Ordre professionnel des diététistes du Québec

Vol. 17 Nº 2 Automne 2019

NUTRITION
SCIENCE EN ÉVOLUTION

La revue de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

ENJEUX ÉTHIQUES
LIÉS À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE EN NUTRITION

DOSSIER

- → Six types de situations éthiques inhérentes à la pratique professionnelle : les comprendre pour mieux les repérer
- → La conciliation entre connaissances et préférences est-elle possible en matière d'alimentation ?
- → Réflexion éthique sur la question du soutien nutritionnel en fin de vie

SUPPLÉMENT OPDQ

- → Collaboration interprofessionnelle à l'Université Laval : trois programmes réunis autour d'un cas clinique de dysphagie

à mon GOÛT[MC] Boulangerie

À votre santé !

- *100% sans noix*
- *Sans gras trans*
- *Aucun édulcorant artificiel*

ESSAYER UNE CAISSE GRATUITE! APPELER 1.800.571.8824

HFS Services Alimentaires en Soins de Santé

Fournisseur canadien de confiance

info@gohfs.org

www.gohfs.org

SOMMAIRE

Vol. 17 Nº 2

AUTOMNE 2019

Dossier — Enjeux éthiques liés à la pratique professionnelle en nutrition

9 Six types de situations éthiques inhérentes à la pratique professionnelle : les comprendre pour mieux les repérer
Marie-Josée Drolet, erg., Ph. D., professeure et éthicienne au Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

14 La conciliation entre connaissances et préférences est-elle possible en matière d'alimentation ?
Eric Racine, Ph. D., professeur chercheur titulaire à l'Institut de recherches cliniques de Montréal et à l'Université de Montréal et Directeur de l'unité de recherche en éthique pragmatique de la santé à l'Institut de recherches cliniques de Montréal, professeur invité à l'Université McGill, Montréal, QC, Canada.
Nathalie Prud'homme, M. Sc., technicienne de laboratoire œuvrant dans le milieu de l'éducation secondaire, formée en chimie et en sciences de l'environnement.

19 Réflexion éthique sur la question du soutien nutritionnel en fin de vie
Hugues Vaillancourt, Dt.P., M. Sc., Conseiller en éthique, Centre d'éthique, Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de Laval. **Marie-Ève Bouthillier,** Cadre conseil en éthique, Centre d'éthique, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval. Professeur adjoint de clinique, Bureau de l'éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Éditorial

4 Enjeux éthiques liés à la pratique professionnelle en nutrition
Annie Biron, Dt.P., M. Sc.
Véronique Gingras, Dt.P., Ph. D.
Annie Vallières, Dt.P., M. Sc.

Mot de la présidente

7 Éthique, déontologie et indépendance professionnelle
Paule Bernier, Dt.P., M. Sc.

From the President

8 Professional ethics and independence
Paule Bernier, Dt.P., M. Sc.

Supplément OPDQ

25 Collaboration inter-professionnelle à l'Université Laval: trois programmes réunis autour d'un cas clinique de dysphagie
Thérèse Desrosiers, B. Sc. Nutrition, M. Sc., Ph. D., professeure titulaire, École de nutrition, Université Laval
Éloïse Gaudreau, erg., candidate M. Sc., chargée d'enseignement en médecine, Programme d'ergothérapie, Département de réadaptation, Université Laval
Vincent Martel-Sauvageau, ort., Ph. D., professeur adjoint, Programme de maîtrise en orthophonie, Département de réadaptation, Université Laval

Chronique juridique

31 Suivre un patient qui refuse le plan de traitement nutritionnel suggéré: quelle est la responsabilité de la diététiste/nutritionniste ?
Me Jean-Pierre Ménard, Ad. E. Ménard Martin, Avocats. **Virginie Bernier-Bastien,** Étudiante en droit chez Ménard Martin, Avocats

PROCHAIN DOSSIER

Vol. 17 Nº 3
HIVER 2020

Les compétences culinaires — Pourquoi et comment intégrer les compétences culinaires dans la pratique des nutritionnistes

Nutrition Pratico-pratique

33 Le programme « Les Brigades culinaires » de La tablée des chefs, une initiative québécoise d'éducation alimentaire, culinaire et nutritionnelle inspirante pour le reste du Canada
Marie Marquis, Dt.P., Ph. D., Directrice du Département de nutrition, professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal

Reportage

36 Réunion annuelle de la Société québécoise de lipidologie, de nutrition et de métabolisme (SQLNM), du Réseau de recherche en santé cardiométabolique, diabète et obésité (CMDO) et de la plateforme de recherche sur les complications de l'Obésité de l'Université Laval et de l'université de Sherbrooke (COLosSUS)
Camille Dugas, Dt.P., candidate Ph. D.
Mélissa Bélanger, Dt.P., candidate à la maitrise en nutrition, INAF-Université Laval

Veille scientifique de l'Ordre

38

Reconnaissance de formation continue

42 Questionnaire pour l'obtention de crédits

Ordre professionnel des diététistes du Québec

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.

NUTRITION
SCIENCE EN ÉVOLUTION

Volume 17 Nº 2 Automn 2019

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

Rédactrice en chef
Josée De La Durantaye, FCPA, FCMA, MBA, ASC.
Directrice générale et secrétaire

Comité éditorial
Annie Biron, Dt.P., M. Sc.
Jean-Philippe Drouin-Chartier, Dt.P., Ph. D.
Caroline Dubeau, Dt.P., M. Sc.
Mariève Dupont, Dt.P., M. Sc., présidente
Doris Gagné, Dt.P., M. Sc.
Hélène Gayraud, Dt.P., M. Sc.
Véronique Gingras, Dt.P., Ph. D.
Catherine Laramée, Dt.P., M. Sc.
Geneviève Mailhot, Dt.P., Ph. D.
Annie Vallières, Dt.P., M. Sc.

Coordination
Manon Daneau, Chargée de projets

Rédaction
Mélissa Bélanger, Viriginie Bernier-Bastien,
Marie-Ève Bouthillier, Thérèse Desrosiers,
Marie-Josée Drolet, Camille Dugas, Éloïse Gaudreau,
Marie Marquis, Vincent Martel-Sauvageau,
Jean-Pierre Ménard, Nathalie Prud'homme, Éric Racine,
Hugues Vaillancourt

Réviseurs
Tous les articles sont révisés par des pairs.

Direction artistique et production
Glagence.ca — 514 985-4181

Crédit photos
Couvert 1 ; page 9 ; 11 ; 14 ; 19 : Adobe Stock.
Page 25 : iStockphoto.

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

Publicité
Martin Laverdure
Délégué commercial
514 239-3629
martin@laverdure-marketing.com

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
Toute demande de reproduction doit être effectuée auprès de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec à info@opdq.org.

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 Manon Daneau, chargée de projets à mdaneau@opdq.org.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada — ISSN 2561-620X

ÉDITORIAL

ENJEUX ÉTHIQUES LIÉS À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE EN NUTRITION

Annie Biron, Dt.P., M. Sc.
Véronique Gingras, Dt.P., Ph. D.
Annie Vallières, Dt.P., M. Sc.

La pratique des diététistes/nutritionnistes est fondée sur de nombreux principes éthiques et déontologiques. Du point de vue professionnel, l'éthique est une réflexion, un ensemble de règles qui orientent et soutiennent nos actions envers autrui. Peu importe leur domaine d'exercice, les diététistes/nutritionnistes peuvent se retrouver dans des situations complexes qui comportent des enjeux d'ordre éthique. Il est important de bien les percevoir pour prendre des décisions éthiques éclairées. Ce numéro propose une série d'articles pour nourrir cette réflexion éthique dans votre pratique professionnelle.

D'abord, Mme Marie-Josée Drolet, professeure et éthicienne au Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, propose une définition de l'éthique, puis présente six situations éthiques inhérentes à la pratique nutritionnelle : l'aveuglement, la myopie, le dilemme, la tentation, le silence et la détresse. Ces situations sont illustrées par des exemples concrets pour faciliter leur compréhension.

M. Éric Racine, de l'Institut de recherches cliniques de Montréal, affilié à l'Université de Montréal et à l'Université McGill, et Mme Nathalie Prud'homme ont rédigé le second article de ce numéro portant sur la conciliation entre les connaissances et les préférences en matière de nutrition et les défis qui lui sont associés. Les auteurs discutent de défi éthique et philosophique lié à l'utilisation de données probantes dans la révision des habitudes alimentaires. Ils proposent une réflexion et une remise en question pour surmonter les obstacles à cette conciliation.

Dans le troisième article de ce numéro, les auteurs M. Hugues Vaillancourt (Centre d'éthique du CISSS de Laval) et Mme Marie-Ève Bouthillier proposent une réflexion éthique sur la délicate question du soutien nutritionnel en fin de vie sur la base d'une mise en situation. Les auteurs expliquent comment appliquer la délibération éthique dans la pratique nutritionnelle ; ils incitent à considérer plusieurs facteurs pour résoudre les dilemmes éthiques, comme l'autodétermination du patient, le caractère approprié des soins, la valeur morale, le sentiment d'impuissance, la valeur symbolique du soin et l'importance des besoins spirituels.

Dans la section Supplément OPDQ, des professeurs des départements de nutrition, d'ergothérapie et d'orthophonie de l'Université Laval présentent une activité d'innovation pédagogique axée sur la collaboration interprofessionnelle. Mise sur pied à l'hiver 2019, cette activité a réuni des étudiants des trois programmes autour de l'analyse d'un cas clinique, préalable à une démarche réflexive sur la collaboration interprofessionnelle. À la fin de l'activité, un questionnaire d'évaluation a été rempli par les participants. L'analyse des résultats démontre que les étudiants appelés à vivre des expériences positives de ce type de collaboration y sont mieux préparés.

Enfin, la section Pratico-pratique présente le programme Les Brigades culinaires de La Tablée des Chefs, une initiative québécoise d'éducation alimentaire, culinaire et nutritionnelle. Le programme vise en premier lieu à développer l'autonomie alimentaire des jeunes âgés de 12 et 17 ans. Comment ? L'acquisition de compétences culinaires et de connaissances alimentaires se fait par des ateliers culinaires et des activités de préparation et d'organisation de défis culinaires.

Nous espérons que ce numéro saura appuyer votre démarche de réflexion sur les enjeux et les principes éthiques qui sous-tendent l'exercice de la profession, favorisant ainsi votre positionnement professionnel.

Bonne lecture ! ■

berthelet
PROFESSIONAL | PROFESSIONNEL

Protéines de qualité, pour les gens soucieux de leur santé.

SANS COMPROMIS SUR LE GOÛT !

Nos protéines instantanées peuvent être facilement ajoutées dans des boissons et aliments chauds ou froids, pour augmenter l'apport quotidien en protéines.

NOUVEAU

AJOUTEZ-Y LA PUISSANCE DE LA NATURE

AVEC NOS **PROTÉINES 100 % VÉGÉTALES :** LE TOUT NOUVEAU MEMBRE DE NOTRE FAMILLE **EZ-PROTEIN**MC

1 MESURE = 6 g DE PROTÉINES

LES ATTRIBUTS DES PRODUITS

	PROTÉINES	CALORIES	SAVEUR	SANS GLUTEN	SANS LACTOSE	SANS GMS	VÉGÉTARIEN	VÉGÉTALIEN	CASHER	HALAL	75 °C+**
PROTÉINES VÉGÉTALES	6 g*	30 *	GOÛT NEUTRE	●	●	●	●	●	●		●
PROTÉINES DE LACTOSÉRUM	6 g*	25 *	NON AROMATISÉ	●		●			●	●	

*Par portion de 7 g. **Lorsqu'ajouté à un produit chaud, la température peut dépasser les 75 °C.

Choix de deux protéines instantanées en poudre, de qualité supérieure.

Formats disponibles via le service alimentaire : 4 x 455 g et 3,25 kg
Format disponible via la boutique en ligne (berthelet.com) : 425 g

Contactez-nous dès maintenant pour de plus amples détails. 1 (800) 361-9326 • **berthelet.com**

ÉTHIQUE, DÉONTOLOGIE ET INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE

Dans ce numéro de Nutrition — Science en évolution, nous vous présentons un dossier axé sur l'éthique, principalement dans le domaine clinique. L'éthique fait appel aux valeurs individuelles ou organisationnelles. Nous nous trouvons dans un dilemme éthique chaque fois que nous devons décider de la conduite à adopter en l'absence de règles ou de lois.

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

La déontologie est l'ensemble des règles et des normes qui régissent une profession ou une fonction, la conduite des personnes qui l'exercent ainsi que leurs rapports avec leurs clients ou le public[1]. Elle se fonde bien entendu sur les valeurs, la morale et la jurisprudence, mais aussi sur les lois et les règlements, notamment le Code des professions. Si je vous parle de tout cela, c'est que le conseil d'administration a procédé en juin dernier à l'adoption de principe du nouveau Code de déontologie des diététistes. Présentement, à l'étude à l'Office des professions, ce règlement (puisque c'en est un) sera ensuite présenté aux membres de l'Ordre pour consultation. Je trouve l'occasion bien choisie pour en revisiter certains principes.

Tout membre d'un ordre professionnel doit savoir que chaque ordre a pour principale fonction d'assurer la protection du public[2]. Le système professionnel est cependant souvent mis à mal. D'une part, la confiance du public s'est effritée au cours des dernières années avec la médiatisation d'infractions commises par des professionnels. Pensons par exemple à la commission Charbonneau et à l'Ordre des ingénieurs du Québec.

D'autre part, les professionnels reconnaissent parfois difficilement le bien-fondé du paiement de leur cotisation pour le maintien d'un permis d'exercice et d'un titre professionnel qui, pourtant, aux yeux du public, sont les garants de leurs compétences professionnelles.

Ce qui contribue également grandement à la crédibilité des professionnels auprès du public est l'indépendance professionnelle telle qu'expliquée par le Pr Luc Bégin dont je reprends ici certains propos[3]. Il la définit comme étant « l'exercice de la profession en faisant abstraction de l'intervention abusive de tiers pouvant influer sur le jugement professionnel et sur l'exécution des obligations professionnelles, de manière à ce que ne puisse être mise en doute l'intégrité professionnelle. »

Cette indépendance revêt une importance considérable puisqu'elle contribue à maintenir la confiance du public au point que « mettre en péril l'indépendance professionnelle, c'est mettre en péril le sens de l'institution professionnelle elle-même. » Tout professionnel doit certes posséder les compétences liées à son domaine d'exercice; de plus, sa pratique doit être fondée sur l'éthique et la déontologie. Le professionnel doit démontrer qu'il satisfait ces exigences auxquelles le public est en droit de s'attendre.

On comprend alors facilement que l'indépendance professionnelle est « une valeur au cœur du système professionnel. » C'est pourquoi la révision du Code de déontologie s'est faite en fonction des situations qui menacent l'indépendance professionnelle. Elles sont nombreuses et souvent insidieuses. L'objectif était de les mettre en lumière dans un code qui est au cœur de la pratique de nos membres.

En attendant de vous présenter ce nouveau Code, je vous invite à lire les articles rédigés par des experts.

Bonne lecture ! ■

[1] https://usito.usherbrooke.ca/d%C3%A9finitions/d%C3%A9ontologie

[2] Art. 23, LRQ C-26, Code des professions.

[3] L'indépendance professionnelle. Présentation de Luc Bégin, Faculté de philosophie et Institut d'éthique appliquée (IDÉA), 2019

PROFESSIONAL ETHICS AND INDEPENDENCE

This issue of Nutrition — Science en évolution focuses on professional ethics, primarily in clinical settings. The notion of ethics brings to the fore the values we uphold as individuals or organizations. Indeed, we face an ethical dilemma each time we have to decide on a course of action, especially when there are no clear rules or laws in place to guide us.

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

Ethics encompasses the rules and norms governing certain professions or activities, as well as the conduct of practitioners and their dealings with clients or the public.[1] In this respect, ethics is grounded primarily in certain values and moral considerations, together with related jurisprudence and existing legal/regulatory frameworks, most notably Quebec's *Professional Code*. I am raising these issues because the OPDQ's Board adopted in principle the new *Code of Ethics of Dietitians* in June 2019. Currently being reviewed by the Office des professions, this document, which has a regulatory function, will be submitted to our members for consultation. In my view, this is the right time for us to revisit certain principles set out in the Code.

All members of Quebec's professional orders should be aware that each of these associations is primarily tasked with ensuring the protection of the public.[2] The province-wide professional system, however, has often come under fire. For one thing, the public trust has been eroded in the wake of media reports of infractions committed by professionals in recent years. Take, for example, the Charbonneau Commission and the Ordre des ingénieurs du Québec.

For another thing, professionals are sometimes hard pressed to justify their annual dues, which pay for their permits and enable them to keep on using their official designations. In the eyes of the public, however, official designations and permits are supposed to be guarantees of professional competence.

According to Prof. Luc Bégin, another factor underlying professional credibility in the eyes of the public is professional independence, which he defines as "engaging in professional practice while withstanding potential third-party interventions that could adversely influence one's professional judgment and the fulfilment of one's professional obligations, and doing so in such a way that one's professional integrity could never be called into question."[3]

Professional independence is crucially important because it helps to maintain public trust, so much so that "compromising [it] means undermining the professional institution itself." Needless to say, all professionals must possess all the skills required for their field of practice. In addition, their professional work must be ethics-based. Professionals must demonstrate that they meet all of these requirements, in keeping with public expectations.

In that light, it is easy to understand why professional independence is "a core value that underpins the professional system." For that reason, the review of the *Code of Ethics of Dietitians* took into account a wide variety of situations, often insidious, that may compromise professional independence. The goal was to underscore these situations in the revised Code, which will continue to play a central part in our members' professional practice.

As we await the release of the definitive version of the new Code, I invite you to read the expert articles comprising this issue.

Enjoy! ■

[1] https://usito.usherbrooke.ca/d%C3%A9finitions/d%C3%A9ontologie

[2] Professional Code, section 23, RSQ ch. C-26.

[3] Professional independence. Presentation by Prof. Luc Bégin, Faculty of Philosophy and Institute of Applied Ethics (IDEA), 2019.

SIX TYPES DE SITUATIONS ÉTHIQUES INHÉRENTES À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE : LES COMPRENDRE POUR MIEUX LES REPÉRER

Marie-Josée Drolet, erg., Ph. D.
Professeure et éthicienne
au Département d'ergothérapie
de l'Université du Québec
à Trois-Rivières.

Les professionnels de la santé, dont font partie les diététistes/nutritionnistes, sont confrontés à des situations éthiques dans le cadre de leur pratique professionnelle, c'est-à-dire à des situations susceptibles de poser un problème éthique [1,2]. Pour mieux résoudre ces problèmes, souvent complexes et difficiles à appréhender, les diététistes/nutritionnistes ont intérêt à savoir repérer au quotidien les situations éthiques, évitant ainsi tout manquement éthique [3].

Les écrits recensent plusieurs typologies des situations éthiques rencontrées dans le cadre de l'exercice de diverses professions [3-8]. Ces typologies sont pour les professionnels de la santé des outils incontournables lorsque des problèmes éthiques surgissent. Elles leur permettent de mettre des mots sur ce qu'ils vivent et ainsi d'avoir accès à des pistes de solution.

Cet article définit brièvement la notion d'éthique avant de distinguer six types de situations éthiques susceptibles d'être rencontrées par la diététiste/nutritionnistedans sa pratique professionnelle [4,5]. Ces situations éthiques sont ensuite définies et illustrées par des cas cliniques.

10

Notion d'éthique

L'éthique est souvent confondue avec les autres disciplines normatives que sont le droit et la déontologie professionnelle [10]. Si les trois guident les conduites humaines, l'éthique ne correspond ni au droit ni à la déontologie professionnelle [9]. Aussi, une situation éthique n'est ni une situation légale ni une situation déontologique. Mais qu'est-ce que l'éthique ? Qu'est-ce qu'une situation éthique ?

