

Groupe d'Étudiantes en Sciences Infirmières (GRÉSI)
de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

* L'infinité *



Votre journal universitaire et professionnel

Volume 1

Numéro 2

Mars

2011

**LA NUTRITION,
VERS UNE INFINIE DE
POSSIBILITÉS**

Être infirmière : un peu, beaucoup, à l'infini...

Table des matières

3...Éditorial

Mot de la présidente de
l'ORIIAT...4

5...Les chroniqueurs

◇ *Lutter contre l'obésité ou
lutter contre les obèses?...6*

◇ *Nutrition et douleur – une
autre raison de bien
manger...10*

◇ *La lecture des étiquettes...14*

◇ *L'alimentation chez la
personne âgée...17*

◇ *Alimentation et fin de vie :
laissez-moi manger à « ma »
« faim » et non la vôtre...18*

21...Étoile du mois

Quiz...22

23...Calendrier



Logo du GRÉSI:

- Les 5 branches de l'étoile signifient les 5 champs de la pratique infirmière, soit la clinique, la recherche, la formation, la gestion et le politique;
- L'astre montre la portée de la profession vers l'univers et donc notre ouverture sur le monde;
- Les petites étoiles signifient l'importance d'inclure les autres (amis, professeurs, client-famille, etc.,) dans les soins et dans les actions;
- La trainée illustre la portée que l'infirmière peut avoir sur les personnes dont elle prend soin et sur ses collègues;
- L'étoile illuminée, illustre l'infirmière dans son milieu : elle est reconnaissable par ses compétences et son savoir.

Éditorial

(Nous sommes des professionnelles!)

Pourquoi la nutrition ?

Je suis une vraie épicurienne gastronomique. Manger est pour moi un plaisir sans fin. L'épicerie est ma caverne d'alibaba, tant celles de ma région que celles du Honduras, du Maroc ou de Moscou. Découvrir le monde par le goût est probablement ma véritable vocation. Sensibiliser mes proches à la « bonne » alimentation serait alors ma seconde vocation ! C'est donc avec des yeux gros comme des noix du Brésil que j'ai acquiescé à la suggestion de Taimae de faire un numéro sur la nutrition (Mars étant le mois de la nutrition). Au menu : nutrition et personnes âgées, nutrition et douleur, nutrition et obésité, nutrition et étiquettes.



Gagez-vous que l'appétit vient en mangeant ?

Roxane Aubé, infirmière surtout pour l'infini !



Dans le monde occidental où nous vivons, nous sommes continuellement en course contre le temps, on prend rarement le temps de cuisiner des repas complets et de les savourer en famille. L'alimentation est en train de devenir un geste banal servant seulement à nous donner de l'énergie pour faire nos journées.

Le mois de la nutrition est quant à moi un bon moment pour promouvoir la bonne alimentation et lui redonner la place qui lui revient dans nos vies

À cette occasion on vous a concocté un menu riche en variété nous rappelant l'impact et l'importance de la nutrition pour la santé de la population

Alors espérant que vous allez avoir autant de plaisir à savourer ces pages que nous avons eu à les préparer.

À votre santé !!!

Taimae Ben-Seddik, infirmière et solidaire !



Un mot de la présidente de l'ORIIAT :

Souligner les initiatives !

Mon propos n'en sera pas un scientifique. Aujourd'hui, je veux mentionner une initiative qui fait avancer les connaissances et la réflexion sur l'aspect professionnel. Récemment, il s'est formé un groupe d'étudiants en sciences infirmières (GRÉSI). Groupe d'échanges, groupe d'appartenance, groupe dynamique, il a le vent dans les voiles... Le coup d'envoi fut bien préparé : Une première édition de ce journal atteint déjà l'objectif de piquer la curiosité et d'élargir les horizons professionnels grâce à la diversité et à la qualité des articles. Malgré sa diffusion restreinte aux étudiantes en sciences infirmières, quelques autres infirmières de la région ont pu prendre connaissance de ce journal et il n'y a que des éloges à son sujet. Serait-il intéressant de le diffuser aux infirmières intéressées afin d'en faire profiter le plus possible de collègues? Un premier midi-conférence a eu lieu, en collaboration avec le comité Jeunesse de l'ORIIAT. Sylvie Isabelle, conférencière, a entretenu ses auditrices sur la pratique avancée de l'infirmière en santé sexuelle. Tous les ingrédients sont réunis pour que ce groupe poursuive et rencontre les buts fixés.

Bravo aux infirmières qui ont initié ce projet et nous leur souhaitons : Longue vie!

