice de la profession;
- > sessions de formation diverses, notamment des clubs de lecture scientifique ou des groupes de travail;
- > certifications pertinentes à la pratique professionnelle avec un examen ou un travail d'intégration.<sup>[16]</sup>

Étant donné que l'OPDQ ne peut recenser toutes les activités de formation offertes, certains critères sont prévus pour déterminer les activités reconnues et l'attribution du nombre d'UFC<sup>[17]</sup>. À cet égard, l'OPDQ a élaboré un guide explicatif<sup>[18]</sup> dont l'objectif est de permettre aux membres de se responsabiliser quant au choix des activités. Soulignons toutefois que l'OPDQ doit s'assurer que des activités de formation continue sont offertes aux membres de l'Ordre<sup>[19]</sup>.

### Les modes de contrôle prévus par le nouveau règlement

Afin de s'assurer de la conformité au règlement de formation continue obligatoire, certains éléments de preuve sont requis. D'abord, le formulaire de déclaration de formation transmis à l'OPDQ et ensuite la conservation par le diététiste/nutritionniste des pièces justificatives pour chaque période de référence.

Un processus d'octroi de certaines dispenses prévues au règlement<sup>[20]</sup> (en cas de congé de maternité ou parental, par exemple) a été mis en place. Il convient de rappeler que les dispenses sont accordées selon des critères stricts et que contrevenir à ces règles est passible d'amendes. Citons l'exemple d'un professionnel qui, n'ayant pas participé à suffisamment d'activités de formation pour atteindre le nombre d'UFC requis, avait faussement indiqué sur le formulaire de déclaration annuelle qu'il bénéficiait d'une dispense<sup>[21]</sup>; une amende de 1 500 \$ lui a été imposée pour cette infraction.

Le diététiste/nutritionniste doit remplir et transmettre à l'OPDQ le formulaire de déclaration de formation au plus tard le 30 avril qui suit la fin de chaque période de référence<sup>[22]</sup>. Pour cette première période de référence (qui a débuté le 1<sup>er</sup> avril 2016), ce formulaire devra donc être transmis au plus tard le 30 avril 2019<sup>[23]</sup>. Pour chaque période de référence, le diététiste/nutritionniste devra conserver les pièces justificatives, et ce, jusqu'à l'expiration de deux ans suivant la fin d'une période de référence<sup>[24]</sup>.

Ces derniers éléments de preuve sont particulièrement importants. À cet égard, citons le cas d'un professionnel qui avait omis de fournir ses preuves de formation continue pour la période de référence prévue par le règlement sur la formation continue obligatoire. Le professionnel a enregistré un plaidoyer de culpabilité; néanmoins, une première amende de 1 500 \$ lui a été imposée pour son refus à l'égard du coordonnateur du développement professionnel de l'ordre et du directeur géné-

ral et secrétaire de l'ordre, de même qu'une amende de 1 500 \$ pour son refus face au syndic, qui était intervenu en deuxième lieu<sup>[25]</sup>.

Dans le même ordre d'idées, un autre professionnel a également plaidé coupable pour son refus de collaborer avec son ordre concernant une demande de fournir les preuves de formation continue pour une période de référence donnée. Dans ce cas, une première amende de 1 000 \$ lui a été imposée pour son refus à l'égard du directeur général et secrétaire de l'ordre, puis une amende de 1 500 \$ pour son refus face au syndic qui était intervenu en deuxième lieu<sup>[26]</sup>.

Dans ces deux cas, les amendes imposées s'ajoutaient à la radiation des professionnels du tableau de leur ordre, comme le prévoit leur règlement relatif à la formation continue obligatoire.

### En respect du nouveau règlement

Le règlement prévoit des sanctions dans les cas où un diététiste/nutritionniste ne s'y conforme pas. D'abord, un avis écrit est transmis au diététiste/nutritionniste avec ordre de s'y conformer dans un délai de 90 jours<sup>[27]</sup>. Le cas échéant, les premiers avis écrits seront donc transmis dès le 1<sup>er</sup> avril 2019. À défaut de répondre au premier avis, un avis final est transmis en l'informant d'un délai additionnel de 30 jours<sup>[28]</sup>. Si le diététiste/nutritionniste ne remédie toujours pas à son manquement, il est radié du tableau de l'ordre<sup>[29]</sup>. La sanction imposée demeure tant et aussi longtemps que le membre ne satisfait pas aux exigences<sup>[30]</sup>.

Même sans un règlement explicite sur la formation, les professionnels doivent maintenir à jour leurs connaissances sinon la protection du public risque d'être compromise. Citons le cas d'un technologue en imagerie médicale et en radio-oncologie qui a été radié pour une période de trois mois faute de se conformer à une politique de son ordre professionnel sur la formation continue, commettant ainsi un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession<sup>[31]</sup>. Or, les gestes reprochés étaient antérieurs à l'entrée en vigueur d'un règlement sur la formation continue obligatoire. Dans cette affaire, le conseil de discipline rappelait que le Code des professions et les ordres professionnels ont comme raison d'être la protection du public<sup>[32]</sup>. Le système professionnel accorde un privilège aux professionnels d'exercer en exclusivité divers actes et de porter un titre qui leur est réservé, mais le professionnel se doit, en contrepartie, de respecter des stan-

dards élevés<sup>[33]</sup>. La déontologie imposée aux professionnels s'avère astreignante, cependant, elle sert d'assise à la protection du public<sup>[34]</sup>. La formation continue a pour objectif d'assurer au public des services de haute qualité pour des services médicaux d'une grande importance<sup>[35]</sup>.

Dans le cas d'un professionnel qui avait omis d'accumuler le nombre requis d'unités de formation en participant à des formations continues, un autre conseil de discipline a aussi souligné que le Code des professions et les ordres professionnels n'ont pour principale mission que d'assurer la protection du public<sup>[36]</sup>. Aussi, chaque professionnel est soumis à des normes en contrepartie des avantages<sup>[37]</sup>.

Enfin, soulignons que la conformité au règlement sur la formation continue ne dispense pas un professionnel de toutes les autres obligations. Les connaissances acquises lors de la formation continue doivent être mises en pratique dans l'exercice de la profession. C'est ainsi qu'un dentiste à qui l'on reprochait certains actes graves et sérieux a encouru plusieurs amendes, malgré les multiples heures de formation suivies; les heures de formation ne suffisaient pas à rassurer pour l'avenir<sup>[38]</sup>.