L'éthique est une discipline philosophique qui s'intéresse aux questions relatives au vivre-ensemble [3,9,11]. Elle est souvent définie comme une réflexion critique sur l'action visant le bon et le juste. Plus précisément, l'éthique cherche à définir les valeurs et les principes [1] qui devraient présider la vie individuelle (personnelle et professionnelle), organisationnelle (institutionnelle) et collective (sociale) [12]. Ce faisant, l'éthique porte un regard critique sur les pratiques humaines par l'entremise des valeurs et des principes qui, dans un monde idéal, devraient guider le vivre-ensemble [3,11]. Le droit et la déontologie professionnelle émergent pour leur part des rapports de force au sein de nos sociétés et s'inscrivent dans des idéologies politiques et morales données, appelées à changer selon les partis politiques au pouvoir [13]. L'éthique par contraste vise un idéal du vivre-ensemble et soutient les meilleures pratiques humaines, institutionnelles et sociales, car cette discipline philosophique scrute l'essence du bien, du juste et du vertueux [13]. Ainsi, contrairement au droit et à la déontologie professionnelle, l'éthique ne correspond pas à un ensemble de lois ou de règles associé à des sanctions socialement organisées [3, 9, 11]. Définir une fois pour toutes des lois ou des règles auxquelles les gens seraient obligés de se soumettre sous peine de sanctions serait même contraire à l'éthique. Par essence, l'éthique est de l'ordre de la réflexion [9,12] ; elle invite donc toute personne à réfléchir de manière critique et à agir suivant les plus hauts standards de conduite envers elle-même, les autres, les organisations, voire les animaux et l'environnement [3,11]. Par conséquent, une situation éthique correspond à toute situation susceptible de compromettre le respect, en tout ou en partie, d'au moins une valeur ou un principe devant présider le vivre-ensemble [5]. Une situation éthique pose un problème éthique.

Six types de situations éthiques susceptibles d'être rencontrées en pratique

On réduit souvent les situations éthiques vécues en pratique aux seuls dilemmes éthiques [14-16]. Or, d'autres types de situations éthiques sont rencontrés en pratique, notamment l'aveuglement, la myopie, le dilemme, la tentation, le silence et la détresse éthiques [4,5]. La diététiste/nutritionnistea avantage à connaître et à comprendre l'ensemble de ces situations pour mieux les repérer au quotidien [11]. Pour repérer une situation éthique dans le cadre de sa pratique professionnelle, il faut être en mesure de percevoir les valeurs ou les principes éthiques dont le respect se voit, en tout ou en partie, compromis. Qu'il s'agisse de l'autonomie décisionnelle, de la dignité humaine, de l'accès équitable aux services, du respect des personnes ou de la santé nutritionnelle, diverses valeurs ou différents principes éthiques peuvent être bafoués, totalement ou partiellement, dans le quotidien de la pratique nutritionnelle. Les paragraphes suivants définissent et illustrent ces six situations éthiques susceptibles d'être vécues en nutrition. Nous nous inspirons ici librement de deux typologies intéressantes discutées en médecine [4] et en physiothérapie [5].

Aveuglement éthique

Un professionnel qui ne perçoit pas les valeurs en jeu dans une situation, voire celles qui sous-tendent ses réflexions, ses décisions et ses actions, fait preuve d'aveuglement éthique [4]. C'est en quelque sorte un manque de sensibilité éthique à l'égard de certaines valeurs. Par exemple, des diététistes/nutritionnistes peuvent se sentir peu concernées par les besoins nutritionnels de certains groupes de personnes, comme les personnes âgées de plus de 90 ans. Le contexte scientifique et professionnel pourrait amener ces diététistes/nutritionnistes à privilégier les interventions jugées les plus rentables ou les plus efficientes sur le plan clinique ou social. Pour différentes raisons de nature contextuelles, voire culturelles, ces diététistes/nutritionnistes peuvent involontairement faire preuve d'âgisme, c'est-à-dire de discrimination en fonction de l'âge avancé des clients. Elles présument que leurs besoins nutritionnels sont moins importants que ceux des personnes plus jeunes du fait qu'ils sont au crépuscule de leur vie. Or, en vertu du principe d'équité, toutes les personnes sont égales en droits et en dignité. Même si une personne âgée pourrait avoir moins à gagner d'une intervention nutritionnelle, elle est en droit de s'attendre à ce qu'on réponde de façon appropriée à ses besoins. Il en est ainsi parce que nous avons établi collectivement que chaque humain a la même valeur morale, indépendamment de la nature de son existence ou de ses caractéristiques personnelles (étape de vie, handicap, couleur de peau, etc.). Il faut sensibiliser les spécialistes de la nutrition et de l'alimentation humaine au fait que la discrimination basée sur l'âge est un enjeu de valeurs [17]. Ainsi, elles seront en mesure d'apporter une réponse

[1] Dans cet article, une valeur est considérée comme un concept abstrait de nature évaluative, voire une conception du souhaitable. Pour sa part, le principe correspond à une phrase énonçant une manière de respecter une valeur. Par exemple, si la vie est une valeur, ne pas tuer est un principe.

sociale adaptée aux besoins nutritionnels des personnes, quel que soit leur âge. Les besoins nutritionnels des personnes très âgées ont autant de valeur que celles des personnes plus jeunes. Le droit à l'alimentation est un droit fondamental [18]. Considérant le vieillissement de la population, nul doute que ce type de clientèle gagnera en importance dans les années à venir. Si les besoins nutritionnels ne sont pas comblés adéquatement, la santé nutritionnelle et le droit à l'alimentation de ce sous-groupe de la population seront compromis. L'inverse pourrait être également vrai si la diététiste/nutritionniste accorde une grande valeur aux besoins nutritionnels des personnes très âgées et une moindre valeur à ceux des personnes plus jeunes.

Myopie éthique

Un professionnel de la santé fait preuve de myopie éthique en estimant que les autres partagent ou devraient partager exactement ses valeurs [4]. Cette personne a tendance à imposer sa vision des choses aux autres, notamment à la clientèle, abusant parfois de son autorité morale et épistémique. Par exemple, une diététiste/nutritionniste peut croire que le végétalisme est le seul régime alimentaire justifiable d'un point de vue nutritionnel, écologique et éthique [19,20]. Bien que consciente de sa posture éthique, elle peut systématiquement dévaluer les préférences alimentaires non véganes de ses clients et les inciter à retirer les produits d'origine animale de leur alimentation. Dans cet exemple, le consentement libre et éclairé de la clientèle et son autonomie décisionnelle sont susceptibles d'être bafoués ; condamnable d'un point de vue éthique, cette attitude entre en contradiction avec les articles 3 et 19 du Code de déontologie des diététistes [21]. Autrement dit, même si un client consulte une diététiste/nutritionniste, cela ne signifie évidemment pas qu'il consent aux services nutritionnels, et ce, même implicitement. Le client n'a ni l'obligation d'adhérer à un nouveau schème de valeurs ni le devoir de mettre l'alimentation au premier plan de ses priorités de vie. La diététiste/nutritionniste doit donc accepter que les valeurs de sa clientèle puissent être différentes des siennes. Les tensions entre le jugement clinique professionnel et le jugement de valeur personnelle sont inhérentes à la pratique nutritionnelle. La diététiste/nutritionniste a intérêt à mettre ses connaissances scientifiques au service de sa clientèle et non à les utiliser à son profit.

Dilemme éthique

Le dilemme éthique survient lorsqu'un professionnel est confronté à un choix déchirant, car partagé entre deux ou plusieurs options reposant sur des valeurs ou des principes éthiques difficilement conciliables, voire incompatibles [5]. Imaginons une diététiste/nutritionniste qui intervient auprès d'une personne présentant un trouble du comportement alimentaire, comme l'anorexie, qui refuse de s'alimenter. Placée devant un véritable dilemme, la diététiste/nutritionniste se demande si elle doit respecter l'autonomie décisionnelle de la personne ou si elle doit forcer une réalimentation au nom de la bienfaisance, voire de la préservation de la vie par l'installation d'un tube nasogastrique [22-24]. Le même genre de situation peut survenir auprès d'autres clientèles, comme

12

Qu'il s'agisse de l'autonomie décisionnelle, de la dignité humaine, de l'accès équitable aux services, du respect des personnes ou de la santé nutritionnelle, diverses valeurs ou différents principes éthiques peuvent être bafoués, totalement ou partiellement, dans le quotidien de la pratique nutritionnelle.

les personnes présentant une dysphagie et qui refusent les textures ou consistances modifiées ou la nutrition entérale comme seule source d'alimentation [25,26]. Ce dilemme éthique est d'autant plus préoccupant lorsqu'il concerne des personnes dysphagiques en situation de vulnérabilité, comme les enfants [26,27] ou les personnes démentes ou appartenant à une minorité culturelle, car le risque d'adopter une attitude paternaliste est d'autant plus grand.

Tentation éthique

Une option éthiquement désirable (« bien éthique ») qui s'oppose à une option peu ou moins désirable d'un point de vue éthique (« mal éthique ») attise la tentation éthique [5]. Cela s'apparente à une situation de conflit d'intérêts où le professionnel est tenté de favoriser son intérêt personnel (ou celui de son organisation) au détriment de celui de sa clientèle. Bien qu'il ne soit pas forcément non éthique d'agir suivant ses propres intérêts, cela peut le devenir lorsque ceux de la clientèle sont compromis. Par exemple, il peut être tentant pour une diététiste/nutritionniste à son compte d'étirer dans le temps ses services ou de proposer des services qui ne sont pas requis [28] pour augmenter ses revenus et financer ses activités professionnelles. L'honnêteté de la diététiste/nutritionniste est donc en cause dans ces situations potentiellement néfastes pour la clientèle, car celle-ci se déplace et paie pour des services non requis ou pouvant être prodigués sur une plus courte période.

Silence éthique

Un professionnel qui constate un manquement éthique, mais ne dénonce pas la situation garde ce qu'on appelle un silence éthique [5]. Par exemple, une diététiste/nutritionniste, témoin des comportements éthiquement discutables (relation intime avec la clientèle, falsification de données de recherche, pratique contraire aux données probantes, etc.) de sa consœur, n'ose pas dénoncer la situation en raison des liens d'amitié ou d'autorité qu'elle entretient avec elle. Cet exemple illustre que diverses valeurs ou différents principes éthiques peuvent être compromis (notamment le professionnalisme, l'intégrité scientifique, la pratique fondée sur les données probantes). Voici un autre exemple de silence éthique. Imaginons une diététiste/nutritionniste qui enseigne et fait de la recherche au sein d'un département universitaire. Elle constate que la prévalence des troubles alimentaires chez les étudiantes en nutrition est très préoccupante [29]. Toutefois, elle ne fait rien pour approfondir la question ou corriger la situation. Pour diverses raisons, elle ne discute pas de la situation avec ses collègues diététistes/nutritionnistes et ne contacte pas les services aux étudiants ; rien n'est fait pour limiter les conséquences négatives de ces troubles alimentaires sur la pratique future des étudiantes. Dans cet exemple, la santé des étudiantes est compromise et la qualité des services nutritionnels de ces diététistes/nutritionnistes en devenir risque d'être affectée négativement.

Détresse éthique

Enfin, la détresse éthique survient lorsqu'un professionnel sait ce qu'il croit devoir faire pour bien agir, mais rencontre des obstacles qui l'empêchent d'agir en ce sens [5]. Il est amené à agir sans égard à sa conscience éthique. Cet état de non-intégrité éthique peut le conduire éventuellement à un épuisement professionnel [30].

Par exemple, imaginons le scénario suivant où une diététiste/nutritionniste travaille au sein d'un établissement public de santé. Les nouvelles fusions entre les établissements font en sorte qu'elle doit couvrir un plus grand nombre de sites que par le passé, ce qui augmente le nombre de ses déplacements et nuit à ses statistiques de rendement. Elle compte parmi sa clientèle des cas plus lourds, des patients qui sont souvent réhospitalisés. On lui demande de faire toujours plus avec moins de ressources et de traiter un plus grand nombre de clients par jour, alors qu'elle est déjà submergée de travail. Il s'ensuit que la diététiste/nutritionniste a le sentiment de tourner les coins ronds, de bâcler ses notes aux dossiers et de ne pas avoir le temps de réfléchir à ses interventions. Elle se sent peu soutenue et peu reconnue dans son travail, sans compter qu'elle n'a pas toujours accès à la formation continue. Cette situation la frustre

énormément et perturbe son sommeil ainsi que son bien-être au travail [30]. Certes, l'employeur ne peut qu'être satisfait devant l'accessibilité accrue des services nutritionnels et l'économie d'échelle réalisée. Toutefois, la diététiste/nutritionniste pressent qu'à ce rythme, elle vivra bientôt un épuisement professionnel. Cet exemple montre que plusieurs valeurs sont bafouées, comme la qualité des services nutritionnels, la reconnaissance, le bien-être et la santé de la diététiste/nutritionniste.

Voici un autre exemple de détresse éthique. Imaginons un patient qui refuse une intervention nutritionnelle qui lui serait pourtant grandement bénéfique. Même si légalement le patient est en droit de refuser un traitement, la diététiste/nutritionniste de ce patient se sent moralement très mal à l'aise. Elle vit un résidu éthique, c'est-à-dire des émotions qui la minent, la tiennent réveillée la nuit et contribue à l'épuiser avec le temps [6]. La professionnelle a en outre le sentiment de ne pas avoir réussi à convaincre le patient de l'importance de suivre ses recommandations pour sa santé nutritionnelle, voire sa vie. Craintive d'être blâmée, elle a peur des représailles des membres de la famille du patient gravement malade qui comptait sur elle pour le convaincre. Elle a même l'impression de contribuer à une intention d'autodestruction ou même suicidaire du patient. Tout ceci affecte le bien-être et la santé de la diététiste/nutritionniste.

Conclusion

Cet article sensibilise les diététistes/nutritionnistes à six types de situations susceptibles d'être rencontrées en pratique. Alors que les situations de dilemme et de détresse éthiques sont connues, d'autres types de situations éthiques se présentent en pratique et méritent d'être discutées. Comme ces situations sont rarement abordées dans les écrits, il nous a semblé pertinent de les faire connaître aux diététistes/nutritionnistes. Souhaitons que ces clarifications puissent soutenir la réflexion et la pratique éthique des diététistes/nutritionnistes et de la profession. Cet article outille les diététistes/nutritionnistes à cette fin. En développant leur sensibilité éthique, elles parviendront à mieux réfléchir aux situations éthiques inhérentes à la pratique et à faire évoluer la profession en direction des idéaux éthiques devant présider la pratique nutritionnelle. ■

Références

1. Mallet D, Duchêne V, Hirsch G, Melchoir JC. Nutrition artificielle. Initier, poursuivre, arrêter. Repères éthiques. Nutrition clinique et métabolisme. 2010 ; 24:136-144.
2. Scott AP. Key concepts and issues in Nursing ethics. New York: Springer ; 2017.
3. Drolet MJ. Acting ethically? A theoretical framework and method designed to overcome ethical tensions in occupational therapy practice. Ottawa: CAOT Publications ACE ; 2018.
4. Fulford KWM. Facts/values. Ten Principles of Values-Based Medicine. In Radden J, editor, The philosophy of psychiatry. New York: Oxford University Press. 2004:205-234.
5. Swisher LL, Arsalanian LE, Davis CM. The realm-individual-process-situation (RIPS) model of ethical decision-making, HPA Resource. 2005 ;5(3): 3-8.
6. Jameton A. Nursing practice. The ethical issues. Englewood Cliffs: Prentice-Hall ; 1984.
7. Malherbe JF. Compromis, dilemmes et paradoxes en éthique clinique. Anjou: Éditions Fides ; 1999.
8. Provencher M. Petit cours d'éthique et politique. Montréal: Les Éditions de la Chenelière ; 2008.
9. Purtilo RB, Doherty R. Ethical dimensions in health professions. Philadelphia: Saunders ; 2011.
10. Drolet MJ. De l'éthique à l'ergothérapie. La philosophie au service de la pratique ergothérapique, 2e édition. Québec: Presses de l'Université du Québec ; 2014.
11. Kornblau BL, Starling SP. Ethics in rehabilitation. A clinical perspective. Thorofare: SLACK ; 1999.
12. Weinstock DM. Profession éthicien. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal ; 2006.
13. Kelsen H. General theory of law and state. Cambridge, MA: Harvard University Press ; 1946.
14. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics, 7th edition. Oxford: Oxford University Press ; 2013.
15. Legault GA. Professionnalisme et délibération éthique. Manuel d'aide à la décision responsable. Québec: Presses de l'Université du Québec ; 2008.
16. Saint-Arnaud J. L'éthique en santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières. Montréal: Éditions de la Chenelière ; 2009.
17. Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ). Deux titres, une profession. [Internet]. 2019. [cité le 7 mai 2019]. Disponible: https://opdq.org/qui-sommes-nous/deux-titres-une-profession/.
18. Crenn P. Le droit à la nutrition: un droit de l'homme à promouvoir et à défendre. Nutrition clinique et Métabolisme.2009 ;23:172-181.
19. Coutellec L, Pieron JP. Penser une éthique alimentaire. Revue française d'éthique appliquée. 2017 ;4:19-24.
20. Gibert M. Voir son steak comme un animal mort. Montréal: Lux ; 2015.
21. Gouvernement du Québec. Code de déontologie des diététistes. [cité le 2 juillet 2019]. Disponible: http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%2097.
22. Campbell AT, Aulisio MP. The stigma of 'mental' illness: End stage anorexia and treatment refusal. International Journal of Eating Disorders. 2012 ;45(5):627-634.
23. Giordano S. Anorexia and refusal of lifesaving treatment: The moral place of competence, suffering, and the family. Philosophy, Psychiatry & Psychology. 2010 ;17(2):143-154.
24. Matusek JA, Wright MO. Ethical dilemmas in treating clients with eating disorders: A review and application of an integrative ethical decision-making model. European Eating Disorders Review. 2010 ;18(6):434-452.
25. Craig GM, Higgs P. Risk Owners and Risk Managers: Dealing with the Complexity of Feeding with Neurodevelopmental Disability. Health Risk & Society. 2012 ;14(7-8):627-637.
26. Arvedson JC, Lefton-Grief MA. Ethical and Legal Challenges in Feeding and Swallowing Intervention for Infants and Children. Seminars in speech and language. 2007 ;28(3):232-238.
27. Brûlé AM. Drolet MJ. Exploration des dilemmes éthiques entourant le traitement de la dysphagie à l'enfance et leurs solutions. BioéthiqueOnline. 2017 ;6(10):1-16. Disponible: http://bioethiqueonline.ca/6/10 et https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/19229.
28. Lefton-Grief MA, Arvedson JC. Ethical considerations in pediatric dysphagia. Seminars in speech and language. 1997 ;18(1):79-87.
29. Drummond D, Hare MS. Dieticians and eating disorders: An international issue. Canadian Journal of Dietetic Practice and Research. 2012 ;73(2):86-90.
30. Kälvemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with Conflicts-Ethical Dilemmas and Moral Distress in the Health Care System. Social Science & Medicine. 2004 ;58: 1075-1084.
31. 31. Goulet M, Drolet MJ. Les enjeux éthiques en réadaptation. Un état des lieux de la conceptualisation de notions éthiques. Revue canadienne de bioéthique. Numéro spécial sur l'éthique en réadaptation. 2018;1(3):9-21.

LA CONCILIATION ENTRE CONNAISSANCES ET PRÉFÉRENCES EST-ELLE POSSIBLE EN MATIÈRE D'ALIMENTATION ?

Eric Racine, Ph. D. professeur chercheur titulaire à l'Institut de recherches cliniques de Montréal et à l'Université de Montréal et Directeur de l'unité de recherche en éthique pragmatique de la santé à l'Institut de recherches cliniques de Montréal, professeur invité à l'Université McGill, Montréal, QC, Canada. **Nathalie Prud'homme,** M. Sc. technicienne de laboratoire œuvrant dans le milieu de l'éducation secondaire, formée en chimie et en sciences de l'environnement.

Les auteurs partagent leur vie comme conjoints, parents de trois enfants et tentent de guider leurs choix de vie y compris leur alimentation (p ex. ils sont tous deux adeptes d'un régime à base de végétaux complets) en se basant sur les connaissances scientifiques, l'ouverture d'esprit et l'esprit critique.