Lorraine Lamontagne
Présidente ORIIAT

Les chroniqueurs

**JEAN-CHARLES PERRON INF.- NANCY JULIEN PH.D- NANCY DAIGLE INF-
HUGUETTE ST-AMANT INF- DR.MICHÈLE BENOIT-**

Faux. La nutrition n'est pas le territoire privé des nutritionnistes. Certes, ce sont eux qui détiennent l'expertise d'évaluer les besoins nutritionnels, mais les infirmières jouent un rôle déterminant dans la promotion des habitudes alimentaires. Que ce soit pour doser le sodium (hypertension artérielle), les gras (dyslipidémie), les fibres (constipation), les protéines (personne âgée), le fer (anémie), les glucides (diabète), les aliments allergènes (nourrisson), l'infirmière doit connaître l'alimentation et ses multiples relations avec la santé, la maladie, les traitements et le développement.

On pourrait en jaser durant des heures et des heures, mais bon, question de vous mettre en appétit et surtout pour vous sensibiliser à l'importance d'acquérir du savoir « médicalimentaire », je vous invite à lire ces textes de tous horizons.



Lutter contre l'obésité ou lutter contre les obèses?

Par Jean-Charles Perron, professeur UQAT

L'obésité est un « gros » problème vous le savez probablement déjà! Dans le cadre de mon doctorat en sciences cliniques, j'ai mené des recherches qui m'ont conduit à dégager des pistes pour améliorer nos résultats dans cette lutte pour l'amélioration des habitudes de vie. Je vous propose dans cet article une façon différente de faire de l'enseignement sur les habitudes de vie et 4 cibles pour ce qui touche le contenu.

Contexte

Au Québec en 2003, 47,3 % de la population avait du poids en trop soit un taux d'embonpoint 33,2 % et un taux d'obésité de 14,1 %.

Pour l'Abitibi-Témiscamingue le taux était de 51,7 % soit 34,7 % d'embonpoint et 17 % d'obésité (Mongeau, Audet, Aubin, & Baraldi, 2005).

D'abord un court rappel de la problématique et de ses conséquences. Depuis les années 1980, le poids des individus est en hausse. Dans les 2 dernières décennies, le taux d'obésité a triplé (Hossain, Kavar, & El Nahas, 2007). La hausse actuelle du taux d'obésité dans le monde a amené l'OMS à parler d'une épidémie d'obésité. (WHO, 1998). L'obésité signifie un excès de graisse dans l'organisme pouvant nuire à la santé (Ogden, Yanovski, Carroll, & Flegal, 2007). Plusieurs mesures existent pour mesurer cet excès de graisse, l'indice de masse corporelle (IMC) et le tour de taille (TT) étant les principales (WHO, 1998). L'augmentation de l'IMC au-dessus de 25 et du TT au-dessus de 80 cm pour les femmes et 94 cm pour les hommes est associée à l'augmentation des facteurs de risque de problèmes de santé (Statistique Canada, 2005).

Une obésité lourde de conséquences

Conséquences. Cette hausse d'obésité se traduit par une diminution de quantité et de la qualité de vie. Par exemple, être obèse au début de la vingtaine diminue l'espérance de vie de 6 à 7 ans (Peeters et al., 2003), 13 ans dans le cas d'obésité sévère (Fontaine, Redden, Wang, Westfall, & Allison, 2003). Plusieurs pathologies sont associées à l'excès de poids comme le diabète de type II et les maladies cardiovasculaires (Pardo Silva, De Laet, Nusselder, Mamun, & Peeters, 2006). La qualité de vie psychosociale est également affectée par l'obésité (Doll, Petersen, & Stewart-Brown, 2000). Ainsi, l'obésité augmente les risques de dépression (Stecker & Sparks, 2006) et elle diminue la qualité de la vie sexuelle, notamment chez les jeunes femmes (Kolotkin et al., 2006).

L'obésité amènerait également une préoccupation excessive pour le poids et les aliments (Puhl, Moss-Racusin, & Schwartz, 2007). Au point de vue social, l'obésité et les préjugés qui l'accompagnent réduisent les possibilités de travail (Tunceli, Li, & Williams, 2006) et l'opportunité de faire des études avancées (Karnehed, Rasmussen, Hemmingsson, & Tynelius, 2006).