### Conclusion

En conclusion, le Règlement sur la formation continue obligatoire des diététistes du Québec est une nouveauté sans en être véritablement une puisque la formation continue a toujours fait partie des obligations déontologiques. Néanmoins, cette formation est désormais plus encadrée et soumise à une certaine do-

umentation. Le nouveau règlement répond à l'exigence d'être à la hauteur des titres et des activités réservés. Vaut mieux commencer à prévoir dès maintenant dans son agenda certaines activités de formation, afin d'accumuler, d'ici le 31 mars 2019, les 60 UFC obligatoires, d'autant plus que la première période de référence a débuté le 1<sup>er</sup> avril 2016.

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

### Références

1. Voir notamment : Chambre des notaires du Québec c. Dugas, C.A. # 500-09-008533-994, 21 novembre 2002, par. 19.
2. Code des professions, RLRQ, c. C. 26, art. 25.
3. Id., art. 23.
4. Voir le Bulletin d'information de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, Janvier 2016, vol. 22, no. 1, page 12 : Sarah Thibodeau, « Le saviez-vous? le processus règlementaire de l'Ordre : une démarche aux multiples facettes! ».
5. Code des professions, art. 94 o).
6. Règlement sur la formation continue obligatoire des diététistes du Québec, (2015) 52 G.O. II, 5007, art. 94 o).
7. Code de déontologie des diététistes, RLRQ, chapitre C-26, r. 97.
8. Id., art. 1, par. 1.
9. Id., art. 14.
10. Voir notamment à cet égard un arrêt de la Cour d'appel : Tremblay c. Dionne et Tribunal des professions, C.A. #500-09-016532-061, 6 novembre 2006, par. 42.
11. Paradis, es qualité de syndic de l'Ordre des technologues en imagerie médicale et en radio-oncologie du Québec c. Dubord, 35-11-002, 11 janvier 2012, par. 57.
12. Règlement sur la formation continue obligatoire des diététistes du Québec, art. 1.
13. Id., art. 1 In Fine.
14. Id., art. 5.
15. Id., art. 2.
16. Id., art. 6.
17. Id., art. 5.
18. Ordre professionnel des diététistes du Québec, Guide explicatif : barème d'allocation des UFC, 2e édition, 2015.
19. Code des professions, art. 62, par. 3.
20. Règlement sur la formation continue obligatoire des diététistes du Québec, art. 9 à 13.
21. Arpenteurs-géomètres (Ordre professionnel des) c. Perreault, 04-2013-000460, 7 avril 2014.
22. Règlement sur la formation continue obligatoire des diététistes du Québec, art. 7.
23. Id., art. 2.
24. Id., art. 8.
25. Technologistes médicaux (Ordre professionnel des) c. Jones, 36-14-00117, 28 novembre 2014.
26. Technologistes médicaux (Ordre professionnel des) c. Le Blanc, 36-14-00116, 10 avril 2015.
27. Règlement sur la formation continue obligatoire des diététistes du Québec, art. 14.
28. Id., art. 15.
29. Id., art. 16.
30. Id., art. 17.
31. Paradis, es qualité de syndic de l'Ordre des technologues en imagerie médicale et en radio-oncologie du Québec c. Dubord, 35-11-002, décision sur la culpabilité 11 janvier 2012 et décision sur la sanction 25 mai 2012.
32. Paradis, es qualité de syndic de l'Ordre des technologues en imagerie médicale et en radio-oncologie du Québec c. Dubord, 35-11-002, 11 janvier 2012, par. 17.
33. Id., par. 48.
34. Id., par. 49.
35. Id., par. 56.
36. Arpenteurs-géomètres (Ordre professionnel des) c. Perreault, 04-2013-000460, 7 avril 2014, par. 23.
37. Id., par. 24.
38. Dentistes (Ordre professionnel des) c. Villeneuve, C.D. Den., #14-15-01235, 22 décembre 2015 (Références antérieures : 2015 QCTP 87, 16 octobre 2015; C. Den, 11 septembre 2015).

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

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

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

**1 800 644-0607**  
lacapitale.com/opdq

Cabinet en assurance de dommages



  
**La Capitale**  
Assurances générales

L'ASSURANCE QUI NE VOUS LAISSE JAMAIS SEUL

# TRAIN THE TRAINER: LA CLÉ D'UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DIABÉTIQUES DANS LE TERRITOIRE D'EYYOU ISTCHEE

**Hélène Porada**, Dt.P., éducatrice agréée en diabète

**Catherine Godin**, Dt.P., M.Sc., Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ)  
Département de santé publique — Mistissini (Québec)

*Pendant des milliers d'années, les Cris ont pratiqué un mode de vie semi-nomade, se nourrissant presque exclusivement de gibier, de poisson et de petits fruits. Au cours des dernières décennies, les moyens de subsistance traditionnels ont fait place à la consommation croissante d'aliments transformés et à la sédentarisation. Parallèlement à ces changements, l'augmentation de la prévalence de l'obésité, du diabète et d'autres maladies chroniques a été observée.*

## NOTRE RÉALITÉ

La région de l'Eeyou Istchee, littéralement « Terre du peuple », est un vaste territoire représentant environ 20 % de la superficie du Québec, qui s'étend sur la partie orientale de la Baie James, au nord du Québec. Ce territoire, situé entre les 49e et 55e parallèles, est composé de neuf communautés comptant entre 700 à 4500 habitants, pour un total d'environ 17 000 Cris.

Huit des neuf communautés crises sont reliées par la route, mais plusieurs centaines de kilomètres séparent la majorité d'entre elles. Quant à Whapmagoostui, la communauté la plus nordique située au bord de la Baie d'Hudson, elle est ravitaillée uniquement par voie maritime (l'été seulement) ou aérienne (en tout temps).

Chaque communauté possède un Centre Miyupimaatisiium communautaire (CMC), comparable aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ailleurs au Québec, alors que Chisasibi accueille le centre hospitalier régional. La présence permanente de médecins dépend de la taille de la communauté. Pour pallier ce manque, les infirmiers et infirmières jouent des rôles élargis pour la dispensation des soins courants. Par ailleurs, le taux de roulement du personnel soignant permanent est élevé, ce qui implique l'utilisation de services infirmiers d'agence. Enfin, chaque CMC compte des intervenants crises qui travaillent en étroite collaboration avec l'équipe soignante afin d'assurer l'intégration de la culture crie dans les services de santé. Le rôle principal de ces représentants en santé communautaire (RSC) est la promotion d'un mode de vie sain et le soutien aux patients.