Le nouveau Guide alimentaire canadien propose plusieurs recommandations basées sur des données probantes : augmenter la consommation de légumes et de fruits ; consommer des grains entiers ; et favoriser les aliments protéinés d'origine végétale [1]. Cependant, notre aptitude à appliquer les recommandations alimentaires fondées sur des données probantes dans nos choix quotidiens repose sur notre capacité individuelle et sociétale de changer nos habitudes [2]. Or, le nouveau Guide alimentaire canadien reconnait que l'alimentation est un comportement complexe touchant à plusieurs dimensions de nos vies. Les habitudes alimentaires reposent, entre autres, sur des préférences et des valeurs. Ces dernières sont façonnées par des considérations économiques et sociales qui influencent aussi notre capacité à changer nos habitudes [2-4]. Nos habitudes alimentaires pourraient aussi être qualifiées, selon la psychologie contemporaine, d'automatiques et de préréflexives [5]. Elles découlent d'évaluations souvent implicites, parfois non réfléchies, qui précèdent ou s'opposent aux données probantes sur l'alimentation, car elles ont pour origine les traditions culturelles. Par exemple, les effets dévastateurs de certains aliments, tels que les gras trans synthétiques et les

Les habitudes alimentaires reposent, entre autres, sur des préférences et des valeurs. Ces dernières sont façonnées par des considérations économiques et sociales qui influencent aussi notre capacité à changer nos habitudes [2-4].

boissons à forte teneur en sucre, sont largement connus, mais les individus et les sociétés sont lents à changer leurs habitudes [2,4]. Cette lenteur est partiellement expliquée par les efforts considérables de lobbying et de marketing de l'industrie agroalimentaire qui viennent contrer les modestes efforts des gouvernements pour promouvoir les saines habitudes alimentaires [6].

Dans cet article, nous discutons du défi éthique et philosophique [1] que pose l'utilisation des données probantes en vue de revoir nos habitudes alimentaires. Nous examinons en particulier les préférences et les valeurs, parfois rigides, qui sous-tendent nos habitudes alimentaires. S'invitant dans notre assiette, les sciences de la nutrition assument une vocation philosophique fondamentale : elles proposent de modifier nos comportements par la connaissance plutôt que de laisser l'habitude, les mœurs et la tradition les dicter. Nous nous inspirons d'une éthique pragmatiste [7] qui envisage l'évolution des comportements humains sous l'optique de l'épanouissement de soi et des communautés [2]. L'éthique pragmatiste favorise la remise en question des modèles de relations humaines et d'organisation sociale à la lumière des connaissances scientifiques pour soutenir le développement de nouvelles habitudes plus propices à l'épanouissement individuel [3].

Tensions entre connaissances et préférences

Les pratiques et politiques en matière de santé, d'éducation et de politiques publiques ne reflètent pas toujours les données probantes [8]. Pensons ici aux heures d'ouverture de nos écoles qui s'adaptent lentement au besoin de sommeil des adolescents. Ou encore aux inégalités sociétales qui pourraient être abordées plus vigoureusement par les autorités publiques vu les conséquences néfastes sur la santé et le bien-être de la population [9]. Il faut admettre que les données probantes ont parfois la vie dure lorsque vient le temps de modifier nos politiques publiques et nos préférences. À cet égard, certains pays s'en tirent mieux alors que d'autres font bien pire que le Québec [10]. L'utilisation des connaissances issues des sciences de la nutrition se heurte aussi aux instincts et aux habitudes enracinées dans les coutumes et les traditions qui n'ont parfois que peu à voir avec la connaissance scientifique et la réflexion critique. Par exemple, un récent débat sur les pois chiches, aliment protéiné végétal suggéré par le Guide alimentaire canadien (les pois chiches ne seraient pas « canadiens ») a clairement mis en exergue les dimensions identitaires de l'alimentation [11-12]. De fait, il est souvent admis que « des goûts et des couleurs, on ne discute pas » et que « tous les goûts sont dans la nature ». Ces croyances tendent à réifier nos préférences, de sorte qu'elles sont placées au-delà de toute rationalité et de tout changement basé sur les données probantes.

Des analyses récentes suggèrent l'existence de mécanismes non conscients qui influencent nos pensées et nos comportements, y compris l'alimentation [2]. Nos impressions quant à la rationalité de nos choix et de nos préférences alimentaires pourraient donc être erronées. Par conséquent, les connaissances nutritionnelles auraient un potentiel à la fois perturbateur et transformateur en semant le doute sur le bien-fondé de nos habitudes non conscientes. S'ouvrir aux changements, s'informer représente une occasion de croissance et de développement personnel [13]. La modification des comportements pose un défi de taille pour les sciences de la nutrition et d'autres disciplines scientifiques (p. ex. éthique, kinésiologie, sexologie). La tension entre les préférences et les connaissances alimentaires tire sa source d'un comportement quotidien, viscéral impliquant

[1] La philosophie, en tant qu'amour de la connaissance et du savoir. C'est ce que l'étymologie grecque du mot enseigne même si la philosophie contemporaine a parfois versé dans l'obscurantisme et la critique indiscriminée de la science.

[2] Le point de vue développé dans cet article rappelle des recherches réalisées en anthropologie de l'alimentation et de la consommation. Ce domaine n'est pas l'un où nous détenons une formation ou une connaissance nous permettant d'utiliser librement les sources d'origine. Les lecteurs avides d'en apprendre plus et souhaitant approfondir leur réflexion peuvent le faire compte tenu de ces biais disciplinaires.

[3] L'approche pragmatique est favorable à l'utilisation des connaissances, notamment sous la forme de données probantes, en vue de transformer notre vision du monde pour favoriser de nouvelles expériences signifiantes et enrichir l'expérience humaine. Elle voit dans un tel usage des connaissances, un signe d'ouverture au monde, l'une des caractéristiques des personnes épanouies [13]. Cependant, l'approche pragmatique est critique du dogmatisme scientifique qui prétend que l'utilisation de connaissances est impartiale, objective et dépourvue de bais et d'intérêts.

La tension entre les préférences et les connaissances alimentaires tire sa source d'un comportement quotidien, viscéral impliquant des circuits cérébraux conditionnés par l'environnement familial dès un très jeune âge [14] et par la disponibilité des aliments.

des circuits cérébraux conditionnés par l'environnement familial dès un très jeune âge [14] et par la disponibilité des aliments. Le marketing vient cimenter les préférences alimentaires en créant une demande pour mieux y répondre par la suite [6,15]. Ces facteurs amplifient la tension entre les connaissances et les préférences alimentaires.

Des défis scientifiques mettent en péril l'engagement des sciences de la nutrition en faveur de la connaissance

Les sciences de la nutrition ne sont pas à l'abri des enjeux méthodologiques et épistémologiques : les conflits d'intérêts des chercheurs et des institutions ; les devis expérimentaux financés par le secteur privé qui privilégient les aliments nutritionnellement pauvres ; la difficulté de généraliser les résultats des études sur les animaux ou n'ayant pas été réalisées in vivo ; la complexité même d'une étude scientifique sur l'alimentation et la détermination de sa réelle contribution à la santé et au bien-être des gens [16,18]. L'on doit porter un jugement critique sur les données scientifiques pour ne pas y croire aveuglément pour des raisons purement idéologiques [19]. Les chercheurs et les experts en nutrition sont généralement conscients de ces défis scientifiques et éthiques [16,17,20] ; ils demeurent coincés dans un système médiatique favorisant les reportages sur des études précises plutôt que sur des revues de littérature [16,17]. Or, surmonter ces défis est ardu étant donné l'importance économique et politique de l'industrie agroalimentaire (estimée à des centaines de milliards aux États-Unis) et son rôle dans le financement de la recherche en nutrition [6,16].

En outre, le public est bombardé de messages contradictoires sur les bonnes habitudes alimentaires [16,17]. Le portrait partiel et partial sur l'alimentation qui en découle nourrit le scepticisme envers les sciences de la nutrition, notamment leur transparence, leur rigueur et leur intégrité [17]. De récentes recommandations européennes invitent à reconsidérer les approches de recherche. Elles suggèrent d'étudier plutôt les habitudes alimentaires réelles au moyen d'approches méthodologiques qui permettent de mieux comprendre la complexité de l'alimentation (p. ex. étudier des régimes alimentaires dans des contextes naturels plutôt que les effets d'aliments isolés en conditions contrôlées [16]. En dépit des progrès réalisés, il demeure primordial de réfléchir à la façon dont les données probantes des sciences de la nutrition peuvent guider nos choix et nous aider à cultiver nos goûts. La complexité sociale de l'évaluation des effets de l'alimentation doit donc être prise en compte. Mais ce n'est pas tout ; encore faut-il accepter que la science puisse guider nos préférences.

Des défis éthiques et sociaux mettant en péril la remise en question de nos valeurs à l'égard de l'alimentation

Les forces, notamment économiques, politiques et idéologiques, qui menacent le développement de connaissances scientifiques valides et impartiales en nutrition sont aussi celles qui consolident nos préférences alimentaires. Elles nous incitent à développer une loyauté envers un ensemble d'aliments (p. ex. viande, produits laitiers) et des marques [21]. Les industries alimentaires (lait, viande, sucre, etc.) ont tout intérêt à faire valoir les bienfaits de leurs aliments pour les consommateurs et à minimiser leurs effets néfastes sur la santé et sur l'environnement [6]. En guise d'exemple, citons l'« invention » par les frères Kellogg du petit déjeuner américain pour favoriser la vente de leurs céréales [22]. Nous aimons parfois associer notre identité de manière quasi religieuse à des régimes alimentaires (p. ex. JE suis omnivore, JE suis végétalien). Nous en venons à exprimer notre identité par notre adhésion à des marques et à des produits qui reflètent nos préférences et nos valeurs [12]. L'adage « Dis-moi ce que tu manges, je te dirai qui tu es » exprime bien la revendication identitaire de nos préférences alimentaires. Or, cette rigidité, parfois renforcée par le marketing alimentaire, limite notre capacité à remettre en question nos choix et nos préférences alimentaires. Or, rappelons que même l'alimentation dite traditionnelle, au Québec et en Amérique du Nord, a subi de nombreuses transformations [15,23], car nos identités alimentaires sont toujours en évolution.

Cette vision rigide des préférences se matérialise notamment dans le traitement des patients vivant avec le diabète de type 2 et une maladie cardio-vasculaire. Il est maintenant bien connu que des interventions fondées sur des changements d'habitudes de vie (p. ex. une alimentation d'origine végétale) peuvent améliorer significativement ces deux types de maladies [24,26]. Or, certains patients trouvent qu'il est draconien d'éliminer tout produit animal de leur alimentation. Pire, les professionnels de la santé hésitent à proposer des interventions radicales certes, mais potentiellement efficaces, de peur que leurs patients ne les prennent pas au sérieux ou soient tout simplement incapables de suivre de telles recommandations [27,28]. Ce sont ces fâcheux réflexes défaitistes auxquels le grand réseau de soins américains Kaiser Permanente tente de s'attaquer en recommandant aux cliniciens de promouvoir davantage l'alimentation basée sur des végétaux peu transformés [29,30]. La perception que nos préférences ont une nature quasi irrationnelle et inchangeable rend donc la vie dure à l'utilisation des connaissances des sciences de la nutrition. Mais nos préférences rendent aussi la vie dure aux sciences de la nutrition en posant des défis en matière d'intégrité scientifique et de conflits d'intérêts. La tension entre les connaissances et les préférences débouche-t-elle sur une impasse ?

Il faut aussi comprendre d'où viennent nos « préférences », les causes de nos choix alimentaires. En prendre conscience, c'est s'ouvrir à une possible remise en question de nos habitudes ; c'est s'accorder la liberté de choisir en fonction des connaissances et gagner en maturité dans nos goûts.

Une réconciliation : valoriser ce que l'on connait et mieux comprendre ce que l'on valorise

Tout en reconnaissant les limites des sciences de la nutrition, nous devrions faire preuve de plus de souplesse. En accueillant les données probantes qui en sont issues, nous nous ouvrons à la perspective d'utiliser ces connaissances pour guider nos choix et changer des habitudes, parfois néfastes. Les obstacles à cette réconciliation entre les connaissances et les préférences sont nombreux. Ils nous invitent toutefois à valoriser davantage ce que l'on connait sur l'alimentation et à mieux comprendre ce que l'on valorise conformément à des modèles de prise de décision partagée qui concilient les préférences du patient et les connaissances nutritionnelles [31]. Selon cette proposition pragmatiste, les connaissances et les préférences ne sont pas « antagonistes ». En cultivant un goût fondé sur les connaissances, il est possible de dépasser les conditionnements familiaux, sociaux, politiques, économiques, médiatiques, religieux ou culturels. Il faut aussi comprendre d'où viennent nos « préférences », les causes de nos choix alimentaires. En prendre conscience, c'est s'ouvrir à une possible remise en question de nos habitudes ; c'est s'accorder la liberté de choisir en fonction des connaissances et gagner en maturité dans nos goûts. Cette proposition est profondément subversive, car elle n'admet pas la sacro-sainte primauté de la préférence au détriment des connaissances [8] ni l'identité imperméable au changement et au dialogue [32]. Par conséquent, le discours des sciences de la nutrition rejoint celui de bon nombre de sciences humaines et sociales. Il fait valoir que nos choix peuvent être guidés par la rationalité et la réflexion plutôt que par l'habitude, l'instinct, les préjugés et d'autres préconceptions. Se surprendra-t-on alors de constater que les penseurs de l'Antiquité, comme Pythagore (végétalien) et Empédocle (végétarien), se préoccupaient de leurs régimes alimentaires et osaient remettre en question les idées reçues dans l'optique d'une vie meilleure guidée par la connaissance [33,34] ? Convaincus de la valeur de la connaissance et de la réflexion critique, ces philosophes étaient d'avis que s'abandonner à la pensée implicite et non réfléchie revenait à renoncer à la poursuite d'une vie autonome et épanouie. Pour nous permettre de mieux comprendre nos préférences et valoriser ce que l'on connait, il faut que les sciences de la nutrition démontrent un haut niveau d'intégrité et de transparence. Parallèlement, nos cultures humaines et nos pratiques sociales basées sur des préférences, parfois irréfléchies, devraient être remises en question dans l'optique de l'épanouissement du plus grand nombre. ■

Références

1. Gouvernement du Canada. Guide alimentaire canadien [Internet]. 2019 [page consultée le 1er février 2019]. Disponible: https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/.
2. Michael P., Kelly M.B. Why is changing health-related behaviour so difficult? Public Health. 2016;136:109-16.

3. Hitlin S. Values as the core of personal identity: Drawing links between two theories of self. Social Psychology Quarterly. 2003;66(2):118-37.
4. Mozaffarian D., Angell S.Y., Lang T., Rivera J.A. Role of government policy in nutrition-barriers to and opportunities for healthier eating. BMJ. 2018;361:k2426.
5. Bargh J.A., Chartrand T.L. The unbearable automaticity of being. American Psychologist. 1999;54(7):462.
6. Nestle M. Food politics: How the food industry influences nutrition and health. Berkeley: University of California Press; 2002. 534 p.
7. Racine E. Pragmatic neuroethics: Improving treatment and understanding of the mind-brain. Cambridge: MIT Press; 2010. 290 p.
8. Kitcher P. Science in a democratic society. Amherst: Prometheus Books; 2011. 270 p.
9. Raynault M.-F., Côté D., Chartrand S. Le bon sens à la scandinave: politiques et inégalités sociales de santé. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2013. 170 p.
10. Paquin S., Lévesque P.-L., Fortin P. Social-démocratie 2.0: le Québec comparé aux pays scandinaves. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2014. 369 p.
11. Ravary L. Aimez-vous les pois chiches? Le Journal de Montréal [Internet]. 2019 [page consultée le 1er février 2019]. Disponible: https://www.journaldemontreal.com/2019/01/13/aimez-vous-les-pois-chiches.
12. Blanchette J. L'identité d'un pois chiche. Le Devoir [Internet]. 2019 [page consultée le 1er février 2019]. Récupéré du site: https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/546342/le-glyphosate-aime-les-carnivores.
13. Ryff C.D. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. Psychotherapy and Psychosomatics. 2014;83(1):10–28.
14. Mossop B. Can we be trained to like healthy foods? Scientific American [Internet]. 2011 [page consultée le 1er février 2019]. Disponible: https://www.scientificamerican.com/article/taste-healthy-foods/.
15. Carroll A. Three squares: The invention of the American meal. New York: Basic Books; 2013. 304 p.
16. Penders B., Wolters A., Feskens E.F., Brouns F., Huber M., Maeckelberghe E.L.M., et al. Capable and credible? Challenging nutrition science. European Journal of Nutrition. 2017;56(6):2009-12.
17. Garza C., Stover P.J., Ohlhorst S.D., Field M.S., Steinbrook R., Rowe S., et al. Best practices in nutrition science to earn and keep the public's trust. The American Journal of Clinical Nutrition. 2019;109(1):225-43.
18. Collier R. Dairy research: «Real» science or marketing? Canadian Medical Association Journal. 2016;188(10):715-6.
19. Habermas J. La technique et la science comme « idéologie ». Paris: Gallimard; 1973 (1963). 266 p.
20. Pressman P., Clemens R., Hayes W. Minimizing threats to scientific integrity. Toxicology Research and Application. 2017;1:1-3.
21. Oksman O. How lobbyists made breakfast "the most important meal of the day". The Guardian [Internet]. 2016 [page consultée le 1er février 2019]. Disponible: https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2016/nov/28/breakfast-health-america-kellog-food-lifestyle.
22. Anderson H.A. Breakfast: A history. Lanham: AltaMira Press; 2013. 238 p.
23. Aubertin M.-N., Sicotte G. Gastronomie québécoise et patrimoine. Québec: Presses de l'Université du Québec. 2013. 288 p.
24. Barnard N.D., Katcher, H.I., Jenkins, D.J.A. Cohen, J., Turner-McGrievy, G. Vegetarian and vegan diets in type 2 diabetes management. Nutrition Reviews 2009; 67(5): 255–263.
25. Hu, F.B. Plant-based foods and prevention of cardiovascular disease: An overview. The American Journal of Clinical Nutrition 2003; 78(3): 544S–551S.
26. Ley, S.H., Hamdy, O., Mohan, V., Hu, F.B. Prevention and management of type 2 diabetes: Dietary components and nutritional strategies. Lancet, 2014;383(9933):1999–2007.
27. Ornish D. Mostly plants. American Journal of Cardiology. 2009;104(7):957-8.
28. Greger M., Stone G. How not to die: Discover the foods scientifically proven to prevent and reverse disease. London: Pan Macmillan; 2016. 672 p.
29. Tuso P.J., Ismail M.H., Ha B.P., Bartolotto C. Nutritional update for physicians: Plant-based diets. The Permanente Journal. 2013;17(2):61-6.
30. The plant-based diet. Portland: Kaiser Permanente, 2015. 20 p.
31. Desroches S., Gagnon. M.-P., Tapp S., Légaré F. Implementing shared decision-making #in nutrition clinical practice: A theory-based approach and feasibility study. Implementation Science. 2008; 3: 8.
32. Taylor C. The politics of recognition. Dans: Taylor C, Gutmann A, éditeurs. Multiculturalism and «the politics of recognition»: An essay with commentary. Princeton: Princeton University Press; 1992. p. 25–74.
33. Dombrowski D. The philosophy of vegetarianism. Amherst: University of Massachusetts Press; 1984. 192 p.
34. Skiadas P.K., Lascaratos J.G. Dietetics in ancient Greek philosophy: Plato's concepts of healthy diet. European Journal of Clinical Nutrition. 2001;55(7):532-7.