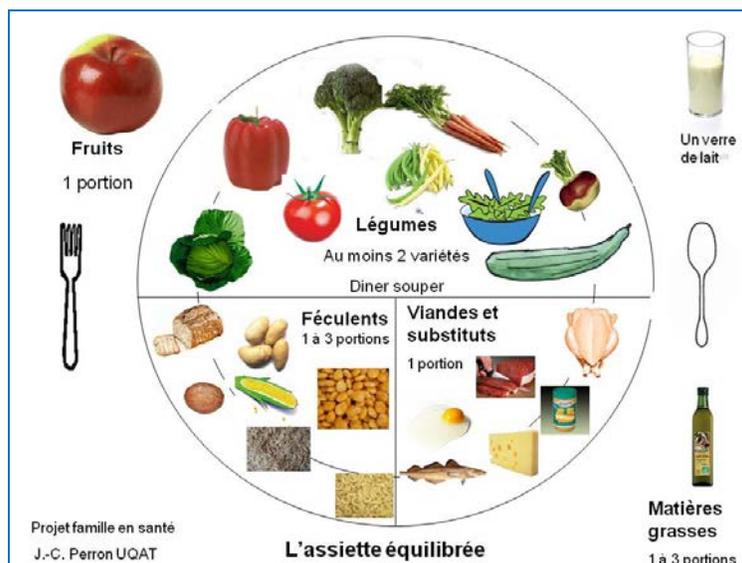
Victime de l'antifamine

Aujourd'hui nos interventions donnent peu de résultats à long terme du moins. Selon certains chercheurs, l'évolution et les nombreuses famines qu'a traversées l'espèce humaine ont fait de nous de fantastiques machines à stocker les graisses (pour la prochaine famine). On est donc bien équipé pour face à la famine, mais pas pour faire face à l'abondance de nourriture. Dans cette optique, les diètes activent les mécanismes antifamine, résultat je mange moins et j'engraisse. Il n'est donc pas étonnant de constater que la majorité des personnes qui suivent une diète vont en réalité prendre du poids (Tomiya et al., 2010). Sans compter que ces diètes véhiculent la croyance que je peux régler le problème sans changer mes habitudes de vie.

Contrôler l'environnement (le système) pas l'individu

Les gens mangent ce qui est devant eux (Wansink, Painter, & North, 2005). Qui d'entre nous mange modérément dans un buffet? Centrer notre enseignement sur l'individu devient à la longue décourageant autant pour le patient que l'infirmière. On finit par questionner leur motivation, leur volonté « il ne veut pas changer ». Ce qui contribue à augmenter les préjugés dont sont victimes les obèses (ce qui est pire pour eux, que les effets sur leur santé physique). Un exemple simple pour planifier les repas est l'assiette équilibrée (figure ci-dessous). On commence par planifier deux légumes par repas qui vont combler la 1/2 de l'assiette, ajoute un 1/4 de féculent (patate, riz, pâte) et 1/4 de protéines.

Ma recherche avec une clientèle vulnérable a démontré qu'il est inutile d'exposer nos patients à la nourriture et de leur demander ensuite de s'autocontrôler. Il faut plutôt contrôler l'offre de nourriture en qualité, mais aussi en quantité. Il faut amener les familles (en impliquant principalement les cuisinières) à réfléchir à ce qu'elles veulent introduire chez elle, ce qui sera consommé par la famille « acheter c'est choisir ».



Quoi faire ?

Le comment ou enseigner autrement. Il faut questionner notre façon actuelle de faire de l'enseignement héritée des institutions où les professionnels « l'expert » informent, dictent la bonne conduite. Plusieurs de nos programmes (diabète maladie cœur) s'adressent aux patients souvent à des hommes qui ne cuisinent pas et on leur demande finalement de cuisiner autrement! Il faut croire comme nous le suggère Wright et Leahy (2007) que la maladie est une affaire de famille et centrer notre enseignement vers elle. Mes recherches avec les familles ont démontré que la cuisinière est souvent la personne clé (notre cliente) pour amener des changements durables des habitudes de vie, travailler avec la famille est plus efficace que de travailler avec la personne obèse.

Fruits ≠ légumes

Le défi 5-30 (ou 0-5-30) est intéressant parce qu'il se centre sur les saines habitudes (les solutions) plutôt que le poids (un facteur d'échec). Le bémol ici c'est que lorsque les gens répondent à ce message c'est presque toujours en augmentant leur consommation de fruits et que cette consommation accrue peut s'accompagner d'un gain de poids (Greene et al., 2006). Les légumes et les fruits n'ont pas le même potentiel énergétique ni le même effet sur la satiété. On peut manger 2 bananes, mais difficilement 2 brocolis. Les fruits demeurent tout de même intéressants à plusieurs égards (vitamines, faibles en gras, etc.). La solution promouvoir les fruits comme dessert (en remplacement des desserts sucrés). C'est ce que les familles ont fait dans une de mes études. Résultat, perte de poids et amélioration du bilan lipidique.

Il faut davantage voir la rencontre avec nos patients et leur famille comme un échange où nous apprenons d'abord leur vision du problème, de ses causes, et leurs solutions pour ensuite échanger avec eux sur leurs croyances et sur comment ils croient qu'ils pourraient changer la situation.