Bien que l'équipe médicale des CMC possède une grande expertise en soins aigus, leur expérience en gestion des maladies chroniques s'avère limitée. Or, selon les dernières données, le taux de prévalence du diabète de type 2 en Eeyou Istchee est de 24,7 % chez les Cris de 20 ans et plus. Comparés aux taux standardisés du Québec, ceux de la région sont alors 4,2 fois plus élevés. Le diabète de type 2 a augmenté constamment au fil du temps et a presque quintuplé chez les personnes âgées de 20 ans

et plus entre 1989 et 2014. Contrairement au reste du Québec, cette pathologie touche davantage les femmes. Notons que près de la moitié (45,4 %) des nouveaux diagnostics se font avant l'âge de 40 ans et que les Cris de tous âges sont à risque de développer cette maladie chronique. Étant donné la prévalence élevée du diabète combinée aux particularités géographiques et humaines du territoire, il était essentiel de développer une stratégie visant à former, à outiller et à soutenir les équipes soignantes locales.

## TRAIN THE TRAINER

Le programme Train the Trainer est une stratégie régionale à l'intention des intervenants cliniques d'Eeyou Istchee (infirmières, diététistes/nutritionnistes, RSC et médecins) œuvrant auprès des personnes diabétiques. Ce programme harmonise les soins sur le ter-

### Historique du programme « Train the Trainer »

- |             |  |
|-------------|--|
| <b>2003</b> | Embryon de projet initié à la suite d'une tournée des neuf communautés crises pour recueillir les besoins des infirmières en matière de gestion du diabète |
| <b>2006</b> | Projet pilote d'un an démarré dans trois communautés   |
| <b>2008</b> | Le projet devient un programme applicable à toutes les communautés et offert à tous les intervenants   |



Source : Cree Diabetes Information System (système Cri de surveillance en diabète). CDIS 2016.

ritoire tout en facilitant le développement professionnel des équipes soignantes locales propice à une meilleure rétention du personnel.

## BUT DU PROGRAMME

Améliorer la qualité des soins prodigués aux patients diabétiques d'Eeyou Istchee, en formant et en accompagnant les équipes soignantes du territoire. Les résultats escomptés sont une réduction de l'incidence du diabète et de ses complications.

## PRÉSENTATION DU PROGRAMME

L'équipe Train the Trainer est composée d'un médecin-conseil, d'une agente de formation en diabète, d'une agente d'évaluation de programmes, d'un représentant en santé communautaire et de trois intervenants pivots : les éducatrices en diabète.

Les différents mécanismes du programme permettent au département de santé publique de diffuser les dernières lignes directrices en matière de gestion des maladies chroniques aux équipes soignantes locales. Les formatrices (éducatrices en diabète) se déplacent dans chaque communauté pour dispenser gratuitement la formation. Ainsi, les intervenants locaux reçoivent la formation théorique et pratique dans leur milieu de travail auprès de leur clientèle. Ils deviennent à leur tour « formateurs » (trainer) auprès de leurs patients en matière de gestion du diabète. La fréquence

des visites des éducatrices en diabète dans les communautés est d'au moins une fois par année, pour une durée d'une à deux semaines, selon les besoins. La participation des intervenants aux formations est volontaire.

## CŒUR DE LA FORMATION

### 1. Théorie

L'approche est axée sur l'utilisation des données probantes conjuguées à des ressources cliniques adaptées selon les données de surveillance de la population criée (prévalence élevée du diabète, complications rénales, facteurs de risque multiples). La formation théorique inclut la pathophysiologie du diabète, la médication, l'alimentation, l'activité physique, les complications, la sensibilisation à une approche collaborative entre le patient et l'intervenant ainsi que la promotion de saines habitudes de vie. L'enseignement est constamment mis à jour et personnalisé en tenant compte de l'hétérogénéité des apprenants ainsi que de leur niveau de connaissances et de compétences.

### 2. Pratique

La pratique permet le développement ou le renforcement des compétences en gestion du diabète. Le passage de la théorie à la pratique se fait sous forme de consultations médicales réalisées par l'éducatrice en diabète avec les

patients en présence de l'intervenant. Cette approche concrète et novatrice permet un apprentissage par observation réflexive puisque l'intervenant devient spectateur de la mise en application des notions théoriques apprises précédemment. À la suite de l'entrevue, l'éducatrice en diabète dresse le bilan de la rencontre avec l'intervenant, répond à ses questions et réalise conjointement avec lui le plan de suivi clinique.

## 3. Service de soutien téléphonique

Les intervenants locaux peuvent communiquer avec les éducatrices en diabète du lundi au vendredi, entre 9 h et 17 h, sur l'une des trois lignes d'assistance téléphonique gratuite. Ce soutien additionnel leur permet d'obtenir des réponses à toute question sur la gestion du diabète, de renforcer leurs capacités en la matière et de clarifier certains éléments de la formation à la suite des visites dans les communautés. De plus, les raisons de chaque appel sont consignées, ce qui permet aux éducatrices en diabète de déterminer les notions à traiter ou à revoir lors des formations futures.

Le nombre d'appels reçus sur les lignes d'assistance téléphonique est en constante augmentation, ce qui suggère un engagement plus marqué de la part des intervenants locaux et une meilleure prise en charge de leurs patients diabétiques.

## 4. Outils

Pour un soutien sur mesure, l'équipe Train the Trainer développe ou met continuellement à jour des outils d'enseignement et de référence adaptés et basés sur les dernières lignes directrices de l'Association canadienne du Diabète. De plus, les protocoles thérapeutiques propres à notre clientèle sont adoptés par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSBJ), ce qui uniformise la pratique et favorise l'utilisation des données disponibles les plus récentes par les intervenants.

Voici quelques exemples d'outils ayant été développés :

- > Manuel de référence sur le diabète
- > Protocole sur le diabète gestationnel
- > Lignes directrices pour l'initiation du traitement à l'insuline et l'ajustement des doses
- > Brochures éducatives et vidéos destinées à la clientèle

Quelques brochures ou documents cliniques sont accessibles en ligne au [www.creehealth.org](http://www.creehealth.org).

**PRÉVENTION PRIMAIRE**

L'équipe Train the Trainer soutient le développement et la réalisation d'initiatives locales. Ainsi, des séances de dépistage jumelées à des ateliers d'information sur le prédiabète ou le diabète, des émissions de radio ou des kiosques de promotion des saines habitudes de vie sont organisés en collaboration avec les équipes locales des différentes communautés, selon la demande.

**ÉVALUATION**

Une phase d'évaluation a été amorcée pour mesurer les retombées du programme sur le niveau de connaissance des équipes soignantes locales, la qualité des soins fournis aux patients d'Eeyou Istchee et le niveau de satisfaction des participants après les formations. Ces données permettront de faire des constats sur l'efficacité des interventions.