RÉFLEXION ÉTHIQUE SUR LA QUESTION DU SOUTIEN NUTRITIONNEL EN FIN DE VIE

Hugues Vaillancourt, Dt.P., M. Sc., conseiller en éthique, Centre d'éthique, Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de Laval.
Marie-Ève Bouthillier, cadre conseil en éthique, Centre d'éthique, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval. Professeur adjoint de clinique, Bureau de l'éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Mise en situation

Claire est diététiste/nutritionniste dans un centre hospitalier. Elle reçoit une demande de consultation relative à l'instauration d'une nutrition entérale pour M. Lopez. En consultant le dossier, Claire apprend que M. Lopez, âgé de 85 ans, est atteint d'un trouble neurocognitif (TNC). Il présente une rigidité musculo-squelettique et de la dysphagie, deux symptômes de la progression du TNC. M. Lopez a été hospitalisé il y a trois jours pour une pneumonie d'aspiration.

De passage à l'unité, le médecin traitant, Dr Jones, aborde Claire. « Consultes-tu le dossier du 84.2 ? Je suis découragé par sa famille, honnêtement. Moi, je ne donnerais jamais de gavage à mon père s'il était dans cet état-là. C'est de l'acharnement ! Un ami infirmier aurait dit à la famille qu'on peut toujours nourrir quelqu'un par tube s'il ne mange plus assez par la bouche. Je me sens dans une impasse, car la famille insiste pour administrer un gavage… Ils n'arrêtent pas d'évoquer Dieu et la possibilité de miracles, je n'en reviens pas d'entendre ça… Bon, je dois te laisser, j'ai d'autres patients. Merci de me donner dans ta note les indications pour le gavage. On devrait envoyer le patient demain en radiologie pour la pose du tube. »

Claire a l'habitude d'instaurer la nutrition entérale. Sauf que dans ce cas, la frustration et le découragement

du médecin la bouleversent. « Pourquoi est-il si peu à l'aise avec sa décision ? », se dit-elle.

Sensibilité éthique

Nos pensées et nos réactions émotionnelles contribuent à définir et à affirmer notre identité face aux situations de la vie quotidienne. Elles témoignent, entre autres, des mœurs et des valeurs que nous véhiculons individuellement ou collectivement par l'entremise des différents groupes sociaux auxquels nous appartenons (famille, éducation, religion, travail, etc.). Le questionnement éthique n'est cependant pas qu'une affaire d'émotions ou d'intuitions devant des décisions difficiles. Pour reprendre les mots de Bourgeault [1], l'éthique « désigne plutôt l'interrogation de la conscience de l'individu, et sa capacité tant de délibération que de choix ». Entretenir une discussion rationnelle sur les principes et les valeurs qui sous-tendent nos réactions permet alors la justification éthique de nos choix d'action.

Les émotions demeurent ainsi une partie prenante de la réflexion éthique, entre autres en tant que manifestation d'un potentiel inconfort d'ordre éthique. Comme les émotions varient en nature et en intensité d'une personne à l'autre, la reconnaissance d'un enjeu éthique dans une situation donnée peut ne pas être unanime parmi ses parties prenantes. Dr Jones semble pris de découragement, signe d'un inconfort, sans exprimer toutefois la présence d'un dilemme éthique. Quant à Claire, la réaction du médecin suscite son empathie et semble même l'alerter. Se questionner sur son propre inconfort moral ou celui d'un collègue représente une manière pertinente de parvenir à la réflexion éthique [2]. Il s'agit de la pointe de l'iceberg qui incite à prendre du recul pour considérer la totalité du bloc de glace, et ainsi réfléchir l'action bonne en fonction de la situation dans sa globalité, son unicité et sa complexité [3,4].

Identification du dilemme

Le cas de M. Lopez révèle une question fondamentale : est-il acceptable d'instaurer un soutien nutritionnel artificiel en présence d'un TNC avancé [5] ? Nous nous inspirons ainsi dans un premier temps des premières étapes de la méthodologie de délibération éthique élaborée par Legault [6]. On distingue alors deux dénouements possibles : instaurer la nutrition entérale ou s'abstenir de le faire. Cette distinction permet d'énoncer les principes éthiques pertinents qui sous-tendent chaque dénouement possible (tableau 1) [7,8]. Dans le cadre de cet article, nous puisons les principes éthiques essentiellement à partir du modèle du principisme de Beauchamp et Childress [9].

Réduire de la sorte une situation complexe à une question fondamentale permet certes de bien cerner le cœur du dilemme éthique, mais risque également d'induire un raisonnement simpliste. En effet, la tendance serait alors de déterminer la « bonne » réponse éthique au plan théorique. Ce serait s'engager dans une analyse manichéenne, ce qui irait à l'encontre de l'esprit d'ouverture et de réflexion critique qu'encourage la discipline de l'éthique clinique. À ce sujet, Payot et Janvier rappellent que : « L'éthique clinique est donc une éthique de terrain plus qu'une discipline ou une spécialité. Elle appartient en effet à ceux qui veulent pratiquer activement la collaboration, l'écoute, la tolérance et à ceux qui sont prêts à voir l'incertitude comme une occasion de réfléchir ensemble sur le sens des actions possibles. » [10]

Dans le cadre de cet article, nous visons à fournir au professionnel de la santé les principales pistes de réflexion éthique à exploiter dans une situation similaire à celle présentée ci-dessus. C'est au professionnel de la santé qu'incombe l'ensemble du processus de délibération éthique en situation concrète. En premier

Tableau 1. Dénouements possibles et principes éthiques sous-jacents

	A	–A
Dénouements possibles à la question du soutien nutritionnel	Instaurer la nutrition entérale	Ne pas instaurer la nutrition entérale
Principaux principes éthiques sous-jacents	Autodétermination du patient (et la représentation qui en est faite par les proches) : • Volontés de soins • Consentement aux soins • Liberté de culte • Droit d'accès aux soins de santé	Soins appropriés : • Bienfaisance • Non-malveillance • Sécurité des soins • Utilisation juste et raisonnable des ressources

lieu, nous proposons de clarifier et d'interpréter la signification des principaux principes éthiques pertinents. En deuxième lieu, une analyse de la situation et de ses éléments de contexte permettra de dresser un portrait plus exhaustif du dilemme éthique et d'entrevoir, en dernier lieu, certaines pistes de solution.

Pour qu'un patient puisse consentir à un soin, il faut d'abord que ce soin soit offert par l'équipe traitante. Il n'y a donc aucune obligation légale à donner un soin qui est désiré par le patient ou ses proches, si ce soin n'est pas avant tout jugé approprié.

DÉFINITION ET INTERPRÉTATION DES PRINCIPES ÉTHIQUES

Autodétermination du patient

L'autonomie vise à reconnaître la capacité d'un individu à penser, à décider et à agir, selon ses propres règles, de manière libre et volontaire. Le concept d'autonomie est fondateur à la notion de consentement libre et éclairé aux soins. Il transmet l'intention de toujours reconnaître chez l'autre une capacité à choisir ce qui est bien pour sa propre personne et de respecter son autodétermination [9]. Son application s'avère difficile lorsqu'elle contrevient à la perception d'autrui de ce qui semble bien pour la personne. Comment respecter l'autodétermination de M. Lopez, alors que son état de santé actuel interfère avec sa capacité à décider avec lucidité ?

L'état du droit permet à une personne d'énoncer certaines volontés si elle venait à perdre son aptitude à décider pour elle-même [11]. Ainsi, M. Lopez pourrait avoir rédigé certains documents légaux qui clarifient, d'une part, le mandataire désigné pour décider à sa place, et d'autre part, certains soins acceptés ou refusés. Désigner un mandataire peut simplifier de beaucoup les processus de prise de décision substituée. Il en va de même pour les directives médicales anticipées (DMA), un document que M. Lopez aurait pu rédiger pour donner des indications claires en situation de démence et de fin de vie, notamment à l'égard de la nutrition et de l'hydratation artificielle [12]. Les DMA ont une force légale dite contraignante, c'est-à-dire que le consentement qui s'y trouve est celui qui prévaut et que l'équipe traitante devra honorer [13].

Or, il se peut que de telles mesures légales n'aient pas été complétées par le patient [14]. Face à cette éventualité, il demeure pertinent de demander à l'entourage si M. Lopez avait désigné une personne pour prendre ses décisions, et s'il avait exprimé certaines volontés, même informellement. Ces informations présentent une valeur symbolique et morale pour agir dans l'intérêt de M. Lopez. La loi précise cependant une certaine priorité parmi l'entourage pour déterminer la personne à qui s'en remettre pour la prise de décision substituée, s'il y avait ultimement un besoin d'arbitrer [15].

Les volontés de soins énoncées a priori posent certaines difficultés. En effet, quelle validité peut avoir des volontés exprimées sans prise en compte du contexte particulier dans lequel la décision sera prise ? Le temps écoulé entre l'énonciation des volontés et leur mise en vigueur (parfois plusieurs années) peut également susciter des doutes. Souvent, un entourage rapporte que le patient « aurait voulu qu'on fasse tout pour le maintenir en vie », ou à l'inverse « aucun acharnement thérapeutique ». Soit, mais comment traduire cette volonté dans un plan d'intervention [16] ? Dans le cas des DMA, une clarification technique s'impose. Les DMA permettent d'indiquer les soins auxquels la personne consent ou non dans certaines situations données. Or, pour qu'un patient puisse consentir à un soin, il faut d'abord que ce soin soit offert par l'équipe traitante. Il n'y a donc aucune obligation légale à donner un soin qui est désiré par le patient ou ses proches, si ce soin n'est pas avant tout jugé approprié [17].

Soins appropriés

Ce dernier raisonnement entraîne alors sur la notion de soins médicalement appropriés, laquelle correspond à une obligation professionnelle dans le code déontologique des médecins [18] et des diététistes/nutritionnistes [19]. Plusieurs termes sont utilisés en clinique et en droit pour définir un même concept, en apparence : soins appropriés, soins bénéfiques et opportuns, soins proportionnels, soins médicalement requis par l'état de santé, indication thérapeutique de soins. En somme, l'équipe traitante doit pouvoir justifier en quoi un soin proposé se révèle être un moyen pertinent pour la fin souhaitée [20]. Il se présente alors deux défis : 1) définir clairement la finalité poursuivie par l'épisode de soins ; 2) déterminer les soins susceptibles de répondre à cette finalité. Souvent, l'un ne va pas sans l'autre.

Généralement, on conçoit que des soins visent à soigner une maladie, à la guérir. Néanmoins, cela s'avère parfois impossible : certaines maladies se révèlent incurables à un moment ou un autre. De plus, il est impossible d'échapper indéfiniment à la vulnérabilité du corps et à la mort.

La visée sera plutôt de prolonger un état, de maintenir un bien-être, de soulager les inconforts, d'accompagner la personne et de rehausser au mieux sa qualité de vie. La finalité poursuivie dépend alors de ce que la personne souhaite selon ses propres critères de la vie bonne, et de ce qui semble réalisable techniquement par la médecine. Or, quelle est la finalité poursuivie par M. Lopez ? La nutrition entérale s'en avère-t-elle un moyen approprié ?

À ce sujet, les données scientifiques montrent que l'instauration de la nutrition artificielle (entérale ou parentérale) ne prolonge pas la survie ni n'améliore l'état nutritionnel ni la guérison de plaies de pression d'un patient avec un TNC avancé [21-23]. À cela s'ajoutent aussi différentes considérations cliniques [24]. La nutrition artificielle n'est pas recommandée à une personne atteinte de TNC avancé, car elle pourrait retirer le tube involontairement par des gestes brusques, entraînant ainsi des séquelles. Pour résoudre cette difficulté, il était courant auparavant de faire usage de contentions physiques, une pratique qui n'est pas sans soulever son propre lot d'enjeux éthiques. Des recommandations cliniques nationales existent désormais pour limiter l'usage de ce moyen controversé [25]. Aussi, l'instauration d'une nutrition artificielle permet d'éliminer les apports per os, mais ne réduit pas considérablement les risques de pneumonie d'aspiration chez cette clientèle [26].

Le caractère « approprié » des soins présuppose une réflexion sur le cas singulier du patient. À plus grande échelle, cela remet aussi en question l'utilisation responsable des ressources limitées dans le contexte d'un système public de santé comme le nôtre. S'il était nécessaire de rationner la nutrition entérale par manque de ressources, est-ce que M. Lopez serait priorisé ? Les professionnels de la santé se retrouvent ainsi confrontés au quotidien à juger de l'utilisation efficiente et responsable des ressources du système de soins, d'où l'intérêt d'éviter des soins ayant démontré peu de valeur ajoutée [27].

Analyse de la situation

Le dilemme éthique de l'instauration de la nutrition artificielle auprès de patients atteints de TNC a été assez bien documenté dans la littérature scientifique [5,28]. Or, le manque de données probantes des recommandations cliniques plus anciennes suscitait une réaction ambivalente des professionnels de la santé. Selon les connaissances d'alors, il était effectivement raisonnable de croire que la non-initiation du soutien nutritionnel pouvait accentuer les souffrances ou encore précipiter le décès. Or, les recommandations actuelles ont l'avantage d'être solidement étayées. Considérant également le cadre médicolégal, ces recommandations déconseillent fortement d'amorcer la nutrition artificielle en cas de TNC avancé [29,30]. Or, certaines personnes, comme le Dr Jones, prennent encore la décision d'amorcer la nutrition entérale [21,26]. Pourquoi ? Même si la nutrition entérale n'a, a priori, que peu de valeur légale ou scientifique dans ce contexte [17], il faut reconnaître, par les comportements des acteurs impliqués, qu'elle revêt néanmoins une certaine valeur morale [31]. Quelle est-elle ?

D'abord, la seule existence d'une technique médicale semble parfois générer chez le professionnel un sentiment d'obligation de l'utiliser, et concomitamment, l'impression que le patient est en droit de l'obtenir. La capacité techno-scientifique de la médecine contemporaine, c'est-à-dire son « pouvoir faire », est immense. Cependant, il convient de considérer le contexte et de réfléchir à chacune des implications de la mise en œuvre de cette capacité. Plutôt que de remettre en question nos capacités, l'éthique suscite la réflexion sur le « devoir faire », autrement dit sur le sens de l'intervention et sur la meilleure conduite vu les circonstances [32].

La fin de vie confronte chacun à sa propre impuissance face à la fragilité de la vie humaine et au caractère inéluctable de la mort. Quoi qu'on en dise, la mort reste un grand tabou dans notre société occidentale. Dans les pratiques de soins, on tend ainsi à retarder, voire à éviter le moment d'évoquer cette possibilité, souvent dans un souci bienveillant de préserver l'espoir devant la maladie. Pour cacher son impuissance, le professionnel préférera peut-être entreprendre des soins, même futiles, plutôt que de ne rien faire [22]. Ce « pouvoir faire » accorde une certaine paix d'esprit de tenter quelque chose et démontre aux proches du patient empathie et solidarité. Craignant un possible conflit relationnel, le professionnel de la santé conçoit difficilement au plan moral d'aller à l'encontre de la volonté des proches. Le professionnel se retrouve alors coincé entre la faute déontologique d'entreprendre des soins inappropriés ou la plainte due au ressentiment des proches si rien n'est entrepris. Pourtant, la nutrition entérale n'est pas le seul acte de soin. L'on peut soigner autrement, notamment par la parole.

Le soutien nutritionnel présente un enjeu éthique particulier parce qu'il s'agit d'un soin qui revêt une nature symbolique [28,33]. Rarement, les personnes détiennent elles-mêmes les connaissances pour proposer prendre un médicament ou suggérer un acte chirurgical, par exemple. On s'en remet aisément dans ces situations à ce que le professionnel de la santé propose. Or, l'alimentation n'est pas qu'un soin, mais avant tout un acte social qui interpelle tout le monde. Dans la vie courante, n'importe qui s'inquiète en constatant un proche manquer d'appétit ou manger peu. Suggérer la nutrition artificielle représente pour les proches une manière de répondre instinctivement à un signe auquel ils ont l'habitude

et la capacité de répondre. Pour les proches, c'est une manière de manifester leur bienveillance envers la personne malade, de se rassurer qu'ils font tout pour l'aider, que leur « pouvoir faire » n'est pas limité. Cette situation requiert un dialogue empreint de compréhension et d'empathie de la part des professionnels sur ce que symbolise l'alimentation. Il convient notamment de rassurer les proches en clarifiant le mythe courant du « mourir de faim ». Pour soutenir cette volonté des proches de prendre soin, des actions cliniques plus appropriées pour le patient peuvent leur être proposées.

La religion et la spiritualité des personnes peuvent être perçues comme un obstacle aux yeux des professionnels de la santé [34]. Pourtant, elles s'avèrent des outils importants, lorsqu'elles sont bien comprises et mobilisées [35]. Devant la fatalité et le sentiment d'impuissance que suscite la maladie, il n'est pas étonnant que des personnes soient à la recherche d'un certain réconfort. Malgré ses vastes connaissances et ses outils, la médecine n'apporte pas toujours des réponses pleinement satisfaisantes sur le sens de la vie, de la maladie ou de la mort [36]. Les personnes peuvent par leurs croyances puiser l'espoir, donner un sens à leurs épreuves et trouver un réconfort [37]. L'implication d'intervenants spirituels ou de travailleurs sociaux est à envisager pour soutenir les personnes afin d'aider l'équipe à tenir compte de ce type de considération. N'étant pas convenablement entendu et répondu, ce besoin pourrait alors s'immiscer dans des mauvais objets, comme le soutien nutritionnel artificiel [34,38].

Conclusion

Les diététistes/nutritionnistes cliniciennes sont exposées à toutes sortes de situations qui peuvent soulever un certain inconfort moral, voire une incertitude décisionnelle. Alors que les pratiques cliniques optimisant l'état nutritionnel sont applicables la plupart du temps sans heurts, certaines situations exigent des professionnels de revoir le sens de leurs responsabilités professionnelles pour réfléchir à la conduite appropriée à entreprendre [39]. Entre « pouvoir faire » et « devoir faire », la discipline de l'éthique clinique fournit une méthode de réflexion critique permettant de trouver des voies de sortie aux dilemmes émergeant de la pratique. L'importance d'une telle analyse éthique ne réside pas uniquement dans la détermination d'une conduite, mais également dans sa démarche de délibération et de justification. Dans la foulée de la valorisation actuelle des approches partenariales de soins, il va sans dire aussi que la délibération éthique prend tout son sens lorsqu'elle est le fruit d'une communication et d'une mise en commun de l'ensemble des acteurs de soins, particulièrement le patient et ses proches [40]. ■

> « L'espérance, toute trompeuse qu'elle soit, sert au moins à nous mener à la fin de la vie par un chemin agréable. »
> — François de La Rouchefoucauld, écrivain et moraliste français (1613-1680)

Remerciements

Une version longue de cet article a été rédigée par l'auteur principal (HV) en tant que travail de session pour le cours *PDT-6104 — Éthique, santé et société,* du programme d'études en éthique clinique, de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. À ce compte, les auteurs tiennent à remercier Mme Suzanne Plante et M. Michel Lorange, coresponsables du cours, pour leurs commentaires qui ont bénéficié à la préparation de cette version-ci.

Références

1. Bourgeault G. Éthiques : dit et non-dit, contredit, interdit. Presses de l'Université du Québec. 2004. 148 p.
2. Jaeger S M. Teaching health care ethics: the importance of moral sensitivity for moral reasoning. Nursing Philosophy. 2001; 2(2), 131–142.
3. Lechasseur K, Caux C, Dollé S, et Legault A. Ethical competence: An integrative review. Nursing ethics. 2018; 25(6), 694–706.
4. Milliken A. Nurse ethical sensitivity: An integrative review. Nursing ethics. 2018; 25(3), 278–303.
5. Schwartz D B. Enteral nutrition and dementia integrating ethics. Nutrition in Clinical Practice. 2018; 33(3), 377–387.
6. Legault G A. Professionnalisme et délibération éthique : manuel d'aide à la décision responsable, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec. 2003. 312 p.
7. Geppert C M, Andrews M R, et Druyan M E. Ethical issues in artificial nutrition and hydration: a review. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2010; 34(1), 79-88.
8. Ko D N et Blinderman C D. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment (including artificial nutrition and hydration), Oxford Textbook of Palliative Medicine (5 ed.), Edited by Nathan Cherny, Marie Fallon, Stein Kaasa, Russell K. Portenoy, & David C. Currow. Oxford University Press. 2015. 1504 p.
9. Beauchamp T L et Childress J F. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, USA. 2001. 480 p.
10. Payot A et Janvier A. Qu'est-ce que l'éthique clinique? Dans : Payot, A. & Janvier, A. Éthique clinique, un guide pour aborder la pratique, Éditions CHU Ste-Justine. 2015. 350 p.
11. Singer P A, Robertson G, et Roy D J. Bioethics for clinicians: 6. Advance care planning. CMAJ: Canadian Medical Association Journal. 1996; 155(12), 1689.
12. Gouvernement du Québec. Directives médicales anticipées [Internet]. 8 mars 2019 [page consultée le 4 août 2019]. En ligne : https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/directives-medicales-anticipees/.
13. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les niveaux de soins : normes et standards de qualité. Guide rédigé par Michel Rossignol et Lucy Boothroyd. Québec, QC : INESSS. 2016. 101 p.
14. Dening K H, Jones L, et Sampson E L. Advance care planning for people with dementia: a review. International Psychogeriatrics. 2011; 23(10), 1535–1551.