La patate un bon féculent. La patate comme les Mini-wheats ont un problème d'image. Bonne ou pas bonne? Dans mes recherches, j'ai constaté qu'elle pouvait effectivement être associée à des gains de poids. Le problème vient du fait que sa consommation se fait au détriment des autres légumes. La solution la classer avec les féculents. Ainsi on peut la manger souvent, mais modérément sans couper dans les légumes (voir figure 1 l'assiette équilibrée).

Et la bonne mesure? Il faut se rappeler que c'est l'obésité abdominale qu'on mesure avec un ruban à mesurer qui nous permet de détecter les personnes à risque de complications. Chez certains groupes, comme les femmes traitées avec une médication antipsychotique atypique, l'obésité abdominale peut atteindre 88% et une bonne partie de ses patientes qui souffrent d'obésité abdominale ont pourtant un poids santé (IMC). Le galon à mesurer doit maintenant faire partie de notre trousse.

Le tour de la question

L'obésité est donc un problème de santé aux conséquences graves qui demeure pour l'essentiel évitable et traitable. Elle nous oblige à revoir nos façons de concevoir notre enseignement pour cibler le système obésogène en prenant pour point de mire sur une base quotidienne les légumes et l'activité physique.

LISTE DES RÉFÉRENCES :

- Doll, H. A., Petersen, S. E., & Stewart-Brown, S. L. (2000). Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obes.Res*, 8, 160-170.
- Fontaine, K. R., Redden, D. T., Wang, C., Westfall, A. O., & Allison, D. B. (2003). Years of life lost due to obesity. *JAMA*, 289, 187-193.
- Greene, L. F., Malpede, C. Z., Henson, C. S., Hubbert, K. A., Heimbürger, D. C., & Ard, J. D. (2006). Weight Maintenance 2 Years after Participation in a Weight Loss Program Promoting Low-Energy Density Foods. *Obesity*, 14, 1795-1801.
- Hossain, P., Kavar, B., & El Nahas, M. (2007). Obesity and Diabetes in the Developing World A Growing Challenge. *The New England Journal of Medicine*, 356, 213-215.
- Karnehed, N., Rasmussen, F., Hemmingsson, T., & Tynelius, P. (2006). Obesity and Attained Education: Cohort Study of More Than 700,000 Swedish Men. *Obesity*, 14, 1421-1428.
- Kolotkin, R. L., Binks, M., Crosby, R. D., Ostbye, T., Gress, R. E., & Adams, T. D. (2006). Obesity and Sexual Quality of Life. *Obesity*, 14, 472-479.
- Mongeau, L., Audet, N., Aubin, J., & Baraldi, R. (2005). L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003 (Rep. No. 420). Montréal: Institut national de santé publique et Institut de la statistique.
- Ogden, C. L., Yanovski, S. Z., Carroll, M. D., & Flegal, K. M. (2007). The epidemiology of obesity. *Gastroenterology*, 132, 2087-2102.
- Pardo Silva, M. C., De Laet, C., Nusselder, W. J., Mamun, A. A., & Peeters, A. (2006). Adult Obesity and Number of Years Lived with and without Cardiovascular Disease. *Obesity*, 14, 1264-1273.
- Peeters, A., Barendregt, J. J., Willekens, F., Mackenbach, J. P., Al, M. A., & Bonneux, L. (2003). Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann.Intern.Med.*, 138, 24-32.
- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., & Schwartz, M. B. (2007). Internalization of Weight Bias: Implications for Binge Eating and Emotional Well-being. *Obesity*, 15, 19-23.
- Statistique Canada (2005). Enquête nationale sur la santé de la population - Obésité : un enjeu en croissance. *Le quotidien*.
- Stecker, T. & Sparks, S. (2006). Prevalence of Obese Patients in a Primary Care Setting. *Obesity*, 14, 373-376.
- Tomiyama, A. J., Mann, T., Vinas, D., Hunger, J. M., DeJager, J., & Taylor, S. E. (2010). Low Calorie Dieting Increases Cortisol. *Psychosom.Med.*
- Tunceli, K., Li, K., & Williams, L. K. (2006). Long-Term Effects of Obesity on Employment and Work Limitations Among U.S. Adults, 1986 to 1999. *Obesity*, 14, 1637-1646.
- Wansink, B., Painter, J. E., & North, J. (2005). Bottomless Bowls: Why Visual Cues of Portion Size May Influence Intake. *Obesity*, 13, 93-100.
- WHO (1998). Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale (Rep. No. 894). Genève: WHO.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2007). *L' infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention* (Lyne Campagna trad.). (3e ed.) Saint-Laurent: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.