**RECOMMANDATIONS**

Dans l'attente des résultats de l'évaluation, les observations préliminaires effectuées lors de l'implantation du projet ont contribué à la formulation de quelques recommandations qui pourraient permettre de renforcer l'influence du programme Train the Trainer sur la gestion du diabète en Eeyou Istchee :

1. Demander aux intervenants locaux de miser sur l'approche collaborative patient intervenant afin d'améliorer l'adhérence du patient à son plan de traitement.
2. Engager davantage les représentants en santé communautaire issus de la communauté locale dans le suivi des patients diabétiques en favorisant le transfert de connaissances grâce au programme Train the Trainer.
3. Assurer des visites plus fréquentes (idéalement à raison d'au moins deux fois par année et par communauté) pour maintenir un niveau élevé de connaissances, d'aptitudes et de compétences auprès des intervenants locaux malgré le fort taux de roulement du personnel soignant.
4. Renforcer la communication locale entre la clinique d'urgence et la clinique de santé communautaire pour faciliter la prise en charge et le suivi des patients diabétiques.
5. Embaucher des candidats démontrant un intérêt pour la gestion des maladies chroniques afin de faciliter la rétention du personnel et l'engagement envers la qualité des soins. ■

**Références**

- Rapport Annuel du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James 2014-2015. 2015. <http://www.creehealth.org/sites/default/files/Rapport%20Annuel%20du%20CCSSBJ%202014-2015.pdf>
- Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. WHO. 2010. [http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010\\_increasing\\_access\\_to\\_health\\_workers\\_in\\_remote\\_and\\_rural\\_areas.pdf](http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf)
- Cree Diabetes Information System (CDIS) 2009 Annual Report. Kuzmina E, Lejeune P, Dannenbaum D, Torrie JE. Cree Board of Health and Social Services of James Bay (CBHSSJB). Révision 2011. <http://www.creehealth.org/sites/default/files/2009%20CDIS%20report.pdf>
- Cree Diabetes Information System (CDIS) 2014 Report. Cree Board of Health and Social Services of James Bay (CBHSSJB). 2016.
- Diabetes in Eeyou Istchee 2012 Broadsheet from CDIS. Cree Board of Health and Social Services of James Bay. 2012. <http://www.creehealth.org/sites/default/files/2012%20CDIS%20broadsheet.pdf>
- Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Can J Diabetes 2013; 37(suppl 1):S1-S212.
- International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. Diabetes Care. 2010; 33(3):676-82.



**MA SOUMISSION GAGNANTE**  
CONCOURS 2016

**Prenez le virage vert**

DEMANDEZ UNE SOUMISSION D'ASSURANCE AUTO, HABITATION OU ENTREPRISE ET COUREZ LA CHANCE DE GAGNER

30 000 \$

POUR RÉNOVER VOTRE MAISON DE FAÇON ÉCORESPONSABLE




**laPersonnelle**  
Assureur de groupe auto, habitation et entreprise

La bonne combinaison.

Pour courir la chance de gagner, demandez votre soumission!

**1 888 476-8737**

[lapersonnelle.com/masoumissiongagnante](http://lapersonnelle.com/masoumissiongagnante)

Certaines conditions s'appliquent. La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. Aucun achat requis. Le concours se termine le 31 décembre 2016. Le tirage aura lieu le 16 janvier 2017. Il y a un (1) prix à gagner : le gagnant aura le choix entre un montant de 30 000 \$ CAN remis sous forme de cartes-cadeaux échangeables dans un centre de rénovation contre des produits ou des services de rénovations écoresponsables ou un chèque de 30 000 \$ CAN. Le gagnant sera responsable de choisir les fournisseurs – sur approbation de La Personnelle – et de coordonner tous les travaux. Détails et règlement disponibles à [lapersonnelle.com/masoumissiongagnante](http://lapersonnelle.com/masoumissiongagnante).

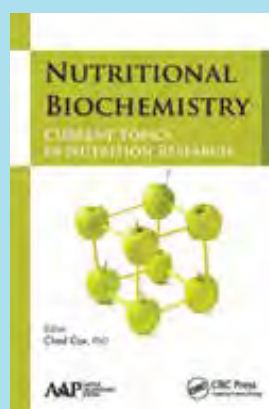
# ACTUALITÉS EN NUTRITION

29

## DES SOINS DE MEILLEURE QUALITÉ POUR DES AUTOCHTONES EN SANTÉ

Rédigé par un collectif d'étudiantes et étudiants en pharmacie de l'Université de Montréal, sous la supervision de M. Pierre Haddad, docteur en pharmacologie et Dr Éric Drouin, ce document a été créé à l'intention des professionnels de la santé qui collaborent (ou prévoient collaborer) avec des patients de culture autochtone. Il a pour but d'aider à surmonter certaines barrières fréquemment rencontrées dans les communications et les interventions auprès des membres de ces communautés. On y explore l'histoire des Autochtones du Québec de façon à mieux comprendre leur parcours et les répercussions sur les réalités d'aujourd'hui. Les problèmes de santé courants chez les Autochtones sont aussi présentés, de même que les approches thérapeutiques traditionnelles. La façon d'établir une relation de confiance avec ces patients est abordée et, finalement, quelques ressources et références pratiques sont proposées.

Ce document n'étant pas accessible sur le site de l'Université de Montréal, l'OPDQ a jugé bon de le déposer dans la section réservée aux membres de son site Web, au [www.opdq.org](http://www.opdq.org). — section Revue.



## NUTRITIONAL BIOCHEMISTRY: CURRENT TOPICS IN NUTRITION RESEARCH

Ce manuel, rédigé par M. Chad L. Cox, Ph.D., de la California State University à Sacramento, et publié aux éditions CRC Press, met l'accent sur cinq aspects principaux de la biochimie nutritionnelle: 1) la génomique; 2) la biochimie appliquée à la nutrition clinique; 3) les vitamines et minéraux; 4) les macronutriments et l'énergie; et finalement 5) la fonction et le métabolisme cellulaires. Les études les plus récentes dans chacun de ces domaines sont présentées, ce qui en fait un ouvrage très étoffé et à jour.

Pour consulter la table des matières ou pour commander la version papier ou électronique, visitez le <https://www.crcpress.com/Nutritional-Biochemistry-Current-Topics-in-Nutrition-Research/Cox/9781771881456>.