15. LégisQuébec. Code civil du Québec, Article 15 [Internet]. 1er juin 2019 [page consultée le 4 août 2019]. En ligne : http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991.
16. Quill T E, Arnold R, et Back A L. Discussing treatment preferences with patients who want "everything." Annals of Internal Medicine. 2009; 151(5), 345–349.
17. Murphy B F. What has happened to clinical leadership in futile care discussions? Medical Journal of Australia. 2008; 188(7), 418.
18. LégisQuébec. Code de déontologie des médecins, Code des professions, Articles 46 à 50 [Internet]. 1er avril 2019 [page consultée le 4 août 2019]. En ligne : http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2017/.
19. LégisQuébec. Code de déontologie des diététistes, Code des professions, Article 13 [Internet]. 1er avril 2019 [page consultée le 4 août 2019]. En ligne : http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%2097/.
20. Collège des Médecins du Québec (CMQ). Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie. Rapport du groupe de travail en éthique clinique [Internet]. 2008 [page consultée le 4 août 2019]. En ligne : http://www.cmq.org/page/fr/Soins-medicaux-fin-de-vie.aspx.
21. Cai S, Gozalo P L, Mitchell S L, Kuo S, Bynum J P, Mor V, et Teno J M. Do patients with advanced cognitive impairment admitted to hospitals with higher rates of feeding tube insertion have improved survival? Journal of pain and symptom management. 2013; 45(3), 524–533.
22. Easson A M, Hinshaw D B, et Johnson D L. The role of tube feeding and total parenteral nutrition in advanced illness. Journal of the American College of Surgeons. 2002; 194(2), 225–228.
23. Sampson E L, Candy B, et Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane database of systematic reviews. 2009.
24. Ying I. Artificial nutrition and hydration in advanced dementia. Canadian Family Physician. 2015; 61(3), 245–248.
25. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, MSSS. 2002.
26. Gillick M R. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. New England Journal of Medicine-Unbound Volume. 2000; 342(3), 206–210.
27. Niederman M S et Berger J T. The delivery of futile care is harmful to other patients. Critical care medicine. 2010; 38(10), S518-S522.
28. Druml C, Ballmer P E, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, Soeters P, Woemann A, et Bischoff S C. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clinical Nutrition. 2016; 35(3), 545–556.
29. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. Journal of the American Geriatrics Society. 2014; 62(8), 1590–1593.
30. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen M H, Vandewoude M, et Schneider S M. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clinical nutrition. 2015; 34(6), 1052–1073.
31. Gillick M R et Volandes A E. The standard of caring: Why do we still use feeding tubes in patients with advanced dementia? Journal of the American Medical Directors Association. 2008; 9(5), 364–367.
32. Hofmann B. On the value-ladenness of technology in medicine. Medicine, Health Care and Philosophy, 4(3). 2001; 335–345.
33. Monturo C et Hook K. From means to ends: Artificial nutrition and hydration. Nursing Clinics. 2009; 44(4), 505–515.
34. Ernecoff N C, Curlin F A, Buddadhumaruk P et White D B. Health care professionals' responses to religious or spiritual statements by surrogate decision makers during goals-of-care discussions. JAMA internal medicine, 175(10). 2015; 1662–1669.
35. Bibler T M, Shinall Jr M C, et Stahl D. Responding to those who hope for a miracle: Practices for clinical bioethicists. The American Journal of Bioethics. 2018; 18(5), 40-51.
36. Daaleman T P et VandeCreek L. Placing religion and spirituality in end-of-life care. Jama. 2000; 284(19), 2514–2517.
37. Shinall Jr M C, Stahl D, et Bibler T M. Addressing a Patient's Hope for a Miracle. Journal of pain and symptom management. 2018; 55(2), 535–539.
38. Rosoff P M. When Religion and Medicine Clash: Non-beneficial Treatments and Hope for a Miracle. HEC Forum, Springer Netherlands. 2018; 1-21.
39. Schwartz D B, Barrocas A, Wesley J R, Kliger G, Pontes-Arruda A, Márquez H A, James R L, Monturo C, Lysen L K, et DiTucci A. Gastrostomy tube placement in patients with advanced dementia or near end of life. Nutrition in Clinical Practice. 2014; 29(6), 829–840.
40. Pomey M P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M C, Débarges B, Clavel N, et Jouet E. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé publique. 2015; 1(HS), 41-50.

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE À L'UNIVERSITÉ LAVAL : TROIS PROGRAMMES RÉUNIS AUTOUR D'UN CAS CLINIQUE DE DYSPHAGIE

Thérèse Desrosiers, B. Sc. Nutrition, M. Sc., Ph. D., professeure titulaire, École de nutrition, Université Laval.
Éloïse Gaudreau, erg., candidate M. Sc., chargée d'enseignement en médecine, Programme d'ergothérapie, Département de réadaptation, Université Laval.
Vincent Martel-Sauvageau, ort., Ph. D., professeur adjoint, Programme de maîtrise en orthophonie, Département de réadaptation, Université Laval.

Introduction

La dysphagie est une problématique biopsychosociale complexe pour laquelle une approche de collaboration interprofessionnelle (CIP) est préconisée [1-4]. Les nutritionnistes, les ergothérapeutes et les orthophonistes sont régulièrement appelés à échanger des informations et à coordonner leur démarche clinique dans le respect de leur autonomie et de leurs expertises professionnelles. ils parviennent ainsi à offrir des services concertés, satisfaisants et sécuritaires à la clientèle [5]. Lors de la révision du Code des professions par le projet de loi 90, le groupe ministériel a expliqué que les trois professions peuvent avoir un rôle à jouer dans l'évaluation et le traitement de la dysphagie mais que ces rôles doivent être en lien avec la finalité de leurs champs de pratique respectifs [1,2].

La complémentarité des disciplines devrait faciliter l'accompagnement du client et de ses proches. Pourtant, la méconnaissance des autres professions, le chevauchement de certains rôles [6], les communications déficientes et la crainte de perdre son unicité [7-11] compliquent parfois le partage des responsabilités dans nos milieux de pratique [7]. Cette situation met en évidence le besoin de développer des compétences liées à la CIP en contexte de traitement de la dysphagie, et ce, dès la formation universitaire. L'exposition des étudiants à des occasions de CIP permettrait de transcender les silos disciplinaires en contribuant au développement d'attitudes et d'habiletés particulières (communication, leadership collaboratif) ainsi qu'à une meilleure connaissance des rôles des autres professionnels œuvrant auprès des personnes dysphagiques [12-14].

Depuis 2015, les enseignants des programmes d'ergothérapie, d'orthophonie et de nutrition de l'Université Laval ont développé des partenariats pour permettre aux étudiants de se familiariser avec les autres professions pour favoriser la CIP en dysphagie (p ex. cours magistraux enseignés conjointement). L'offre de formation interprofessionnelle en dysphagie ne comportait pas d'occasions de mieux connaître les autres programmes

[1] Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines. Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines RAPPORT D'ÉTAPE. Novembre 2003, p 363

[2] ibid, p 240

dans un contexte expérientiel [15]. Cela a donné lieu, à l'hiver 2019, au développement d'une activité d'innovation pédagogique réunissant des étudiants des trois programmes.

Cette activité, entièrement développée et réalisée en CIP, avait comme objectifs de :

1. Reconnaître les avantages et les défis d'une saine CIP ;
2. Enrichir les connaissances des étudiants sur les compétences des différents professionnels appelés à intervenir dans le traitement de la dysphagie ;
3. Commencer le développement d'attitudes et de comportements favorisant le travail collaboratif ;
4. Porter un regard réflexif sur le déroulement de l'activité interprofessionnelle telle que vécue et sur ses propres dispositions à collaborer en équipe ;
5. Se sensibiliser aux rôles d'acteur de changement bénéfique à la CIP en situation de dysphagie.

La sélection des moyens pédagogiques a permis aux étudiants : 1) d'expérimenter le travail en CIP autour d'un cas clinique ; 2) d'être témoins d'un enseignement et d'échanges cliniques en CIP ; 3) de maintenir un regard réflexif sur leur démarche d'apprentissage en CIP.

MÉTHODOLOGIE

Participants

Au total, 134 étudiants issus des trois programmes ont participé à l'activité, dont 33 en nutrition, 51 en orthophonie et 50 en ergothérapie. Pour favoriser la collaboration, les enseignants ont réuni des étudiants ayant un niveau de formation similaire en dysphagie (3e année et dernière année de formation, expérience de stages).

Démarche pédagogique

Puisque la CIP s'actualise dans les échanges [8], les enseignants d'orthophonie, d'ergothérapie et de nutrition ont entrepris d'exposer conjointement les étudiants de ces trois disciplines à l'analyse d'un cas clinique, suivie d'une démarche réflexive sur la CIP. Les étudiants ont été répartis en trois sous-groupes interdisciplinaires d'environ 45 étudiants. L'animation et la rétroaction dans chacun des sous-groupes étaient assurées par une équipe composée de trois cliniciens de chacune des professions et d'un enseignant responsable des activités réflexives.

> L'exposition des étudiants à des occasions de CIP permettrait de transcender les silos disciplinaires en contribuant au développement d'attitudes et d'habiletés particulières (communication, leadership collaboratif) ainsi qu'à une meilleure connaissance des rôles des autres professionnels œuvrant auprès des personnes dysphagiques [12-14].

Avant le cours, les étudiants devaient prendre connaissance des documents des trois ordres professionnels sur l'intervention en dysphagie et se familiariser avec des extraits pertinents du dossier du client pour l'étude de cas [16-21]. L'atelier de formation interprofessionnelle, d'une durée de 3h30, comportait quatre principales activités : un exposé magistral, une activité de familiarisation, une étude de cas et des activités réflexives. L'exposé magistral résumait l'état des connaissances et le contexte clinique de CIP en dysphagie. S'ensuivait une activité de familiarisation où les participants faisaient connaissance, échangeant en équipe interprofessionnelle sur leurs expériences et perceptions quant à l'implication des différentes professions dans le domaine de la dysphagie. Moyen pédagogique privilégié, l'étude de cas est une démarche efficace pour encourager une équipe d'apprenants à collaborer à un plan de traitement [22]. De plus, cette modalité favorise l'établissement d'un lien direct entre l'expérience pédagogique et la future pratique [15]. L'étude de cas était inspirée de la situation complexe vécue par un client présentant une dysphagie neurogène. Lors de cette activité, un résumé des notes au dossier du client et des extraits vidéo des différentes étapes de l'évaluation clinique de la déglutition et de la capacité de s'alimenter ont graduellement été présentés : entrevue initiale, examen oral périphérique, test de la gorgée d'eau, observation de repas et vidéofluoroscopie. En se fondant sur les informations relatives au client qui leur avaient été transmises, les étudiants devaient échanger en équipe interprofessionnelle (trois à six personnes) sur : 1) leurs observations cliniques ; 2) leur analyse de la déglutition et de l'alimentation du client ; 3) les éléments les disposant à réaliser des prises de décisions partagées afin d'évoluer dans la démarche liée au cas clinique. Ces échanges alter-

naient avec des plénières et des discussions de cas entre cliniciennes (ces dernières servant de modèles à émuler). C'est en observant les comportements et les échanges entre ces professionnels que les étudiants se familiarisent avec les différentes professions et apprennent à interagir avec leurs collègues [23].

Des activités réflexives ont été introduites pendant et à la fin de l'atelier. La pratique réflexive favorise le développement des connaissances, des habiletés et des attitudes nécessaires à la CIP [24]. Les questions aux étudiants portaient essentiellement sur : 1) leurs apprentissages des avantages et des défis de la CIP ; 2) l'expérience vécue en équipe : la détermination des éléments facilitant ou limitant les interactions ; 3) l'expérience personnelle de CIP : compétences et attitudes à conserver et à peaufiner. Finalement, les étudiants se prononçaient sur les retombées probables de cette expérience dans leurs stages et leur pratique future.

Résultats

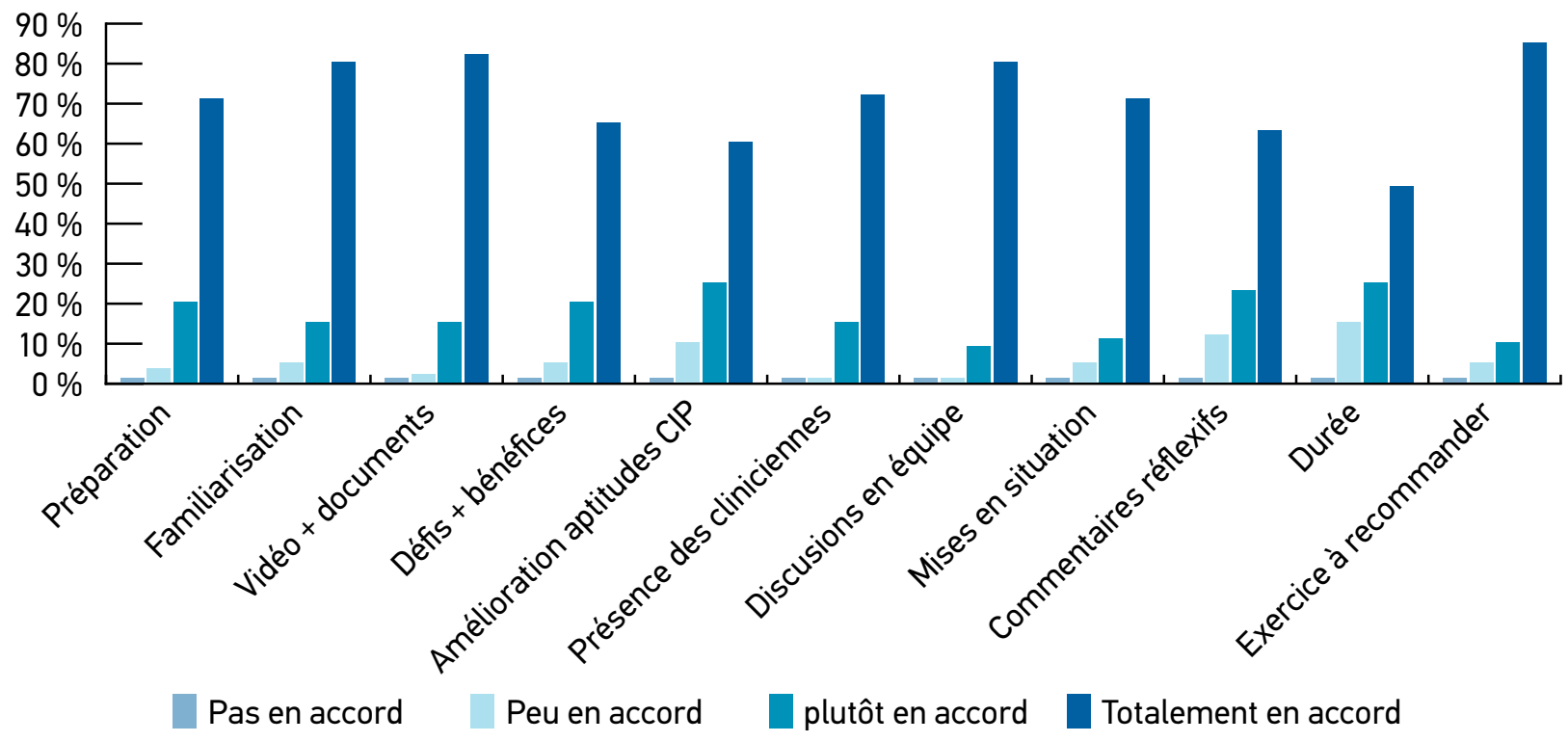
À la fin de l'exercice, tous les étudiants ont rempli un questionnaire d'évaluation des différentes composantes de l'activité illustrées à la figure 1. Ils devaient aussi nommer et expliquer ce qu'ils avaient le plus apprécié de l'atelier et suggérer les améliorations à y apporter.

Sur 134 étudiants, 97,2 % des réponses étaient favorables (totalement ou plutôt en accord). Le seul critère pour lequel le niveau d'appréciation était inférieur à 94 % concernait la durée de l'activité et le moment choisi. Certains disaient avoir manqué de temps, alors que d'autres jugeaient l'activité trop longue.

Les commentaires des étudiants ont été analysés de façon qualitative et présentés sous forme synthétique. Selon cette analyse, les éléments les plus appréciés étaient : 1) le caractère réel du cas clinique ; 2) les échanges entre les étudiants des trois disciplines ; 3) les discussions entre les cliniciens qui animaient le cours. Le recours à une situation clinique réelle leur a permis de faire le lien avec la pratique : *« Le fait que le laboratoire soit basé sur un vrai cas nous permet d'avoir accès à la réalité clinique et de faire le pont avec la pratique. »* Les étudiants ont également apprécié les échanges avec leurs pairs des autres disciplines qui leur ont permis d'aller au-delà de leurs idées préétablies : ***« J'ai beaucoup apprécié pouvoir échanger avec les autres professionnels et déconstruire certains préjugés. »*** Par ailleurs, la présence dans l'équipe d'animation de cliniciens de chaque discipline a aidé les étudiants à comprendre comment les professions se complètent : *« La présence des cliniciens m'a permis de constater l'importance de la complémentarité des disciplines. »*

Les étudiants ont rapporté que cette expérience pédagogique a donné lieu aux apprentissages suivants : 1) une meilleure connaissance des autres professions et de la complémentarité des trois disciplines en matière de dysphagie ; 2) une conscientisation accrue à l'importance de la CIP, surtout pour les situations complexes ; 3) une plus grande propension à recourir à la CIP pour le traitement de la dysphagie. Le cours leur a permis de mieux connaître les contributions de chacune des trois professions : *« J'en ai appris plus sur les professions et leurs rôles, ce que les autres peuvent apporter en équipe interprofessionnelle. »* Aussi, le cours a augmenté la confiance des participants à prendre une décision com-

Figure 1. Taux d'appréciation de l'activité selon différents critères



mune : *« L'activité a augmenté ma confiance professionnelle à travailler en dysphagie. En travaillant en équipe, nos décisions sont plus fortes. »* Par ailleurs, l'atelier de formation interprofessionnelle, en favorisant l'ouverture à l'autre, a encouragé le travail d'équipe : *« Nous arriverons plus prêtes et plus ouvertes à travailler en CIP si c'est de cette façon qu'on apprend. »*

Les étudiants se sont exprimés sur la formule pédagogique proposant des améliorations touchant notamment : 1) le moment de la tenue de l'atelier ; 2) la durée de l'atelier ; 3) la clarification des rôles et des compétences des différents professionnels. En leurs propres mots, les étudiants ont spécifié : « J'aurais aimé que le labo ait lieu à un moment moins chargé. » Selon eux, la durée du laboratoire a également freiné leur participation : « À la fin, il était difficile de rester concentré et cela ne favorisait plus les échanges en collaboration. » Par ailleurs, certains participants ont rapporté qu'ils auraient souhaité une définition plus claire des rôles professionnels : « Davantage préciser et démystifier les rôles de chacun des professionnels. » Il avait toutefois été précisé aux étudiants qu'ils vivraient un processus expérientiel de CIP au lieu de se voir présenter de façon formelle les rôles des professionnels intervenant dans le traitement de la dysphagie. En en faisant l'expérience, les étudiants seraient plus à même de comprendre le fonctionnement de la CIP, une connaissance plus utile que celle, théorique, des actes posés respectivement par les nutritionnistes, les ergothérapeutes et les orthophonistes.