Nutrition et douleur – une autre raison de bien manger?

Par **Nancy Julien**, Professeure UQAT

La nutrition est un sujet fascinant. Tout le monde en parle! Et tout le monde veut savoir comment les aliments influencent notre santé. [EST-IL POSSIBLE, GRÂCE À L'ALIMENTATION, DE PRÉVENIR OU DE DIMINUER LA DOULEUR ENGENDRÉE PAR CERTAINES MALADIES CHRONIQUES?](#) En guise de menu, cet article vous propose une série d'entrée en matière sur quelques thèmes choisis en lien avec la douleur. Le lecteur qui restera sur sa faim est invité à consulter les ouvrages suggérés dans la bibliographie afin de combler son appétit.



Ingrédients de base

Ce qu'une personne mange influence la capacité de son corps à synthétiser des éléments nécessaires à son bon fonctionnement. Pensons notamment aux cellules nerveuses jouant un rôle dans les mécanismes de freinage de la douleur. Ces dernières ont besoin d'ingrédients de base afin d'être en mesure de fabriquer des neurotransmetteurs comme la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine qui sont des joueurs importants du système de freinage de la douleur. Nous devons donc fournir aux cellules les éléments nutritifs essentiels à la réussite de la recette « neurotransmetteur ». Ces ingrédients, que l'on retrouve en quantités suffisantes dans un régime alimentaire équilibré, sont des acides aminés comme la phénylalanine, la tyrosine et le tryptophane, des vitamines comme la B₆ et la C, et des minéraux comme le fer et le cuivre. Dans le même ordre d'idées, des carences en vitamines B₁₂, E, B₁, B₃ et B₆ peuvent amener le développement de neuropathies douloureuses (Kumar, 2007).

Pour le nouveau-né

L'efficacité de la solution sucrée pour diminuer la douleur chez le nouveau-né est bien démontrée. Pour des interventions douloureuses de courtes durées (comme la prise de sang au talon) le sucrose oral donné deux minutes avant l'intervention est une option qui doit être encouragée fortement (Jöhr et al., 2007; Stevens et al., 2004; Taddio et al., 2009).

Migraine, syndrome du côlon irritable et cystite interstitielle

L'alimentation joue un rôle dans le déclenchement des migraines et dans l'exacerbation des symptômes du syndrome du côlon irritable et de la cystite interstitielle. Certains patients sont très sensibles aux facteurs nutritionnels alors que d'autres le sont moins ou même pas du tout. Il n'existe pas d'étude de grande qualité qui permet d'établir un lien de cause à effet entre la prise d'un aliment et l'apparition d'un symptôme douloureux. Les aliments potentiellement problématiques (illustrés au tableau 1) sont donc à prendre avec un grain de sel. Il est par conséquent recommandé de faire des analyses cas par cas et d'encourager la tenue d'un journal alimentaire. Cela permet, grâce à une approche prospective, d'identifier les aliments et les comportements qui contribuent à exacerber les douleurs. Le patient devrait être invité à noter tous les aliments et boissons qu'il consomme aux repas et entre les repas, puis noter comment il se sent.

Tableau 1

Aliments potentiellement problématiques

| Migraine | Syndrome du côlon irritable | Cystite interstitielle |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Caféine | Caféine | Caféine |
| Fruits (agrumes, ananas, raisins) | Fruits et jus de fruits | Fruits et jus de fruits (agrumes, ananas, canneberges, tomates) |
| - | Aliments épicés | Aliments épicés |
| Édulcorants (aliments diètes) | Édulcorants (aliments diètes) | Édulcorants (aliments diètes) |
| Alcool | Alcool | |
| Boissons gazeuses | Boissons gazeuses | |
| Glutamate monosodique | Produits laitiers | |
| Nitrates, nitrites (charcuterie) | Aliments très gras | |
| Tyramine (fromages vieillis, vin rouge, crème sûre, sauce soya, poissons fumés) | | |
| Sauter des repas et jeûner | | |

(Adapté de MacDermott, 2007 et de Shorter et al., 2007)

Arthrite rhumatoïde et arthrose

Est-ce que l'ajout d'acide gras oméga-3 au régime alimentaire peut diminuer la douleur articulaire à caractère inflammatoire? Les auteurs d'une méta-analyse de dix-sept essais cliniques randomisés contrôlés, incluant 823 patients souffrant d'arthrite rhumatoïde, en sont arrivés à la conclusion que **OUI** (Goldberg et Katz, 2007). En effet, il a été observé qu'après trois à quatre mois de supplémentation, les patients à qui on avait donné une forte dose d'oméga-3 (>2,7 g/jour) estimaient **QU'IL Y AVAIT DIMINUTION DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR, DE LA DURÉE DES RAIDEURS MATINALES ET DE LA PRISE D'ANTI-INFLAMMATOIRES NON-STÉROÏDIENS.**