# RETOUR SUR LE 20<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE GESTION AGRICOLE

**Sonia Pomerleau**, Dt.P., M.Sc.,  
Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF), Université Laval



*En juillet dernier s'est tenu le congrès de l'Association internationale de gestion agricole (International Farm Management Association ou IFMA). Près de 300 personnes ont assisté à cette édition qui a eu lieu du 12 au 17 juillet 2015 sur le campus de l'Université Laval à Québec.*

Parmi les sujets d'actualité, la transparence envers les consommateurs (p. ex., traçabilité des aliments) et l'impact environnemental occupaient l'avant-plan. En effet, la nouvelle génération de consommateurs demande à être renseignée sur la traçabilité des aliments qu'ils achètent. En effet, les enjeux éthiques prennent une grande place dans leur prise de décisions. D'autre part, Ron Lemaire (président de l'Association canadienne de la distribution de fruits et légumes ou ACDL) a discuté de l'importance d'une mise en place solide pour des programmes visant la saine alimentation. À ce sujet, il a souligné le rôle primordial d'une collaboration étroite entre les divers intervenants : le gouvernement, la

santé publique et les industries alimentaires. D'ailleurs, l'initiative « Visez la moitié pour votre santé », lancée en 2014, doit son succès aux éléments clés suivants : un fort leadership de la part de l'ACDFL, des objectifs communs, une collaboration sincère, la simplicité du message, la négociation et la confiance. Cette campagne avait comme objectif d'augmenter la consommation de fruits et légumes d'une portion de plus par jour pour tous les Canadiens et Canadiennes.

Le prochain congrès de l'IFMA se tiendra en juillet 2017 à Édimbourg au Royaume-Uni. Pour de plus amples renseignements, consultez le site de l'IFMA à <http://ifmaonline.org/>.

## 13 juillet 2015

### SAINTE ALIMENTATION, FERMES ET AGRICULTURE : PERSPECTIVES POUR LES PRODUCTEURS AGRICOLES.

Par : **Ron Bonnett**, président de la Fédération canadienne de l'agriculture

L'évolution des demandes des consommateurs influence toutes les facettes de la production alimentaire, et ce, dès l'étape de la production agricole. La santé et les enjeux sociaux sont au cœur des préoccupations de la population. À cet égard, de plus en plus de Canadiens et Canadiennes demandent à mieux saisir le lien entre les aliments qui se retrouvent sur leur table et les effets sur leur santé. Du point de vue social, les consommateurs souhaitent mieux comprendre le chemin parcouru par les aliments jusqu'à leur assiette (concept « De la ferme à la table »). Enfin, la Fédération canadienne de l'agriculture veille à entretenir le dialogue entre les producteurs agricoles et les consommateurs tout en se fondant sur une

approche scientifique. Ainsi, ils souhaitent que les pratiques des agriculteurs soient en synergie avec les valeurs et les attentes du consommateur.

### LES SYSTÈMES ALIMENTAIRES INTÉGRÉS : UNE NOUVELLE APPROCHE

1) Par : **David McInnes**, président et directeur général de l'Institut canadien des politiques agroalimentaires (ICPA)

Les consommateurs veulent de plus en plus savoir d'où viennent les aliments qu'ils consomment, ce qui a entraîné une hausse de la demande de manger localement. De plus, certaines demandes dites « éthiques » (p. ex., type d'élevage, sans antibiotiques, sans hormones, agriculture durable, etc.) sont également en forte croissance. En matière de transparence, il existe d'ailleurs un indice mesurant l'accès à l'information disponible au [www.accesstonutrition.org](http://www.accesstonutrition.org). Ceci reflète bien les attentes de la part des consommateurs qui souhaitent en savoir plus sur : la provenance de l'aliment, le code éthique, le volet santé et la durabilité environnementale. Il semble de plus en plus important de pouvoir suivre un produit alimentaire tout au long de la chaîne d'approvisionnement. Le consommateur accorde une grande importance à la transparence et souhaite développer une collaboration sincère basée sur la confiance avec les producteurs et les distributeurs. De plus, il souhaite en savoir plus sur les effets des aliments qu'il consomme sur sa santé. À cet égard, les diététistes/nutritionnistes peuvent jouer un rôle important en aidant les industries agroalimentaires à développer des produits plus sains, mais également à expliquer les effets des aliments sur la santé.

2) Par : **Ron Lemaire**, président de l'Association canadienne de la distribution de fruits et légumes (ACDFL)

Il existe plusieurs belles initiatives à entreprendre afin d'améliorer l'alimentation de la population, mais la question demeure la suivante : comment s'y prendre ? En premier lieu, il est important de relier le succès aux attentes du consommateur. De plus, il faut s'assurer de bien mesurer l'efficacité du modèle utilisé pour la mise sur pied. Par exemple, l'ACDFL s'était fixé comme objectif d'accroître la consommation de fruits et légumes par l'ajout d'une portion par jour pour tous les Canadiens et Canadiennes. Pour ce faire, elle a lancé des campagnes de marketing sociétal comme « Visez la moitié pour votre santé » (2014) et « L'assiette Bien manger » (2015). Ces campagnes ont été développées en collaboration avec des intervenants du gouvernement, du milieu de la santé (incluant les diététistes/nutritionnistes), d'organismes à but non lucratif et de l'industrie alimentaire. Cette collaboration se distingue par les éléments clés suivants : un fort leadership de la part de l'ACDFL, des objectifs communs, une collaboration sincère, la simplicité du message, la négociation et la confiance.

15 juillet 2015

### DES CULTURES NUTRITIVES POUR SOUTENIR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES CONSOMMATEURS DES PAYS ÉMERGENTS ET EN DÉVELOPPEMENT

Par : **Pierre Broun**, directeur de la recherche et développement chez Nestlé

Le monde est en mutation : vieillissement de la population, accroissement de la classe moyenne, urbanisation croissante, délaissement des milieux ruraux. L'alimentation est également en changement. Par exemple, on note une augmentation de la consommation de viande et de sucre, un accroissement de l'incidence d'obésité liée en partie à l'alimentation, etc. Or, en plusieurs endroits, la malnutrition subsiste, surtout celle reliée à des carences en fer, en vitamine A, en iode et en zinc (particulièrement chez les enfants). Malgré ce fait, il y a encore beaucoup de gaspillage alimentaire, dont la source varie selon la population. En effet, dans les pays développés, les pertes associées au gaspillage sont observées surtout à la maison tandis que dans les pays en voie de développement, elles surviennent surtout