Discussion

La formation interprofessionnelle désigne les occasions au cours desquelles les étudiants d'au moins deux disciplines apprennent avec les autres, des autres et sur les autres [25]. Cet atelier de formation a fourni ces occasions d'apprentissage lors des nombreuses discussions interprofessionnelles en équipes et de l'exposition des étudiants aux échanges collaboratifs des cliniciens. La participation des cliniciens, le rassemblement des étudiants de trois programmes dont le niveau de formation était similaire et le choix d'une situation complexe qui interpelle les trois disciplines étaient des facteurs facilitateurs [26]. Par ailleurs, Boet et collaborateurs [27] ont relevé divers obstacles liés à la communication ; à la coordination et à la motivation de l'équipe d'animation lors de la planification et de la mise en œuvre de l'activité ; à l'anticipation des défis logistiques et aux moyens déployés pour les surmonter. Ce sont de tels défis que nous avons rencontrés et relevés pour mener à bien cette formation.

> En vivant des expériences positives de CIP dans un contexte de traitement de la dysphagie, les étudiants seront certainement mieux préparés à la pratique collaborative en clinique.

De nombreuses études rapportent que l'intégration d'expériences de formation interprofessionnelle dans les cours en sciences de la santé amène les étudiants à apprendre et à exercer leurs compétences interprofessionnelles [28-30]. Les commentaires des étudiants corroborent cette affirmation puisqu'ils rapportent avoir une meilleure connaissance des compétences des autres professionnels et de la complémentarité de leurs disciplines respectives. Plusieurs conditions facilitantes étaient réunies : activité de familiarisation préalable à la démarche clinique en CIP, niveau de formation similaire des étudiants, peu ou pas d'expériences conflictuelles liées à la dysphagie. Ces conditions ont disposé les étudiants à s'ouvrir à leurs pairs et à apprécier les résultats concluants que la CIP peut apporter.

Cette approche favorise une vision holistique du patient et une démarche plus sécuritaire considérant que rien n'est laissé dans l'ombre [8,31]. Les étudiants mentionnent avoir développé une confiance professionnelle lors de la prise de décisions en équipe. Ils sont ainsi susceptibles d'éprouver une satisfaction à travailler en CIP dans les milieux cliniques ; cette collaboration, bénéfique pour les clients et leurs proches, améliore le climat de travail.

Le recrutement des cliniciens a été laborieux dans le contexte actuel où la CIP en dysphagie constitue un enjeu majeur dans certains milieux. L'hétérogénéité des expériences cliniques en dysphagie et en CIP, en dépit d'un niveau de formation semblable, créait chez certains étudiants, un sentiment d'inégalité. Toutefois, cela reflète la réalité des milieux de pratique [32]. La coordination interfacultaire compliquait la transmission des documents aux étudiants. Finalement, l'élaboration de l'activité a nécessité un temps considérable pour les animateurs et leurs collaborateurs.

Malgré un taux de satisfaction très élevé des étudiants, les résultats ne permettent pas d'affirmer que cette activité à elle seule soit efficace pour améliorer la pratique collaborative. Toutefois, si l'on ne mentionne pas les obstacles (rôles mal définis, communication et coordination laborieuses, ressources financières et temporelles

limitées, etc.), la CIP risque de demeurer une source de conflits [30,32,33]. C'est pourquoi il est indispensable de poursuivre des initiatives visant à promouvoir la CIP en milieu clinique.

Conclusion

La dysphagie s'inscrit souvent dans un contexte clinique complexe pouvant nécessiter la collaboration de plusieurs professionnels. Reposant sur les expériences vécues et les relations interpersonnelles, cette coopération vise la mise en commun des expertises vers l'atteinte d'un objectif commun : le mieux-être des patients.

Même s'il ne résout pas toutes les difficultés vécues dans certains milieux cliniques, cet atelier de formation interprofessionnelle est certainement un pas dans la bonne direction. En vivant des expériences positives de CIP dans un contexte de traitement de la dysphagie, les étudiants seront certainement mieux préparés à la pratique collaborative en clinique. L'équipe enseignante souhaite poursuivre l'intégration d'étudiants d'autres disciplines impliquées dans le traitement de la dysphagie au cours de la prochaine année. Cela permettra d'apporter un éclairage sur des questions qui n'ont pu encore être étudiées. Enfin, une concertation des milieux universitaires et cliniques est essentielle pour poursuivre les efforts visant le développement des compétences interprofessionnelles en matière de dysphagie. ■

Photographie : Rémy Gendron. Source : Université Laval.

Remerciements

L'équipe tient à remercier :

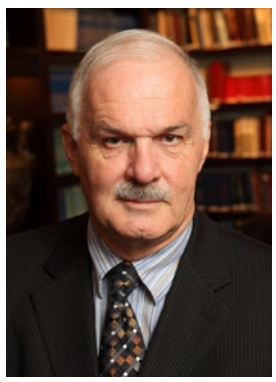
> Le patient, sans qui l'activité n'aurait pas pu avoir lieu ;
> Les cliniciennes qui ont pris part à l'activité avec grand enthousiasme : Julie Pouliot et Jacinthe Bédard (ergothérapeutes), Marie-Claude Alain et Stéphanie Michon (nutritionnistes), Evelyne French et Marie-Hélène Pelletier-Gamache (orthophonistes) ;
> Amélie Paquet (ergothérapeute) et Andréanne Michaud (nutritionniste), pour leur importante implication à l'élaboration et à l'animation de cette activité ;
> Ann Payne, coordonnatrice des stages en nutrition, pour son implication dans l'activité de familiarisation et pour la libération des stagiaires en nutrition de leur milieu de stage ;
> Andréane Beaulieu, conseillère pédagogique au Vice-décanat à la pédagogie et au développement professionnel continu, pour son soutien dans la démarche pédagogique ;
> Le bureau de soutien à l'enseignement de l'Université Laval pour le soutien financier grâce au Programme d'aide à l'innovation pédagogique ;
> Le Département de réadaptation et l'École de nutrition de l'Université Laval pour leur appui au projet.

Références

1. Brûlé A-M, Drolet M-J. Exploration des dilemmes éthiques entourant le traitement de la dysphagie à l'enfance et leurs solutions : perceptions d'intervenants. BioéthiqueOnline. 2018;6:1-16.
2. Asselin G, Larocque B, Pellerin M-A, Coulombe M, Rhainds M. Pratiques optimales d'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée. Québec : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec – Université Laval; 2015. p. 13-49.
3. Williams S, Witherspoon K, Kavsak P, Patterson C, McBlain J. Pediatric feeding and swallowing problems: An interdisciplinary team approach. Can J Diet Pract Res. 2006;67(4):185-90.
4. Bruns DA, Thompson SD. Feeding challenges in young children: Toward a best practices model. Infants Young Child. 2010;23(2):93-102.

5. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. Guide d'implantation du partenariat de soins et services - Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient. [En ligne]. Montréal: Réseau universitaire intégré en santé, Université de Montréal; 2014. Disponible: http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf.
6. [En ligne]. Éditeur officiel du Québec. Code des professions; 2019 [cité le 1 mai 2019]. Disponible: http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/C-26.pdf.
7. [En ligne]. Gagné A (OPDQ), Bibeau A (OEQ), Caouette M-P (OOAQ). Entente historique entre les ordres dans le dossier de la dysphagie.; 2011 [cité le 29 nov 2018]. Disponible: https://opdq.org/wp-content/uploads/2013/07/Comm_DysphagieChum_2011.pdf.
8. Green BN, Johnson CD. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. J Chiropr Educ. 2015;29(1):1-10.
9. Inuwa IM. Interprofessional Education (IPE) Activity amongst Health Sciences Students at Sultan Qaboos University : The Time is Now ! Sultan Qaboos Univ Med J. 2014;12(4):435-41.
10. Sundberg K, Reeves S, Josephson A, Nordquist J. Framing IPE. Exploring meanings of interprofessional education within an academic health professions institution. J Interprof Care. 2019;1-8.
11. Fletcher S, Whiting C, Boaz A, Reeves S. Expanding postgraduate clinical research capacity: an exploration of key resistances. J Furth High Educ. 2019;1-13.
12. Kaba A, Dubé M, Charania I, Donahue M. Collaborative practice in action: Building interprofessional competencies through simulation based education and novel approaches to team training. Heal Educ Care. 2019;3(2):1-9.
13. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(3).
14. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS). Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Vancouver : College of Health Disciplines, University of British-Columbia; 2010.
15. Bainbridge L, Wood VI. The power of prepositions: A taxonomy for interprofessional education. J Interprof Care. 2013;27(2):131-6.
16. [En ligne]. Ordre professionnel des diététistes du Québec. Intervention spécifique au diététiste en dysphagie; 2006 [cité le 1 févr 2019]. Disponible: https://www.opdq.org/wp-content/uploads/2013/08/OPDQ_AvisDysphagie_2006.pdf.
17. 2015 [En ligne]. Les diététistes du Canada. Définir le rôle des diététistes dans l'évaluation et la gestion de la dysphagie; [cité le 1 févr 2019]. Disponible : https://www.dietitians.ca/Downloads/Public/Dysphagia-Role-Paper-2015-french.aspx.
18. [En ligne]. Ordre des ergothérapeutes du Québec. Au-delà de la dysphagie, la personne avant tout - Rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant des difficultés à s'alimenter ou à être alimentées; 2006 [cité le 1 févr 2019]. Disponible: https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/13-v-au-dela-de-la-dysphagie-la-personne-avant-tout-role-de-lergotherapeute-aupres-des-personnes-presentant-des-difficultes-a-salimenter-ou-a-etre-alimentees.pdf.
19. [En ligne]. Association canadienne d'ergothérapie. Position officielle de l'ACE L'alimentation, la déglutition et l'ergothérapie; 2010 [cité le 1 févr 2019]. Disponible: https://www.caot.ca/document/4198/L.
20. [En ligne]. Association québécoise des orthophonistes et audiologistes du Québec. Dysphagie; 2019. Disponible: https://aqoa.qc.ca/dysphagie-2/.
21. [En ligne]. Orthophonie et Audiologie Canada. Exposé de position d'OAC sur la dysphagie chez les adultes; 2007. Disponible: https://www.oac-sac.ca/system/files/resources/sac-oac-dysphagia_in_adults_pp_fr.pdf.
22. Drynan D, Murphy S. Understanding and facilitating interprofessional education. A guide to incorporating interprofessional experiences into the practice education setting. 2e éd. [En ligne]. Vancouver : University of British-Columbia; 2013. 58 p. Disponible: http://physicaltherapy.med.ubc.ca/files/2012/09/IPE-Guide-2nd-ed.-May-2012.pdf.
23. Paré L, Maziade J, Pelletier F, Houle N, Iloko-Fundi M. Training in interprofessional collaboration. Can Fam Physician. 2012;58(4):203-9.
24. Richard A, Gagnon M, Careau E. Using reflective practice in interprofessional education and practice: a realist review of its characteristics and effectiveness. J Interprof Care. 2018;1-13.
25. Barr H. Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow. London, UK : Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network; 2002.
26. Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI); 2014.
27. Boet S, Bould MD, Layat Burn C, Reeves S. Twelve tips for a successful interprofessional team-based high-fidelity simulation education session. Med Teach. 2014;36(10):853-7.
28. Bonello M, Morris J. Institutionalizing interprofessional education in small states: perspectives from faculty and key stakeholders in Malta. J Interprof Care. 2019;1-8.
29. Harrison-Bernard LM, Naljayan M V, Mercante DE, Gunaldo TP, Edwards S. Longitudinal interprofessional education in a graduate physiology course. Adv Physiol Educ. 2019;43(2):241-5.
30. Khalili H, Orchard C, Laschinger HKS, Farah R. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. J Interprof Care. 18 nov 2013;27(6):448-53.
31. Morley L, Cashell A. Collaboration in Health Care. J Med Imaging Radiat Sci. 2017;48(2):207-16.
32. Lawlis TR, Anson J, Greenfield D. Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: A literature review. J Interprof Care. 2014;28(4):305-10.
33. Paradis E, Whitehead CR. Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954-2013. Med Educ [En ligne]. 2015;49(4):399-407. Disponible: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25800300%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4405053.

SUIVRE UN PATIENT QUI REFUSE LE PLAN DE TRAITEMENT NUTRITIONNEL SUGGÉRÉ : QUELLE EST LA RESPONSABILITÉ DE LA DIÉTÉTISTE/NUTRITIONNISTE ?



Mise en situation

Vous suivez un patient dysphagique. Après l'évaluation nutritionnelle qui comprend l'évaluation de la déglutition, vous déterminez que l'alimentation par voie orale n'est pas sécuritaire pour le patient. Vous suggérez donc de la cesser et d'opter pour l'alimentation entérale seulement. Le patient refuse. Devez-vous accompagner le patient dans ce choix malgré les risques ? Devez-vous cesser de lui rendre des services, car cela n'est pas sécuritaire ? De quelle façon engagez-vous votre responsabilité dans cette situation ? L'équipe de la revue Nutrition — Science en évolution a soumis le cas à un expert du droit des patients, Me Jean-Pierre Ménard, Ad.E.

Me Jean-Pierre Ménard, Ad. E., Ménard Martin, Avocats
Virginie Bernier-Bastien, étudiante en droit chez Ménard Martin, Avocats

Dans ce contexte, la diététiste/nutritionniste d'un patient dysphagique **se doit de l'accompagner dans ce choix,** et ce, malgré les risques. Toutefois, certaines conditions s'appliquent. En effet, le patient doit être apte à consentir aux soins et avoir donné un refus libre et éclairé.

Afin d'étudier globalement les implications du refus d'un traitement par un patient dysphagique, il convient avant tout de définir ce qu'est un consentement dans un contexte de soins. Le consentement est défini comme l'expression de la volonté de la personne à la suite d'un échange d'information.

Le consentement aux soins ramène le pouvoir décisionnel entre les mains du patient plutôt que dans celles du professionnel de la santé.

Dans une décision importante de la Cour supérieure du Québec [1], l'alimentation est considérée comme un soin de base [2]. Cette décision établit notamment que **le droit de refus prime sur l'obligation de fournir les soins de base, soit l'alimentation et les breuvages** [3]**.** Ainsi, un patient dysphagique a un droit de refus sur la prestation des soins de sa diététiste/nutritionniste.

Il importe de savoir que le droit de consentir aux soins comporte le droit de les refuser. Le refus des soins peut être exprimé à tout moment, avant qu'ils ne soient prodigués ou pendant le traitement. Cette situation est alors qualifiée d'interruption ou de cessation de traitement. Elle découle du droit à l'autonomie et à l'inviolabilité de la personne.

Le principe d'autonomie de la personne lui garantit le respect de sa décision, pourvu qu'elle soit apte à consentir, qu'elle soit majeure et que la loi ne limite pas expressément l'exercice de sa volonté. À cet effet, l'article 11 du Code civil du Québec rappelle que :

« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujetti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer [4]*. »*

Le principe de l'inviolabilité de la personne est défini à l'article 10 du Code civil du Québec. *Le consentement doit avoir deux grandes caractéristiques : il doit* ***être libre et éclairé.*** *Le consentement doit ainsi découler avant tout de l'exercice du libre arbitre de la personne : c'est l'expression de sa volonté propre, sans influence indue, pression ou menace, sans résulter de l'altération des facultés de la personne et sans erreur sur le traitement ou sur la personne qui le reçoit. La personne doit ensuite donner un consentement éclairé, c'est-à-dire qu'elle doit prendre sa décision en pleine connaissance de cause. À cet effet, les informations suivantes doivent être divulguées à la personne afin qu'elle donne un consentement éclairé :*

1. Diagnostic et pronostic ;
2. Nature du traitement projeté ;
3. Procédure ;
4. Avantage du traitement ;
5. Risques et effets possibles du traitement ;
6. Conséquence d'un report ou d'un refus ;
7. Traitements alternatifs.

Suivant la communication d'un consentement libre et éclairé, pour que le consentement aux soins soit valide, la personne doit être apte à consentir. À cet effet, le Code civil du Québec prévoit à l'article 4 une présomption générale d'aptitude. Ainsi, la loi présume qu'une personne est apte à consentir pour recevoir un soin.

Afin d'évaluer l'aptitude, le professionnel de la santé devrait se poser ces cinq questions [5] :

1. La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ?
2. La personne comprend-elle la nature et le but du traitement ?
3. La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit?
4. La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement ?
5. La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie ?

Il est important de noter que l'aptitude à consentir est une question de fait déterminée au moment où le consentement doit être obtenu.

En ce qui concerne le refus de consentir, **le principal effet juridique du retrait du consentement est qu'il met fin aux obligations de ceux qui donnent des soins au patient, soit les professionnels de la santé et les établissements.** Ces derniers n'assument plus de responsabilité à l'égard du patient pour tout ce qui arrivera après son refus de traitement et le patient assume seul ces conséquences, à moins qu'il ne puisse établir que son évolution subséquente découle des soins reçus avant l'expression de son refus. Ainsi, concernant l'exemple du patient dysphasique cité, advenant des conséquences telles la dénutrition et ses conséquences ou voire même le décès suite à l'alimentation orale, la diététiste/nutritionniste ne pourrait en assumer la responsabilité suivant le refus du patient d'adhérer au plan de traitement nutritionnel suggéré.

La diététiste/nutritionniste a le devoir d'informer son patient des conséquences encourues en cas de refus ou de report de l'intervention. Le patient doit également être informé de l'évolution prévisible de son état advenant le refus ou l'interruption du traitement.

En cas de refus catégorique de traitement par le patient, la diététiste/nutritionniste devra alors lui offrir le suivi jusqu'à sa prise en charge par un autre professionnel. Comme pour toute intervention, la diététiste/nutritionniste devrait consigner au dossier la démarche effectuée auprès du patient pour obtenir son consentement ou documenter le refus, la cessation ou l'interruption des soins.

Si le patient est inapte à consentir ou que son refus est injustifié, il est possible d'obtenir l'autorisation du tribunal en suivant la procédure décrite à l'article 16 du Code civil du Québec [6].

La procédure décrite à l'article 16 du Code civil du Québec est une demande d'autorisation judiciaire des soins. Cette ordonnance a pour effet de permettre aux professionnels de la santé de prodiguer des soins malgré l'opposition de la personne ou de son représentant.

Messages clés à retenir :

- La diététiste/nutritionniste doit permettre au patient de donner un consentement libre et éclairé ;
- Le patient apte à consentir peut à tout moment retirer son consentement au traitement nutritionnel ;
- Le droit de refus prime sur l'obligation de fournir des soins de base ;
- La diététiste/nutritionniste doit accompagner le patient, malgré le refus du plan de traitement nutritionnel ;
- Le refus du consentement met fin aux obligations de la diététiste/nutritionniste quant aux conséquences d'un tel refus ;
- Le site web : **vosdroitsensante.com** est une précieuse ressource concernant les droits des patients du système de santé des québécois. ■

Références

1. Manoir de la Pointe Bleue (1978) inc. c. Corbeil, [1992] R.J.Q. 712.
2. Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. Van Landschoot, 2014 QCCS 4284, par. 22 et 26 et Manoir de la Pointe Bleue (1978) inc. c. Corbeil, par. 94.
3. Manoir de la Pointe Bleue (1978) inc. c. Corbeil, par. 94.
4. Code civil du Québec, art.10.
5. F.D. c. CUSM, 2015 QCCA.
6. Code civil du Québec, art.16.