Bien que les bénéfices observés fussent relativement petits, l'absence d'effets secondaires importants et les bienfaits pour la santé cardiovasculaire font de la supplémentation d'oméga-3 une option intéressante. En est-il de même pour la supplémentation en glucosamine pour réduire la douleur de l'arthrose? Il semblerait que non. En effet, une méta-analyse récente dans laquelle étaient seulement incluses des études ayant employé une méthodologie rigoureuse arrive à la conclusion que comparativement au placebo, la glucosamine, la chondroïtine ou la combinaison des deux ne réduit pas la douleur de l'arthrose (Wandel et al., 2010). Beaucoup de patients sont pourtant convaincus de l'effet bénéfique de la glucosamine. Différentes hypothèses tentent d'expliquer ce phénomène : évolution normale de la maladie, régression vers la moyenne, effet placebo, etc. Il a été démontré que la supplémentation en glucosamine entraîne très peu d'effets secondaires et que son innocuité est comparable à celle d'un placebo (Towheed et al., 2005). Il n'y aurait donc pas de mal à ce qu'un patient continue à se supplémenter s'il ressent un bienfait et s'il n'a pas d'objection à payer pour son traitement (Wandel et al., 2010).

À propos des suppléments : une pincée de prudence

Il est important de garder à l'esprit que les produits de santé naturels comme les vitamines, les minéraux, les probiotiques, les acides aminés et les acides gras testés dans les études ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux en vente à la pharmacie du coin. De plus, un supplément peut contenir des quantités énormes de certaines molécules sans commune mesure avec celles fournies par l'alimentation, ce qui peut parfois causer de graves problèmes. Isoler les composés actifs d'un aliment pour les consommer sous forme de suppléments est justifié dans certains cas bien précis, mais devrait demeurer l'exception et toujours se faire sous la supervision d'un médecin.

Les infirmières, grâce au contact privilégié qu'elles ont avec leurs patients, sont bien placées pour éduquer ces derniers sur l'importance d'informer leur médecin du type de supplément et de la dose qu'ils prennent.

En guise de dessert : du plaisir!

Pourquoi ne pas profiter du mois de la nutrition pour retrouver le plaisir de manger? Invitons nos amis, nos enfants et nos parents à cuisiner et à manger avec nous. Ajoutons de nouveaux aliments à notre alimentation au lieu d'en couper. En effet, osons découvrir de nouvelles couleurs, textures et saveurs! Avec tous ces ajouts bénéfiques à nos menus, les aliments culpabilisants reviendront nécessairement moins souvent dans notre assiette. N'attentons pas d'avoir mal!

Bibliographie

- Goldberg, R. J. et Katz, J. (2007). A meta-analysis of the analgesic effects of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation for inflammatory joint pain. *Pain*, 129, 210-223.
- Jöhr, M., Berger, T.-M. et Ruesch, S. (2007). Choix de l'analgésie systémique selon le terrain. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 26, 546-553.
- Kumar, N. (2007). Nutritional neuropathies. *Neurologic Clinics*, 25(1), 209-255.
- MacDermott, R. P. (2007). Treatment of irritable bowel syndrome in outpatients with inflammatory bowel disease using a food and beverage intolerance, food and beverage avoidance diet. *Inflammatory Bowel Diseases*, 13(1), 91-96.
- OMS. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series 916*. Genève: auteur.
- Shorter, B., Lesser, M., Moldwin, R. M., et al. (2007). Effect of comestibles on symptoms of interstitial cystitis. *The Journal of Urology*, 178(1), 145-152.
- Stevens, B., Yamada, J. et Ohlsson, A. (2004). Sucrose analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD001069.
- Taddio, A., Shah, V., Atenafu, E., et al. (2009). Influence of repeated painful procedures and sucrose analgesia on the development of hyperalgesia in newborn infants. *Pain*, 144, 43-48.
- Towheed, T., Maxwell, L., Anastassiades, T. P., et al. (2005). Glucosamine therapy for treating osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD002946.
- Wandel, S., Jüni, P., Tendal, B., Nüesch, E., Villiger, P. M., Welton, N. J., Reichenbach, S. et Trelle, S. (2010). Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis. *British Medical Journal*, 341:c4675.