à la ferme. D'un point de vue environnemental, l'utilisation de l'eau est également devenue problématique, les besoins dépassant à présent la disponibilité. Dans le même ordre d'idées, la protection de la biodiversité des aliments, la production de gaz à effet de serre et la réduction des déchets environnementaux soulèvent des inquiétudes. Quant à l'aspect nutritionnel, il ne s'agit pas d'un incitatif assez fort pour convaincre les fermiers d'améliorer leur offre, laquelle n'est pas encore assez rentable pour eux. Sans compter que lorsqu'un changement est apporté (p. ex., introduction du maïs bio-fortifié en provitamine A qui devient orange au lieu de jaune ou blanc), il faut éduquer les gens, car il y a souvent des obstacles culturels. Somme toute, la combinaison de différentes actions, comme la réduction de l'utilisation de l'eau, la diminution du gaspillage alimentaire ou une meilleure détermination des besoins des consommateurs, peut contribuer à créer un environnement durable. ■

31

**Congrès 2016**  
Ordre professionnel  
des diététistes du Québec

23 et 24 septembre | Hyatt Regency Montreal  
(Complexe Desjardins)

**Oser  
l'avenir**

[www.opdq.org/congres](http://www.opdq.org/congres)



### SOUTIEN NUTRITIONNEL CHEZ DES ENFANTS AYANT REÇU UNE GREFFE DE CELLULES SOUCHES HÉMATOPOÏÉTIQUE : DES AVIS MITIGÉS

**Gisèle Jolicoeur**, stagiaire en nutrition

**Superviseurs de stage:** Annie Vallières, Dt.P., M.Sc. et Karine Rondeau, Dt.P.

**Milieu de stage:** Hôpital Maisonneuve-Rosemont, département de GMO

La nutrition entérale (NE) ou parentérale (NP) permet d'optimiser l'état nutritionnel de beaucoup de patients greffés. L'étude qualitative porte sur les préférences et les réserves exprimées par des familles et des professionnels de la santé quant au soutien nutritionnel des enfants ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques à l'hôpital pour enfant St. Jude au Tennessee. Un questionnaire de douze questions ouvertes, validé par un comité d'experts, a été rempli par 54 participants: 31 membres de différentes familles et 23 professionnels de la santé. Les résultats démontrent que la majorité des familles préfèrent la NP, car ils considèrent la NE comme étant invasive et douloureuse. Les professionnels de la santé préfèrent la NE, mais ne la choisissent pas d'emblée, car ils l'associent à des symptômes digestifs. Aussi, ils estiment la NP être plus pratique puisqu'une voie centrale est souvent déjà en place. Selon les auteurs, le choix des familles aurait pu être différent si elles avaient été mieux informées sur les deux types de soutien nutritionnel. Malheureusement, l'étude ne s'est déroulée que dans un seul hôpital, et ce, pendant 6 mois seulement. La majorité des familles n'avaient jamais eu d'expérience avec du soutien nutritionnel et avaient donc peu de connaissances sur le sujet. Tant les familles des patients que certains professionnels de la santé peuvent avoir des connaissances limitées sur les avantages et les désavantages du soutien nutritionnel. En raison de leurs connaissances approfondies sur ce sujet, les diététistes/nutritionnistes jouent un rôle important pour orienter le choix du soutien nutritionnel, mais aussi pour éduquer les professionnels de la santé et les familles.

**Tiré de:**

R. WILLIAMS-HOOKER et coll., Caregiver and Health Care Provider Preferences of Nutritional Support in a Hematopoietic Stem Cell Transplant Unit, *Pediatr Blood Cancer* 62: 1473-1476, 2015.

### COMPOSITION NUTRITIONNELLE DES LIQUIDES ÉPAISSIS ET IMPLICATION CLINIQUE

**Valérie Lemay**, stagiaire en nutrition

**Superviseuse de stage:** Annie Vallières, Dt.P., M.Sc.

**Milieu de stage:** Hôpital Sacré-Cœur de Montréal.

La dysphagie, fréquente au sein de la population vieillissante, frappe un grand nombre de personnes. La valeur nutritive des liquides épaissis et l'absence de lignes directrices pour orienter le choix d'un produit selon les caractéristiques du patient soulèvent plusieurs préoccupations. Deux catégories de produits ont été analysées dans l'étude de Joyce, Robbins et Hind: avec agents épaississants à base d'amidon, de gomme ou de gomme additionnée de maltodextrine ainsi que des boissons prêtes-à-servir de consistance nectar et miel à base d'amidon ou de gomme. En tenant compte de la taille moyenne des hommes (1,76 m ou 69,3 po) et des femmes (1,62 m ou 63,8 po), les besoins liquidiens de 30 ml/kg ont été établis et l'IMC moyen était de 21,7 kg/m<sup>2</sup>. Les auteurs ont calculé la valeur nutritive à partir de la quantité d'épaississant nécessaire à ajouter. Les résultats démontrent que les produits additionnés d'agents épaississants à base d'amidon, plus particulièrement les boissons prêtes-à-servir, contiennent plus de calories et de glucides que les produits à base de gomme. Quant à eux, les produits contenant des agents épaississants à base de maltodextrine et de gomme renferment de 25 à 50 % moins de calories et de glucides que les produits contenant des épaississants à base d'amidon. Finalement, les produits avec des épaississants à base de gomme seule fournissent moins de 2 % des besoins énergétiques et couvrent 1 à 5 % des besoins glucidiques quotidiens. En ce qui concerne le sodium, les boissons prêts-à-servir, dont la teneur se situe entre 24 à 46 % de l'apport quotidien recommandé, contiennent plus de sodium que les agents épaississants seuls. Il est à noter que les agents épaississants à base de maltodextrine et de gomme contiennent plus de sodium que ceux à base d'amidon ou de gomme seule. L'étude en déduit que les épaississants à base d'amidon sont conseillés pour les personnes souffrant de malnutrition ou ayant un faible apport alimentaire. Les épaississants à base de gomme seraient plus avantageux pour les patients en surpoids ou diabétiques. Enfin, l'emploi de boissons prêts-à-servir pour les patients avec une restriction en sodium peut être problématique. Par conséquent, les établissements de santé devraient avoir en main plusieurs types de produits pour mieux individualiser le traitement du patient.

**Tiré de:**

A. JOYCE, J. ROBBINS et J. HIND. "Nutrient Intake From Thickened Beverages and Patient Specific Implications for Care". *Nutrition in clinical practice*. Volume 30: 440-445, 2015.