LE PROGRAMME « LES BRIGADES CULINAIRES » DE LA TABLÉE DES CHEFS, UNE INITIATIVE QUÉBÉCOISE D'ÉDUCATION ALIMENTAIRE, CULINAIRE ET NUTRITIONNELLE INSPIRANTE POUR LE RESTE DU CANADA

Marie Marquis, Dt.P., Ph. D., Directrice du Département de nutrition, professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal

La perte des compétences culinaires des jeunes est un sujet d'actualité incluant des concepts de plus en plus élaborés qui invitent à explorer le thème de la cuisine dans toute sa complexité [1-3]. Les changements sociaux sous-jacents à cette préoccupation sont multiples : la difficulté des parents à concilier travail et famille, limitant l'exposition des enfants aux activités de préparation culinaire, la fréquence des repas pris hors domicile, la consommation accrue de mets prêts-à-assembler, prêts-à-cuire ou prêts-à-manger ainsi que le nombre limité d'occasions de développer les compétences culinaires au sein du système d'éducation. Ainsi, au Québec, déjà en 2004, dans le cadre de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois [4], Lise Bertrand écrivait :

« Les résultats mettent aussi en exergue l'impact négatif de l'abandon des programmes éducatifs en nutrition dans le milieu scolaire. Les jeunes ne reçoivent en effet plus de notions de base sur les aliments ; ils ne sont pas conscientisés sur les pratiques de transformation des aliments ni sur les pratiques de marketing qui les visent. On remarque, chez les jeunes parents, une absence grandissante des habiletés sur le plan culinaire qui leur permettrait d'assurer une alimentation équilibrée à leur famille et qui leur permettrait aussi de transférer ces connaissances à leurs enfants… Les renseignements transmis à l'école ne le sont que de manière ponctuelle. Les milieux de la santé, de l'éducation et de la production alimentaire semblent avoir relégué leurs responsabilités éducatives à l'industrie alimentaire et aux médias. Un sérieux virage s'impose donc afin de remettre l'éducation des enfants sur le plan alimentaire à l'ordre du jour. »

Aussi, en 2010, le gouvernement canadien documentait des initiatives inspirantes sur ce sujet. Puis en 2017, dans la foulée des multiples discours et prises de paroles entourant les compétences culinaires des jeunes [5], le gouvernement du Québec jugeait

qu'il était prioritaire d'offrir aux jeunes des cours sur l'alimentation. Cette priorité correspond à un objectif (1.1.3) de la Politique bioalimentaire du Québec intitulé : « Soutenir le développement des connaissances et des compétences alimentaires et culinaires des Québécois en milieu scolaire » [6].

Le programme « Les Brigades culinaires » de la Tablée des chefs est l'une des initiatives québécoises visant à répondre à cette problématique. Il est offert comme activité parascolaire dans les écoles secondaires du Québec.

Le programme « Les Brigades culinaires » de la Tablée des chefs

Par l'entremise d'ateliers culinaires théoriques et pratiques et d'activités de préparation et d'organisation de défis culinaires, le programme a pour **principal objectif** de développer l'autonomie alimentaire des jeunes âgés de 12 et 17 ans par l'acquisition de compétences culinaires et de connaissances en alimentation.

Le programme comporte les objectifs spécifiques suivants :

- Permettre aux jeunes de devenir des agents de changement dans leur milieu et les impliquer dans la démarche d'adoption de saines habitudes de vie de leur école ;
- Inciter les jeunes à participer à la vie scolaire à travers des défis culinaires ;
- Sensibiliser les jeunes à la diversité alimentaire des différentes cultures, les impliquer activement face à la saine alimentation dans leur école et éveiller leur conscience face aux besoins des organismes de dépannage alimentaire de leur communauté.

Présentation du programme

Le programme a d'abord été déployé en 2012 à titre de projet pilote pour en démontrer la faisabilité dans les écoles secondaires du Québec. L'intérêt, les connaissances et les aptitudes alimentaires des jeunes ont été évalués par diverses mesures avant et après cette phase de démonstration. Les résultats ont confirmé la pertinence du projet dans tout le Québec. Ainsi, dès 2013, le projet a été mis en œuvre chaque année sans interruption. Pour l'année 2018-2019, le programme Les Brigades culinaires était actif dans 145 écoles : 125 écoles de 17 régions du Québec et, pour la première fois, 20 écoles dans chacune des autres provinces du Canada.

Le programme comprend 20 ateliers culinaires pratiques et trois défis pour apprendre à cuisiner ainsi qu'approfondir des notions culinaires et nutritionnelles. Les défis comptent une corvée alimentaire destinée à un organisme communautaire, le développement d'une collation nutritive et l'organisation d'une foire culturelle. Chaque année, les ateliers se terminent avec une compétition entre brigades d'une même école à l'issue de laquelle les quatre meilleures brigades du Québec participent à une grande finale provinciale vivement attendue.

Sous l'animation d'un chef formateur qualifié, le programme permet aux jeunes d'apprendre les techniques culinaires de base et l'utilité des équipements les plus couramment utilisés en cuisine. Ces apprentissages leur permettent de réaliser des recettes simples et pratiques qu'ils pourront facilement intégrer à leur réalité quotidienne. Sensibilisés à l'importance d'avoir une saine alimentation au fil des ateliers, ils découvrent de plus un nouveau répertoire alimentaire.

Le contenu du programme est standardisé ; un guide complet du formateur précise les activités de chaque atelier (recettes) et les messages alimentaires et nutritionnels à transmettre. Au fil des années, le contenu des messages nutritionnels, les recettes et les critères de développement de recettes de collations nutritives ont été validés par les diététistes/nutritionnistes d'Extenso, le centre de référence en nutrition.

Mesures d'évaluation des ateliers des Brigades culinaires

Depuis 2013, des instruments de mesure permettent d'évaluer l'atteinte des objectifs du programme avec des questionnaires autoadministrés que les jeunes remplissent au début de la saison (avant les ateliers, mesure pré) et après le dernier atelier (mesure post). Les mesures concernent les apprentissages culinaires, les connaissances techniques et nutritionnelles, les intentions comportementales et les retours d'informations vers la famille. Cette évaluation a fait l'objet d'une approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal. Les parents et les jeunes doivent donc exprimer par écrit leur consentement pour participer à cette collecte de données.

Au fil des années, des collectes de données complémentaires se sont ajoutées aux mesures d'atteinte des objectifs. Par exemple, des mesures des perceptions, inspirées de divers cadres théoriques, ont été ajoutées pour explorer qualitativement le sens donné par les jeunes au terme « cuisiner » ainsi que leur perception du végétarisme. Des données comportementales ont été intégrées en 2018 pour documenter leurs perceptions des normes sociales entourant la consommation de boissons par les jeunes de leur entourage et celles des facteurs limitant l'acte de cuisiner au sein des familles québécoises. Ces riches bases de données permettent la réalisation de projets de maîtrise en nutrition.

Limites et forces

Le principal défi de ce programme est de maintenir la participation des jeunes aux nombreux ateliers qui s'échelonnent chaque année d'octobre à mai. Si l'attrition est inévitable, la compréhension de ses causes

est prioritaire. Des mesures complémentaires axées sur les processus sont menées par une équipe de chercheurs en vue de comprendre les difficultés rencontrées par les écoles, les jeunes et les formateurs et les conditions gagnantes pour tout un chacun.

Avec le nombre croissant d'écoles et de provinces participantes, la logistique de déploiement des ateliers, prise en charge par une équipe de coordonnateurs de La Tablée des chefs, est un exercice de taille. La sélection des milieux, le recrutement des chefs formateurs et les considérations éthiques sont autant d'éléments complexifiant le déploiement d'un projet d'envergure.

Notons aussi que les mesures effectuées doivent être brèves pour favoriser un bon taux de réponse. Elles ne sont pas un test de connaissances, mais bien une mesure de la perception des apprentissages autorapportés par les jeunes. Finalement, un dernier défi, d'ordre social, est certainement l'importance de déployer le maximum d'efforts pour que le programme attire un plus grand nombre de participants masculins et davantage de participants avec un minimum d'expériences antérieures en cuisine.

Par ailleurs avec une moyenne de 12 jeunes par école, les banques de données sont considérables et riches en contenu. Si les mesures permettent de confirmer l'atteinte des objectifs, elles permettent aussi de documenter des thèmes contemporains et d'assurer un transfert des connaissances vers différents acteurs, notamment les diététistes/nutritionnistes intervenant en santé publique.

Barrières et éléments facilitant l'utilisation

L'évaluation continue du programme des Brigades culinaires, la motivation des coordonnateurs de La Tablée des chefs à mener ces évaluations annuellement, la notoriété du programme et de ses ambassadeurs, le dynamisme des chefs formateurs, le bouche-à-oreille favorable des jeunes et des directions d'école à l'égard du projet, le support financier rendu possible par la participation de plusieurs partenaires (p. ex. Secrétariat à la jeunesse, Fondation McConnell) en sont les principales forces.

Éléments à retenir

Les Brigades culinaires représentent une initiative québécoise en milieu scolaire. Toutefois d'autres projets visant le développement des compétences culinaires, ciblant d'autres sous-groupes (enfants plus jeunes) ou privilégiant des approches différentes (p ex. jardinage, technologie) sont à surveiller (voir le site du **Lab-École**) [7]. Bien que ne pouvant intervenir auprès des jeunes dans chacun de ces programmes faute de ressources, les diététistes/nutritionnistes peuvent agir en amont comme partenaire pour réviser les contenus nutritionnels véhiculés et comme évaluateur des projets. Les collaborations universitaires en prévision des évaluations sont des conditions facilitantes, car elles permettent l'intégration d'étudiants de différents cycles aux projets en place et assurent une rigueur méthodologique.

Perspectives

La Tablée des chefs envisage de poursuivre l'implantation des Brigades culinaires pour viser un total de 200 écoles en 2019. Le déploiement dans les autres provinces canadiennes va aussi s'intensifier au fil des années. Des efforts sont aussi consacrés à l'adaptation des contenus afin de rejoindre les clientèles des milieux autochtones. ■

Références

1. Food literacy: key concepts for health and education. Edited by Helen Vidgen. Great Britain: Routledge Studies in Food, Society and the Environment, 2016, 262 pages.
2. Chenhall C. Amélioration des compétences culinaires: Synthèse des données probantes et des leçons pouvant orienter l'élaboration de programmes et de politiques. [En ligne]. 2010a [cité le 11 novembre 2018]. Disponible : https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fn-an/alt_formats/pdf/nutrition/child-enfant/cfps-acc-synthes-fra.pdf.
3. Chenhall C. Amélioration des compétences culinaires : Aperçu des pratiques prometteuses au Canada et à l'étranger. Études de cas. [En ligne]. 2010b [cité le 11 novembre 2018]. Disponible: https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fn-an/alt_formats/pdf/nutrition/child-enfant/cfps-acc-profil-apercu-fra.pdf.
4. Institut de la statistique du Québec. Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, Volet nutrition, Québec, chapitre 5. [En ligne]. 2004 [cité le 11 novembre 2018]. Disponible: http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alimentation/enfants-ados-nutrition.pdf.
5. Coalition Poids. Un trio de recommandations pour permettre aux jeunes de développer leurs compétences alimentaires et culinaires à l'école. [En ligne]. 2013 [cité le 11 novembre 2018]. Disponible : http://www.cqpp.qc.ca/documents/file/2013/Trio-recommandations-competences-alimentaires-culinaires-ecole_2013-04.pdf.
6. Gouvernement du Québec, MAPAQ. Politique bioalimentaire 2018-2015-Alimenter notre monde. [En ligne]. 2018 [cité le 11 novembre 2018]. Disponible: https://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/PolitiqueBioalimentaire.pdf.
7. Lab-École. [En ligne] [cité le 11 novembre 2018]. Disponible: https://www.lab-ecole.com/.

RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LIPIDOLOGIE, DE NUTRITION ET DE MÉTABOLISME (SQLNM), DU RÉSEAU DE RECHERCHE EN SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE, DIABÈTE ET OBÉSITÉ (CMDO) ET DE LA PLATEFORME DE RECHERCHE SUR LES COMPLICATIONS DE L'OBÉSITÉ DE L'UNIVERSITÉ LAVAL ET DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE (COLosSUS)

« Santé métabolique et interventions au cours de la vie », tel était le thème de la réunion scientifique annuelle conjointe de la SQLNM, du CMDO et de la plateforme COLosSUS qui s'est déroulée du 6 au 8 février 2019, à Magog-Orford. Les chercheurs et étudiants invités à cet événement transdisciplinaire y ont présenté leurs résultats de recherche à plus de 200 participants. Voici le résumé de quatre des présentations jugées pertinentes pour les diététistes/nutritionnistes.

Camille Dugas, Dt.P., candidate Ph. D., **Mélissa Bélanger,** Dt.P., candidate à la maitrise en nutrition, INAF-Université Laval

LES PARADOXES DU DIABÈTE DE TYPE 2 CHEZ L'ENFANT

Mélanie Henderson, M.D., Ph. D.
Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, Montréal (Canada)

L'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants inquiète plusieurs professionnels de la santé. En 2004, au Québec, 7 % des enfants étaient obèses et 15 % en surpoids. Devant cette hausse de prévalence de l'obésité chez les enfants, doit-on s'inquiéter d'une éventuelle épidémie de diabète juvénile de type 2 ? Dre Mélanie Henderson du CHU de Sainte-Justine s'est intéressée à la question. Elle a présenté les résultats de l'étude QUALITY (Quebec Adiposity and Lifestyle Investigation in Youth), une étude longitudinale portant sur les déterminants des maladies cardiovasculaires et du diabète de type 2 chez l'enfant. Les résultats de cette étude suggèrent que l'état de prédiabète présent chez les enfants et les adolescents pourrait être transitoire. En effet, une forte proportion des 31 enfants âgés de 8 à 10 ans, prédiabétiques au début de l'étude QUALITY, voyaient leur glycémie normalisée à la visite de suivi deux ans plus tard. La chercheuse explique que l'anomalie glycémique à l'âge de 8 ans pourrait être causée par la présence de changements hormonaux, puisque les enfants présentent généralement un état de résistance à l'insuline transitoire pendant la puberté.

Selon Dre Henderson, la prudence est donc de mise avant de prescrire une médication à ces jeunes. L'adoption de saines habitudes de vie pourrait cependant prévenir l'apparition du diabète chez les jeunes en surplus de poids ou obèses. Par exemple, les enfants qui consomment davantage de fruits et légumes présenteraient une meilleure sensibilité à l'insuline. Les diététistes/nutritionnistes jouent donc un rôle primordial auprès de ces jeunes.

CONSÉQUENCES MÉTABOLIQUES DU PROGRAMME CIRCUIT POUR LES JEUNES À RISQUE DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Jean-Luc Bigras, M.D., CHU Sainte-Justine, Montréal (Canada)

Le programme CIRCUIT (Centre d'Intervention en prévention et réadaptation cardiovasculaire pour toute la famille) est codirigé par Dr Jean-Luc Bigras et Dre Mélanie Henderson. Il s'agit d'une intervention personnalisée centrée sur l'environnement de l'enfant et de la famille. Ce projet vise à prévenir les maladies cardiovasculaires chez des enfants à risque. Les familles s'impliquent dans le programme CIRCUIT pendant un ou deux ans. Au cours de cette période, l'état de santé est évalué et des activités portant sur l'alimentation, l'activité physique et la santé psychologique sont réalisées. À ce jour, des 531 participants âgés en moyenne de 12 ans, 91 % étaient obèses, 11 % avaient le diabète et 26 % l'hypertension artérielle. L'analyse du programme a permis de constater une diminution du score Z de l'indice de masse corporelle (−0,3 unité) chez ces enfants de même qu'une diminution du taux de cholestérol total et de LDL. Les enfants ont aussi amélioré leur condition physique globale. Cependant, le haut taux d'abandon du programme (49 %) oblige les chercheurs à penser à de nouvelles stratégies pour améliorer la participation au programme et la rétention. Des capsules Web **(http://www.centrecircuit.com/fr/Capsules-video-CIRCUIT)** sur les différents volets du programme sont d'ailleurs accessibles pour faciliter le transfert des connaissances à la communauté.

LES DÉFIS ASSOCIÉS À L'OBÉSITÉ ET À LA RÉSISTANCE À L'INSULINE DANS LE DIABÈTE DE TYPE 1

Véronique Gingras, Dt.P., Ph. D. Harvard Medical School, Boston (États-Unis)

Le contrôle glycémique représente un défi de taille pour les patients atteints de diabète de type 1. L'équilibre entre la prévention des complications à court (hypoglycémie) et à long terme (complications macro et microvasculaires) et la qualité de vie est souvent difficile à trouver. L'insulinothérapie intensive, nécessaire pour un contrôle glycémique adéquat, est malheureusement associée à une augmentation de l'indice de masse corporelle du patient. C'est ce que démontre l'étude Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications Study. D'autre part, avec l'augmentation de la prévalence globale d'obésité dans la population générale, de plus en plus de patients présentent un double diabète, c'est-à-dire une résistance à l'insuline associée à l'obésité et couplée au diabète de type 1. Mme Gingras mentionne que 12 à 45 % des patients atteints de diabète de type 1 auraient le syndrome métabolique (prévalence variable selon les critères utilisés). À ce jour, il n'existe pas de recommandations particulières pour ces patients. Cependant, l'adoption par ces derniers de saines habitudes de vie (activité physique, saine alimentation et absence de tabagisme) améliorerait significativement leur profil cardiométabolique ; or, seulement 11 % d'entre eux adoptent ces trois habitudes de vie.

AGIR SUR L'OFFRE ALIMENTAIRE : UN INCONTOURNABLE POUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Véronique Provencher, Dt.P., Ph. D. Université Laval, Québec (Canada)

La consommation d'aliments transformés est depuis longtemps découragée par les diététistes/nutritionnistes. Ce message est d'autant plus clair dans le nouveau Guide alimentaire canadien. La composition nutritionnelle des aliments provenant d'une même catégorie de transformation alimentaire est cependant très variable. C'est ce que constate l'équipe de Mme Véronique Provencher, chercheuse responsable de l'Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire au Québec. Ce projet, amorcé en 2016, vise à caractériser l'offre alimentaire des produits se trouvant dans nos supermarchés afin de soutenir l'industrie alimentaire pour améliorer la qualité nutritionnelle des produits transformés consommés par la population québécoise. Jusqu'à présent, l'équipe de recherche a analysé la valeur nutritive de plus de 331 sortes de céréales à déjeuner, un des produits ciblés par le projet. Les résultats montrent que plus de 20 % des céréales à déjeuner sur le marché contiennent au moins 15 g de sucre par portion ; celles qui en contiennent le plus sont celles destinées aux enfants. La moitié des céréales offertes sur le marché contiennent au moins 4 g de fibres alimentaires (correspondant à 15 % de la valeur quotidienne recommandée), un point positif pour le consommateur. Plusieurs autres produits seront analysés par les membres de l'Observatoire au courant des prochaines années. Cette étude de marché permettra de cibler des produits dont la qualité nutritionnelle devrait être améliorée par l'industrie pour favoriser des choix plus sains par les consommateurs. ■

VEILLE SCIENTIFIQUE DE L'ORDRE

En exerçant une veille scientifique, l'Ordre observe les tendances et demeure à l'affut des résultats de la recherche en nutrition. L'Ordre encourage chaque membre à mener sa propre veille scientifique pour répondre à ses propres besoins informationnels. Nous espérons que cette section soit une valeur ajoutée à votre veille scientifique professionnelle !

CRITÈRES DE LA VEILLE

Vu son mandat, l'Ordre effectue une vaste veille scientifique à laquelle plusieurs comités participent; les critères de sélection et les sujets varient selon les besoins et les champs d'intérêt. Toutefois, les références retenues doivent provenir de sources scientifiques crédibles publiées au cours de la dernière année. Les revues de littérature et les méta-analyses sont privilégiées.

NOTEZ BIEN

Les articles énumérés ci-après n'ont pas nécessairement fait l'objet d'une analyse critique approfondie et ne sont diffusés qu'à titre de résultats de veille scientifique. Aussi, votre jugement professionnel et votre sens critique sont de mise pour juger de la valeur de ces études dans votre pratique.