La lecture des étiquettes

Par **Nancy Daigle**, infirmière clinicienne et étudiante IPSPL
En collaboration avec Mme **Lise Therrien**, diététiste-nutritionniste

La grande majorité des personnes que je rencontre dans ma pratique en santé cardio-vasculaire et en diabète sont peu informées sur ce qu'elles mangent et sur ce dont elles ont besoin quotidiennement pour favoriser/améliorer leur état de santé globale. Nos enseignements sont axés sur la qualité, la variété mais sont aussi faits en tenant compte de l'aspect économique de la famille moyenne. Si je m'attarde plus spécifiquement à la lecture des étiquettes, voici un aperçu du contenu:

L'étiquetage de la valeur nutritive est **OBLIGATOIRE** sur les aliments au Canada depuis 2003. Une analyse de l'étiquette permet de déterminer la teneur de l'aliment consommé en fonction de certains éléments nutritifs et, parfois, de faire des choix plus sains pour la personne.

1e élément à considérer : la portion

Si je consomme la valeur de la portion indiquée (ici, ½ t.), je consommerai l'équivalent de tout ce qui est indiqué sur l'étiquette. Mais, si j'en consomme le double (ou le triple), je dois doubler (ou tripler) tout ce qui est noté sur cette même étiquette!

2e élément : les lipides

Les matières grasses sont essentielles à la vie, elles ont comme fonction (entre autre) le transport des vitamines liposolubles (A, D, E et K). Par contre, seuls les lipides insaturés (poly ou monoinsaturés) peuvent assurer ce transport de vitamines. Ils sont donc très utiles à l'équilibre de notre système.

Les lipides saturés et/ou trans(formés) sont incapables d'assumer cette fonction car ils sont, justement, SATURÉS (il n'y a plus de place dans le train...! pour le transport des vitamines). Il faut donc consommer des lipides de meilleure qualité, avec modération. Car il ne faut pas oublier que, même si ce sont de bons gras (les lipides poly et monoinsaturés), chaque gramme de lipides apporte 9 calories (1 g lipide = 9 calories).

| Valeur nutritive | | |
|------------------------|----------------------|----|
| Par 125 ml (1/2 tasse) | | |
| Teneur | % valeur quotidienne | |
| Calories 50 | | |
| Lipides | 0 g | 0% |
| Saturés | 0 g | |
| + trans | 0 g | |
| Cholestérol | 0 mg | 0% |
| Sodium | 5 mg | 0% |
| Glucides | 12 g | 4% |
| Fibres | 0 g | 0% |
| Sucres | 10 g | |
| Amidon | 2 g | |
| Protéines | 1 g | |
| Vitamine A | | 6% |
| Vitamine C | | 2% |
| Calcium | | 0% |
| Fer | | 0% |

3e élément : le cholestérol

Le cholestérol a une fonction particulière dans notre système. Il est un précurseur de plusieurs hormones essentielles au maintien de notre vie. Il est majoritairement produit par le foie (80% environ) alors qu'une autre partie provient de notre alimentation (20%). Il provient exclusivement du gras ANIMAL.

4e élément : le sodium

Le sodium est l'élément à surveiller pour les personnes atteintes d'hypertension artérielle. Son apport doit être limité autant que possible dans l'alimentation afin de favoriser l'atteinte des cibles de tension artérielle établies avec le médecin.

Se fier au % de la valeur quotidienne ?

Maintenant que nous avons regardé la liste des différentes composantes de l'étiquette, jugeons ces données d'un œil plus averti. Nous pouvons nous baser sur la quantité de grammes de chaque composante ou nous pouvons l'analyser selon le % de la valeur quotidienne. **SACHEZ QUE CE % DE LA VALEUR QUOTIDIENNE EST BASÉ SUR LES BESOINS CALORIQUES D'UNE PERSONNE DE TAILLE MOYENNE, AYANT UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE MOYENNE ET N'AYANT PAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ MAJEURS**, soit des besoins caloriques d'environ 2000-2200 calories/jour. Ces valeurs de pourcentage excluent donc les athlètes, les enfants, les femmes enceintes ou qui allaitent, les personnes très âgées ou de très grande ou très petite taille, etc. Bref, le % de la valeur quotidienne est loin de s'appliquer pour tout le monde! Si je fais le lien avec l'étiquette présentée, si je mange ½ t. du produit, je couvre 4% de mes besoins en glucides, 6% de mes besoins en vitamine A et 2% de mes besoins en vitamine C pour une journée. Je dois, théoriquement, combler 100% de mes besoins en nutriments, vitamines et minéraux chaque jour. Je devrai donc manger d'autres aliments pour en arriver à combler mes besoins à tous les niveaux.