### LE PREMIER TRIMESTRE DE GROSSESSE : UNE PÉRIODE DÉTERMINANTE ?

**Jennifer Labrecque**, stagiaire en nutrition

**Superviseuses de stage:** Julie Robitaille, Dt.P, Ph.D  
et Julie Perron, Dt.P., M.Sc.

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

L'obésité maternelle, le diabète gestationnel et le gain de poids gestationnel excessif comptent parmi les plus importants facteurs de risque modifiables de l'obésité infantile en début de vie. Qui plus est, la littérature tend à montrer que le gain de poids associé au premier trimestre de grossesse semble être davantage lié au développement de l'obésité plus tard dans la vie. Une étude réalisée auprès de 977 femmes révèle que chaque augmentation de poids de 200 g par semaine par la mère lors du premier trimestre de grossesse était associée de manière positive au score Z de l'indice de masse corporelle (IMC) de l'enfant à 1, 2, 3 et 4 ans. Les résultats sont similaires pour le tour de taille et la pression artérielle diastolique des enfants à l'âge de 4 ans. Le gain de poids combiné des deuxième et troisième trimestres était associé positivement au poids à la naissance de l'enfant et à un risque élevé de macrosomie, sans avoir d'incidence toutefois sur les mesures anthropométriques et les facteurs de risque cardiometaboliques à l'âge de 4 ans. Certains éléments doivent néanmoins être considérés, dont l'utilisation du poids corporel rapporté et l'absence de données quant au gain de poids propre au deuxième trimestre. Somme toute, ces résultats suggèrent que les femmes qui planifient une grossesse ainsi que les professionnels de la santé devraient être sensibilisés aux enjeux du gain de poids excessif lors du premier trimestre de grossesse afin de le prévenir.

**Tiré de :**

M. KARACHALIOU, V. GEORGIU, T. ROUMELIOTAKI et coll. "Association of trimester-specific gestational weight gain with fetal growth, offspring obesity, and cardiometabolic traits in early childhood". *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 212(4) :502.e501-514.

### SUCRES AJOUTÉS OU NATURELLEMENT PRÉSENTS DANS LES BOISSONS ET LES ALIMENTS : QUELS SONT LES EFFETS À LONG TERME SUR L'ADIPOSITÉ ?

**Sabrina L'Heureux**, stagiaire en nutrition

**Superviseuse de stage:** Julie Paquette, Dt.P., M.Sc.

**Milieu de stage:** Les Producteurs laitiers du Canada

La présente étude a porté sur l'effet de la consommation de sucres de différents types (ajoutés ou naturellement présents) et sous différentes formes (solide ou liquide) sur l'indice de masse corporelle (IMC) et le tour de taille d'une cohorte de 2 021 jeunes filles afro-américaines et caucasiennes de 9 à 10 ans, comportant un suivi pendant 10 ans. Outre la mesure des données anthropométriques et de l'adiposité, le niveau d'activité physique et le contexte sociodémographique ont été déterminés par des questionnaires et les données relatives à l'alimentation ont été recueillies grâce à un journal alimentaire de 3 jours.

Les résultats démontrent une forte association entre l'apport en sucres ajoutés (sucres non laitiers contenus dans les bonbons, les boissons sucrées, les produits céréaliers sucrés, les desserts, etc.), et l'augmentation de l'IMC et du tour de taille. L'association était plus marquée pour les sucres ajoutés liquides. Après correction pour l'apport énergétique total, seule l'association entre les sucres ajoutés et l'augmentation du tour de taille a été maintenue. Elle était significative pour les sucres ajoutés liquides chez les jeunes ayant un poids normal et ceux qui étaient obèses. En ce qui a trait aux sucres ajoutés solides, l'association avec l'augmentation du tour de taille était significative seulement chez les jeunes obèses. Pour ce qui est de la consommation d'aliments et de boissons contenant des sucres naturellement présents (fruits, légumes et leurs jus), aucune association significative avec l'IMC et le tour de taille n'a été observée.

L'étude présente quelques lacunes. Le type de sucre (ajouté ou naturellement présent) n'étant pas indiqué dans les bases de données, des estimations ont dû être faites, d'où le risque d'erreur. De plus, les jeunes filles de la cohorte avaient des apports faibles en sucres naturellement présents, ce qui pourrait expliquer qu'aucune association entre ce type de sucre et l'adiposité n'ait été détectée. Enfin, les résultats ne sont pas généralisables puisqu'ils ont été obtenus auprès d'une cohorte de jeunes filles seulement. D'autres études sont nécessaires, d'une part, pour vérifier si les sucres présents naturellement ont plus d'effet sur l'adiposité lorsqu'ils sont consommés en plus grande quantité et, d'autre part, pour mieux comprendre les mécanismes par lesquels les sucres ajoutés augmentent l'adiposité centrale.

**Tiré de :**

A.K. LEE et coll. "Sugars and adiposity: the long-term effects of consuming added and naturally occurring sugars in foods and in beverages". *Obesity Science & Practice*, 2015, vol. 1, no 1, p. 41-49.



## QUESTIONNAIRE DÉTACHABLE POUR L'OBTENTION DE CRÉDITS

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

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

Doit être retourné avant le 30 octobre 2016.

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

### DOSSIER: Questions sur l'article de Véronique Laberge Gaudin et Julie Lauzière intitulé « Promouvoir l'alimentation traditionnelle pour le bien-être des peuples autochtones ? »

#### 1. Lequel des énoncés suivants est faux ?

- a) Les premiers contacts avec les Européens ont immédiatement amené des changements importants dans l'alimentation des Autochtones.
- b) La création des réserves a modifié l'accès physique et économique aux ressources naturelles.
- c) Les pensionnats ont profondément marqué la vie des enfants autochtones qui y ont été envoyés, notamment en ce qui a trait à leur relation avec les aliments.
- d) L'expansion des villes et l'exploitation des ressources naturelles nuisent à l'alimentation traditionnelle.

#### 2. Parmi les pistes d'action suivantes, lesquelles encouragent et facilitent la consommation d'aliments traditionnels ?

- a) Favoriser la passation du savoir traditionnel.
- b) Reconnaître l'expertise des membres des communautés, des aînés et des conseils de bande.
- c) Reconnaître que l'alimentation traditionnelle contribue au bien-être physique, mental, spirituel et émotionnel des Autochtones.
- d) Toutes ces réponses.

### DOSSIER: Questions sur l'article de Malek Batal et Jean-Claude Moubarac intitulé « Transition nutritionnelle chez les populations autochtones du Canada »


#### 3. Quelles sont les principales caractéristiques de la transition nutritionnelle ?

- a) Augmentation des maladies infectieuses et diminution de l'espérance de vie.
- b) Augmentation des maladies chroniques et diminution de l'activité physique.
- c) Diminution des carences nutritionnelles et augmentation des chances de survie des nouveau-nés.
- d) Délaissement de l'alimentation traditionnelle et de la préparation des repas au profit d'aliments et de boissons prêts à consommer.
- e) Toutes ces réponses.