La diffusion de textes en accès libre, bien que privilégiée, ne sera pas toujours possible. L'Ordre ne pourra alors pas fournir l'accès à ces textes pour respecter des exigences légales et le droit d'auteur.

APPEL À TOUS

Pour la section consacrée aux publications scientifiques rédigées par un membre de l'Ordre, nous comptons sur vous pour nous faire connaitre vos publications. Vous pouvez les acheminer par courriel à veille@opdq.org en mentionnant dans l'objet « Publications membres ».

EN LIEN AVEC LA THÉMATIQUE DU DOSSIER

1. **Health and Food Ethics** (numéro special). AMA Journal of Ethics. 2018 Oct; 20 (10): E911-1000.

2. **Role of the Nutrition Support Clinician on a Hospital Bioethics Committee.**
Baird Schwartz D, Pavic-Zabinski K, Tull K.
Nutrition in Clinical Practice. 2019 Aug.

PUBLICATIONS DES MEMBRES DE L'ORDRE

3. **Role of Exercise in the Management of Hepatic Encephalopathy: Experience From Animal and Human Studies.**
Aamann L, Tandon P, Bémeur C.
J Clin Exp Hepatol. 2019 Jan-Feb;9(1):131-136. doi: 10.1016/j.jceh.2018.07.006.

4. **Food habits during treatment of childhood cancer: a critical review.**
Beaulieu-Gagnon S, Bélanger V, Marcil V.
Nutr Res Rev. 2019 Jul 9:1-17. doi: 10.1017/S0954422419000131.

5. **A Bayesian multivariate latent t-regression model for assessing the association between corticosteroid and cranial radiation exposures and cardiometabolic complications in survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia: a PETALE study.**
Caubet Fernandez M, Drouin S, Samoilenko M, Morel S, Krajinovic M, Laverdière C, Sinnett D, Levy E, Marcil V, Lefebvre G.
BMC Med Res Methodol. 2019 May 14;19(1):100. doi: 10.1186/s12874-019-0725-9.

6. **The bile duct ligated rat: A relevant model to study muscle mass loss in cirrhosis.**
Bosoi CR, Oliveira MM, Ochoa-Sanchez R, Tremblay M, Ten Have GA, Deutz NE, Rose CF, Bemeur C.
Metab Brain Dis. 2017 Apr;32(2):513-518. doi: 10.1007/s11011-016-9937-4.

7. **Validation of a Stepwise Approach Using Glycated Hemoglobin Levels to Reduce the Number of Required Oral Glucose Tolerance Tests to Screen for Cystic Fibrosis-Related Diabetes in Adults.**
Boudreau V, Reynaud Q, Bonhoure A, Durieu I, Rabasa-Lhoret R.
Can J Diabetes. 2019 Apr;43(3):161-162. doi: 10.1016/j.jcjd.2018.11.005. Epub 2018 Nov 23.

8. **What is the Real Usefulness of Glycated Hemoglobin Levels for Diabetes Screening in Patients With Cystic Fibrosis?**
Boudreau V, Reynaud Q, Rabasa-Lhoret R.
Can J Diabetes. 2019 Feb;43(1):1-2. doi: 10.1016/j.jcjd.2018.11.001.

9. **Examining the Advantages of Using Multiple Web-Based Dietary Assessment Instruments to Measure Population Dietary Intake: The PREDISE Study.**
Brassard D, Fulgoni VL 3rd, Robitaille J, Lemieux S, Lamarche B.
Curr Dev Nutr. 2019 Mar 11;3(5):nzz014. doi: 10.1093/cdn/nzz014. eCollection 2019 May.

10. **Hepatic enzyme ALT as a marker of glucose abnormality in men with cystic fibrosis.**
Colomba J, Netedu SR, Lehoux-Dubois C, Coriati A, Boudreau V, Tremblay F, Cusi K, Rabasa-Lhoret R, Leey JA.
PLoS One. 2019 Jul 18;14(7):e0219855. doi: 10.1371/journal.pone.0219855. eCollection 2019.

11. **Is there a relationship between vitamin D nutritional status and metabolic syndrome in childhood acute lymphoblastic leukemia survivors? A PETALE study.**
Delvin E, Marcil V, Alos N, Laverdière C, Sinnett D, Krajinovic M, Bélanger V, Drouin S, Nyalendo C, Levy E.
Clin Nutr ESPEN. 2019 Jun;31:28-32. doi: 10.1016/j.clnesp.2019.03.006.

12. **Associations of prenatal exposure to impaired glucose tolerance with eating in the absence of hunger in early adolescence.**
Derks IPM, Hivert MF, Rifas-Shiman SL, Gingras V, Young JG, Jansen PW, Oken E.
Int J Obes (Lond). 2019 Jan 8. doi: 10.1038/s41366-018-0296-6.

13. **Full-Time Employment, Diet Quality, and Food Skills of Canadian Parents.**
Fernandez MA, Marquis M, Desroches S, Turcotte M, Provencher V.
Can J Diet Pract Res. 2019 Jun 1;80(2):63-71. doi: 10.3148/cjdpr-2018-041. Epub 2019 Feb 7.

14. **Altered proteome of high-density lipoproteins from paediatric acute lymphoblastic leukemia survivors.**
Fournier M, Bonneil E, Garofalo C, Grimard G, Laverdière C, Krajinovic M, Drouin S, Sinnett D, Marcil V, Levy E.
Sci Rep. 2019 Mar 12;9(1):4268. doi: 10.1038/s41598-019-40906-x.

15. **Assessment of the American Heart Association's "Life's simple 7" score in French-speaking adults from Québec.**
Harrison S, Couillard C, Robitaille J, Vohl MC, Bélanger M, Desroches S, Provencher V, Rabasa-Lhoret R, Bouchard L, Langlois MF, Houle J, Lemieux S, Lamarche B.
Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2019 Jul;29(7):684-691. doi: 10.1016/j.numecd.2019.03.006. Epub 2019 Mar 16.

16. **Leucine Supplementation Does Not Alter Insulin Sensitivity in Prefrail and Frail Older Women following a Resistance Training Protocol.**
Jacob KJ, Chevalier S, Lamarche M, Morais JA. J Nutr. 2019 Jun 1;149(6):959-967. doi: 10.1093/jn/nxz038.

17. **Is the Canadian Healthy Eating Index 2007 an Appropriate Diet Indicator of Metabolic Health? Insights from Dietary Pattern Analysis in the PREDISE Study.**
Lafrenière J, Carbonneau É, Laramée C, Corneau L, Robitaille J, Labonté MÈ, Lamarche B, Lemieux S.
Nutrients. 2019 Jul 14;11(7). pii: E1597. doi: 10.3390/nu11071597.

18. **Effects of 6-month vitamin D supplementation on insulin sensitivity and secretion: a randomized, placebo-controlled trial.**
Lemieux P, Weisnagel JS, Caron AZ, Julien AS, Morisset AS, Carreau AM, Poirier J, Tchernof A, Robitaille J, Bergeron J, Marette A, Vohl MC, Gagnon C.
Eur J Endocrinol. 2019 Jul 1. pii: EJE-19-0156.R2. doi: 10.1530/EJE-19-0156. [Epub ahead of print]

19. **Psychosocial Intervention Programs for Parents of Children with Cancer: A Systematic Review and Critical Comparison of Programs' Models and Development.**
Ogez D, Péloquin K, Bertout L, Bourque CJ, Curnier D, Drouin S, Laverdière C, Marcil V, Ribeiro R, Callaci M, Rondeau E, Sinnett D, Sultan S. J
Clin Psychol Med Settings. 2019 Feb 26. doi: 10.1007/s10880-019-09612-8. [Epub ahead of print]

20. **Changes in Eating Behaviours Throughout Pregnancy: Associations with Gestational Weight Gain and Pre-pregnancy Body Mass Index.**
Plante AS, Lemieux S, Drouin-Chartier JP, Weisnagel SJ, Robitaille J, Drapeau V, Provencher V, Morisset AS.
J Obstet Gynaecol Can. 2019 Jul 6. pii: S1701-2163(19)30533-X. doi: 10.1016/j.jogc.2019.04.024. [Epub ahead of print]

21. **Trimester-Specific Intuitive Eating in Association With Gestational Weight Gain and Diet Quality.**
Plante AS, Savard C, Lemieux S, Carbonneau É, Robitaille J, Provencher V, Morisset AS.
J Nutr Educ Behav. 2019 Jun;51(6):677-683. doi: 10.1016/j.jneb.2019.01.011. Epub 2019 Feb 12.

22. **Glucose tolerance in Canadian and French cystic fibrosis adult patients.**
Reynaud Q, Boudreau V, Touzet S, Desjardins K, Bourdy SP, Blond E, Berthiaume Y, Rabasa-Lhoret R, Durieu I.
Sci Rep. 2019 Mar 18;9(1):4763. doi: 10.1038/s41598-019-40592-9.

23. **Knowledge Translation and Evidence-Based Practice: A Qualitative Study on Clinical Dietitians' Perceptions and Practices in Switzerland.**
Soguel L, Vaucher C, Bengough T, Burnand B, Desroches S.
J Acad Nutr Diet. 2019 Jul 8. pii: S2212-2672(19)30388-0. doi: 10.1016/j.jand.2019.04.017. [Epub ahead of print]

24. **Physical function-derived cut-points for the diagnosis of sarcopenia and dynapenia from the Canadian longitudinal study on aging.**
Tessier AJ, Wing SS, Rahme E, Morais JA, Chevalier S.
J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2019 Jul 15. doi: 10.1002/jcsm.12462.

25. **Nutrigenetic Testing for Personalized Nutrition: An Evaluation of Public Perceptions, Attitudes, and Concerns in a Population of French Canadians.**
Vallée Marcotte B, Cormier H, Garneau V, Robitaille J, Desroches S, Vohl MC.
Lifestyle Genom. 2019 May 24:1-8. doi: 10.1159/000499626. [Epub ahead of print]

MÉTA-ANALYSES ET REVUES DE LA LITTÉRATURE

26. **The Pregnancy and Birth to 24 Months Project: a series of systematic reviews on diet and health.**
Stoody EE, Spahn JM, Casavale KO.
Am J Clin Nutr. 2019 Mar 1;109(Supplement_7):685S-697S. doi: 10.1093/ajcn/nqy372.

27. **Dietary glycemic index, glycemic load, and risk of mortality from all causes and cardiovascular diseases: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies.**
Shahdadian F, Saneei P, Milajerdi A, Esmaillzadeh A.
Am J Clin Nutr. 2019 Jun 12. pii: nqz061. doi: 10.1093/ajcn/nqz061.

28. **Association Between Plant-Based Dietary Patterns and Risk of Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis.**
Qian F, Liu G, Hu FB, Bhupathiraju SN, Sun Q.
JAMA Intern Med. 2019 Jul 22. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.2195. [Epub ahead of print]

29. **Interventions for preventing obesity in children.**
Brown T, Moore THM, Hooper L, Gao Y, Zayegh A, Ijaz S, Elwenspoek M, Foxen SC, Magee L, O'Malley C, Waters E, Summerbell CD.
Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019, Issue 7. Art. No.: CD001871. DOI: 10.1002/14651858.CD001871.pub4.

ARTICLE ORIGINAL

30. **Global Improvement in Dietary Quality Could Lead to Substantial Reduction in Premature Death.**
Wang DD, Li Y, Afshin A, Springmann M, Mozaffarian D, Stampfer MJ, Hu FB, Murray CJL, Willett WC.
J Nutr. 2019 Jun 1;149(6):1065-1074. doi: 10.1093/jn/nxz010.

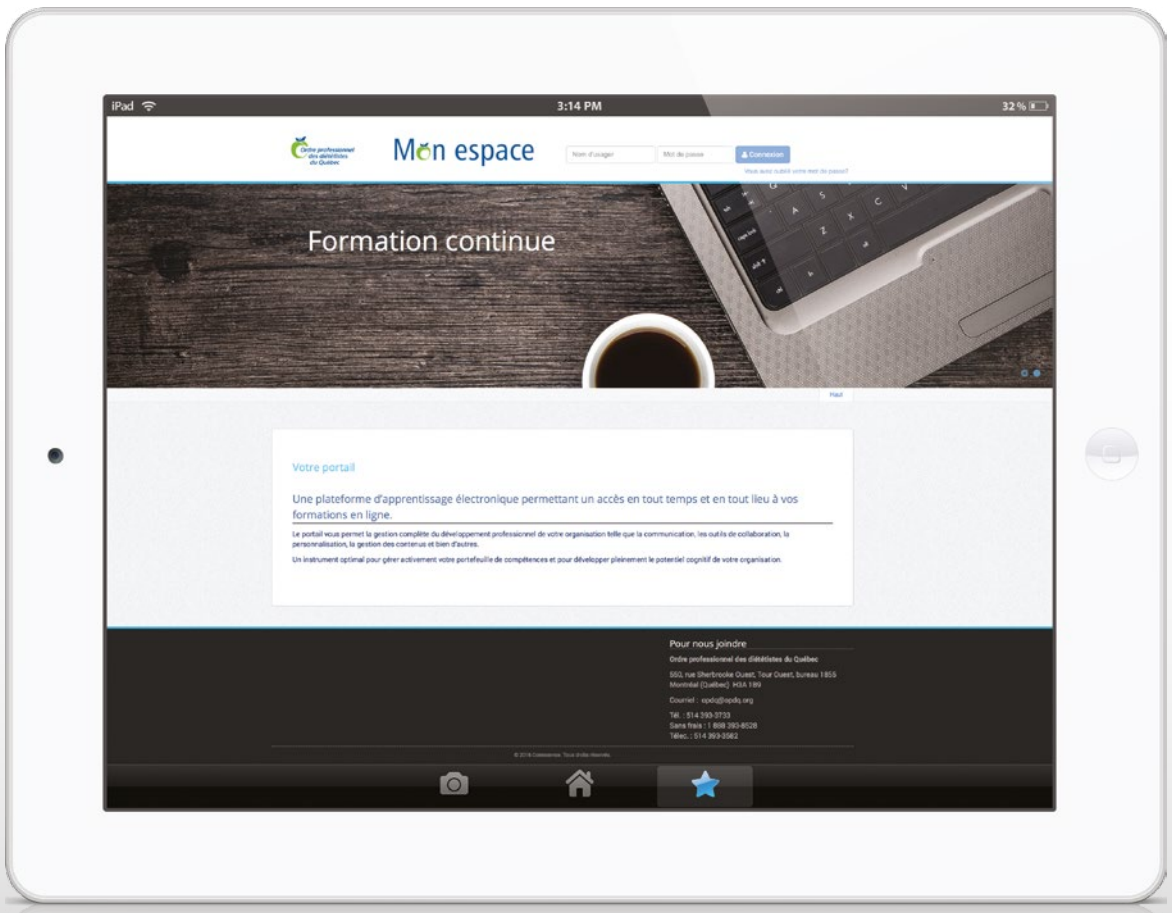
LIVRES, RAPPORTS ET ÉTUDES

31. **Les compétences et les pouvoirs des municipalités pour créer des environnements favorables à la saine alimentation et au mode de vie physiquement actif.**
Comité scientifique sur la prévention de l'obésité
Institut national de santé publique du Québec.
Avril 2019. 17 p.

32. **Veille scientifique : amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments transformés.**
Institut national de santé publique du Québec.
Sept 2019; 1(4).

IMPORTANT

Vous souhaitez cumuler des heures de formation continue suite à la lecture de cette revue ? Connectez-vous sur la plateforme *Mon espace OPDQ https://monespace.opdq.org* et cliquez sur l'onglet *Formation*. Inscrivez-vous à la formation intitulée revue *Nutrition — Science en évolution — Volume 17, Nº 2 — Automne 2019* et remplissez le questionnaire. Vous avez des questions relatives à ce questionnaire, n'hésitez pas à les poser via *formation@opdq.org*.



(DOSSIER 1) Six types de situations éthiques inhérentes à la pratique nutritionnelle : les comprendre pour mieux les repérer

L'aveuglement éthique résulte d'un déficit de sensibilité éthique

a. Vrai
b. Faux

La myopie éthique est :

a. Une situation qui oppose un bien éthique à un mal éthique.
b. Une situation où un professionnel présume que les autres ont les mêmes valeurs que lui.
c. Une situation où un manquement éthique est perçu, mais rien n'est fait pour corriger la situation.

(DOSSIER 2) La conciliation entre les connaissances et les préférences est-elle possible en matière d'alimentation ?

Quels sont deux exemples de tensions entre les connaissances et les préférences dans les sciences de la nutrition ?

a. Les devis expérimentaux biaisés privilégiant les aliments nutritionnellement pauvres et l'enracinement des préférences alimentaires dans l'identité personnelle.
b. Les devis expérimentaux biaisés privilégiant les aliments nutritionnellement pauvres et une vision de l'éthique qui critique de manière indiscriminée la science.
c. Les recommandations du nouveau guide alimentaire favorisant une alimentation végétale et l'enracinement des préférences alimentaires dans l'identité personnelle.
d. Les recommandations du nouveau guide alimentaire favorisant une alimentation végétale et une vision de l'éthique qui critique de manière indiscriminée la science.

Une réconciliation entre les connaissances et les préférences implique :
a. La valorisation du nouveau guide alimentaire canadien.
b. L'adoption d'une politique pancanadienne contre les boissons sucrées.
c. D'envisager les différences entre les connaissances et les préférences.
d. De revoir de manière critique le clivage entre les connaissances et les préférences.

(DOSSIER 3) Réflexion éthique sur la question du soutien nutritionnel en fin de vie

Quel est le nom de la disposition légale permettant à une personne de consentir à certains soins spécifiques, même s'il elle devenait inapte ?
a. Consentement libre et éclairé
b. Directives médicales anticipées
c. Désignation d'un mandataire légal
d. Testament biologique

Quel enjeu éthique évoque la détermination de soins ajustés aux objectifs de vie du patient, mais tenant également compte de leur applicabilité et leur pertinence ?
a. Autodétermination
b. Droit d'accès aux soins
c. Soins appropriés
d. Utilisation juste et raisonnable des ressources

(SUPPLÉMENT OPDQ) Collaboration interprofessionnelle à l'Université Laval : trois programmes réunis autour d'un cas clinique de dysphagie

L'activité de CIP réalisée à l'Université Laval a permis aux étudiants des programmes de nutrition, d'orthophonie et d'ergothérapie :
a. De constater la complémentarité des trois disciplines en contexte de dysphagie.
b. D'être plus enclins à travailler en CIP, surtout dans les cas complexes de dysphagie.
c. D'augmenter leur niveau de confiance par rapport aux recommandations à faire à un client présentant un trouble de la déglutition.
d. D'identifier les rôles précis et distincts de chaque professionnel dans le domaine de la dysphagie.

Au cours de la formation universitaire ou des stages, les conditions suivantes sont nécessaires pour bien préparer les futurs professionnels (orthophonistes, ergothérapeutes et nutritionnistes) à la pratique collaborative en dysphagie, SAUF :
a. Que toute la formation en dysphagie reçue par les étudiants et stagiaires de ces trois programmes soit identique.
b. Que tous les étudiants et stagiaires de ces trois programmes aient eu des occasions de discuter de situations cliniques complexes en dysphagie dans lesquelles les trois disciplines sont sollicitées.
c. Que tous les étudiants et stagiaires de ces trois programmes aient pu observer des modèles de saine CIP en dysphagie par l'entremise de cliniciens des trois disciplines.
d. Que tous les étudiants et stagiaires de ces trois programmes aient participé à des activités réflexives portant sur la CIP en dysphagie.

(CHRONIQUE JURIDIQUE) Suivre le patient qui refuse le plan de traitement nutritionnel suggéré : quelle est la responsabilité de la diététiste/nutritionniste ?

Quelles sont les deux grandes caractéristiques du consentement décrit au Code civil ?
a. Clair et précis
b. Indépendant et avisé
c. Libre et éclairé
d. Réfléchi et sensé

Le consentement aux soins ramène le pouvoir décisionnel entre les mains du professionnel de la santé plutôt que dans celle du patient.
a. Vrai
b. Faux

Ordre professionnel
des diététistes
du Québec