#### 4. Quelles raisons expliquent le délaissement de l'alimentation traditionnelle par les Autochtones du Canada ?

- a) Le coût élevé en équipement de chasse et de pêche et l'absence d'un chasseur dans le ménage.
- b) Une inquiétude face aux contaminants et aux répercussions des changements climatiques sur la migration des caribous et l'accès aux espèces marines.
- c) La faible valeur nutritive des aliments traditionnels par rapport aux aliments commerciaux et un manque de temps pour cuisiner.
- d) Une perte du transfert des connaissances des aînés aux plus jeunes et le fait d'occuper un emploi rémunéré.
- e) Les réponses a, b et d.

Découpez et postez à l'adresse ci-dessous

Nom(s)	<b>AUTOCHTONES ET NUTRITION : UN MONDE À DÉCOUVRIR</b>	
Prénom(s)	Volume 14, n° 1 Printemps 2016	<b>5</b>  (4 UFC PP et 1 UFC EP)
Numéro de membre	Réponses	
Signature	1. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	6. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
<p><b>Retournez cette section avec votre paiement de 25 \$ par la poste avant le 31 octobre 2016 à :</b> Ordre professionnel des diététistes du Québec, 550, rue Sherbrooke O., tour Ouest bureau 1855, Montréal, QC H3A 1B9</p>	2. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	7. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	3. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	8. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
	4. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	9. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
	5. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	10. A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>

**DOSSIER : Questions sur l'article de Chantal Vinet-Lanouet intitulé « Interventions pour améliorer l'accès aux aliments sains dans les épiceries des communautés autochtones »**

**5. Indiquez si l'affirmation suivante est vraie ou fausse :**

« Les stratégies d'intervention en épicerie pour lesquelles les données probantes sont suffisantes combinent généralement plusieurs types d'intervention à la fois. »

- a) Vraie.
- b) Fausse.

**6. Qu'est-ce qui caractérise les initiatives en contexte autochtone ?**

- a) L'utilisation de la recherche formative ou participative pour le développement de l'intervention.
- b) L'adoption d'une approche communautaire rejoignant de multiples milieux.
- c) L'inclusion de magasins de petites surfaces souvent présents en régions éloignées.
- d) La collaboration avec de multiples acteurs-clés.
- e) Toutes ces réponses.

**LE PLUS : Questions sur l'article de Mariève Dupont intitulé « Théorie de l'autorégulation : mieux comprendre les comportements alimentaires pour mieux intervenir »**

**7. Quelle est la définition de la restriction alimentaire selon la perspective de la théorie de l'autorégulation ?**

- a) La capacité à maîtriser les tentations alimentaires présentes dans l'environnement obésogène.
- b) L'inhibition des tentations alimentaires à court terme dans le but d'atteindre un standard personnel au niveau du poids à long terme.
- c) Le désir de contrôler ses apports alimentaires dans le but de perdre du poids.
- d) L'effort conscient de moduler ses comportements alimentaires pour diminuer l'apport énergétique quotidien en deçà des besoins physiologiques du corps.

**8. Quelles sont les trois stratégies d'intervention proposées pour soutenir l'autorégulation dans une démarche de modification des habitudes de vie ?**

- a) L'élaboration d'un plan d'action, le développement des motivations intrinsèques et la maîtrise des tentations alimentaires.

- b) L'élaboration d'objectifs précis, le développement des motivations intrinsèques et le développement de l'auto-efficacité.
- c) L'alimentation consciente, l'élaboration d'un plan d'action et la régulation des émotions.

**CHRONIQUE JURIDIQUE : Questions sur l'article de Janick Perreault intitulé « La formation continue obligatoire pour tous : pourquoi, pour qui, quand et comment ? »**

**9. Laquelle des affirmations suivantes est fausse ?**

- a) Pourvu qu'un diététiste/nutritionniste accumule 60 UFC de formation continue, il respecte le Règlement sur la formation obligatoire des diététistes du Québec sans égard au type d'activité de formation.
- b) De ces 60 UFC à acquérir pendant une période de référence, au moins 10 doivent être obtenues en participant à des activités de formation portant sur l'éthique, l'interdisciplinarité, la déontologie, l'organisation du travail et la tenue de dossier, les lois, les règlements et les normes encadrant l'exercice de la profession. De plus, 3 de ces 10 UFC doivent être liées à une activité de formation développée par l'OPDQ et dispensée par ce dernier ou avec son partenariat.
- c) Au nombre des activités admissibles en vue de l'obtention des 10 UFC pour l'encadrement professionnel, il y a la lecture de la chronique juridique publiée dans la revue Nutrition, science et évolution publiée par l'OPDQ et la réponse aux questions qui y sont associées.

**10. Parmi les affirmations suivantes, laquelle est fausse ?**

- a) La première période de référence a débuté le 1<sup>er</sup> avril 2016. Ainsi, d'ici le 31 mars 2019, tous les diététistes/nutritionnistes devront avoir accumulé 60 UFC.
- b) À défaut de se conformer au règlement sur la formation continue, des avis seront transmis ; tout diététiste/nutritionniste qui ne se conforme pas au règlement et n'obéit pas aux avis qui lui ont été envoyés risque de se voir radié de l'OPDQ.
- c) Le diététiste/nutritionniste doit remplir et transmettre à l'OPDQ le formulaire de déclaration de formation au plus tard le 30 avril qui suit la fin de chaque période de référence. Ce sera donc d'ici le 30 avril 2019 que ce formulaire devra être transmis pour la première fois. Pour chaque période de référence, le diététiste/nutritionniste devra conserver les pièces justificatives jusqu'à l'expiration de deux ans suivant la fin d'une période de référence.
- d) Aucune dispense n'est prévue au règlement sur la formation continue, même en cas de congé de maternité ou parental.

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

Volume 13 n° 3 – Hiver 2016

**Les troubles alimentaires :  
au-delà des stéréotypes**

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

Fière d'appuyer



*Mai sans gluten*

MOIS DE LA SENSIBILISATION À LA MALADIE CŒLIAQUE



# TOUJOURS FRAÎCHES

*jamais  
congelées*



TARTINE SAUMON FUMÉ,  
ANETH ET FROMAGE À LA CRÈME



HAMBURGER  
AU POULET PARMIGIANA



SANDWICH CHÈVRE,  
FIGES AU MIEL ET PROSCIUTTO

## DÉCOUVREZ NOS NOUVELLES PETITES MICHES SANS GLUTEN

- Préparées au Québec dans une usine certifiée sans gluten
- Emballées sous vide pour conserver leur fraîcheur pendant 40 jours
- Source de fibres
- Faites de farine de riz et de maïs

[BOULANGRIESTMETHODE.COM](http://BOULANGRIESTMETHODE.COM)