Pour l'enseignement des grammes, nous tentons de le faire pour que ce soit plus visuel. Ex. : 1 c. à thé de sucre (ou de lipide) pèse 5g alors pour chaque portion de 5g de notre produit, on comptera l'équivalent visuel d'1 c. à thé. Donc, dans notre étiquette, il y avait 2 ½ c. thé de glucides par portion d'1/2 t. Pour ce qui est de la quantité de grammes nécessaires par jour, de façon générale, nous devrions obtenir 50-55% de nos calories quotidiennes sous forme de glucides (275-300 g/jour ou 55-60 c. thé) incluant 30-35 g de fibres/jour; 20-25% sous forme de protéines (80g/jour, parfois plus chez les personnes très actives) et le reste sous forme de lipides (de la meilleure qualité possible évidemment) soit 20-35%. Encore ici, je dois vous mettre en garde, ce ne sont pas des valeurs absolues, chaque personne a des besoins qui doivent être évalués individuellement.

La lecture des étiquettes en tant que telle n'est pas si difficile que ça mais l'analyse qui doit s'y joindre peut prendre quelques heures. Je vous souhaite donc bonne chance pour votre prochaine épicerie, elle risque de prendre un peu plus de temps qu'habituellement, si vous vous attardez à lire chacune des étiquettes que vous trouverez...!

5e élément : les glucides

Les glucides sont la somme de 3 formes de sucres soit les fibres, les sucres et l'amidon. C'est pourquoi ces données sont mises en retrait sur l'étiquette.

6e élément : les protéines

Les protéines servent à construire de nouvelles cellules, vaisseaux sanguins, molécules dans notre corps. Elles sont essentielles dans notre alimentation.

Vous trouverez plusieurs sites Internet intéressant sur la nutrition ainsi que sur le contenu de chaque aliment. Je vous donne quelques endroits où vous documenter d'une façon plus formelle :

www.sc-hc.gc.ca (site Santé Canada/section aliments et nutrition)

<http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection/H44-87-2005F.pdf> (apports nutritionnels de référence, ANREF)

<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/nutrition/index.php?accueil> (site Santé et Services Sociaux du gouvernement du Québec/nutrition et alimentation)

<http://www.extenso.org/quotidien/etiquettes.php>

Note de l'auteur: Cet article est un article de vulgarisation, ce n'est pas un article scientifique.

La lecture des étiquettes nutritionnelles est un enseignement que nous (infirmière et diététiste-nutritionniste) donnons à la population en général dans le but de les conscientiser face à leur consommation alimentaire et de les informer sur le contenu des aliments qu'ils mangent. **Ce n'est pas à l'infirmière d'évaluer les besoins nutritionnels des personnes**, ce rôle est assumé par la diététiste-nutritionniste. Celle-ci est également spécialiste de l'évaluation des besoins spécifiques de personnes avec certaines pathologies (IRC, problèmes GI, post-infarctus/pontage, diabète, supplémentation, etc.). Si vous avez des questions spécifiques, consultez-la, elle se fera un plaisir de répondre plus en profondeur à vos interrogations.

L'alimentation chez la personne âgée

Par Huguette Saint-Amant, infirmière clinicienne

Existe-t-il une différence entre l'alimentation des personnes âgées et celle des adultes? Au premier coup d'œil elle semble identique, mais en regardant de plus près de multiples différences apparaissent. En voici :

- ✓ Les besoins diminuent avec l'âge car moins d'activité et plus de périodes de repos.
- ✓ Émergence inévitable de maladies : diabète, parkinson, accident cardio-vasculaire, insuffisance cardiaque... Lesquelles maladies entraînent des déficits qui obligent à des diètes particulières comme la dysphagie qui est de plus en plus fréquente dans nos centres d'accueil. Si non traitée, il s'ensuit des pneumonies d'aspiration. Le traitement consiste en l'obligation d'identifier avec précision la texture appropriée à chaque personne âgée. De plus, il y a les diètes : sans sucre, sans sel, sans gras, sans gluten...
- ✓ Présence généralisée de dentiers souvent trop grands.

| | Enfants | | | Adolescents | | Adultes | | | |
|-----------------------|-----------------|-----|------|-------------|-------|-----------|-------|---------|-------|
| | 2-3 | 4-8 | 9-13 | 14-18 ans | | 19-50 ans | | 51+ ans | |
| | Fille et garçon | | | Femme | Homme | Femme | Homme | Femme | Homme |
| Légumes et fruits | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 7-8 | 8-10 | 7 | 7 |
| Produits céréaliers | 3 | 4 | 6 | 6 | 7 | 6-7 | 8 | 6 | 7 |
| Lait et substituts | 2 | 2 | 3-4 | 3-4 | 3-4 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Viandes et substituts | 1 | 1 | 1-2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 |

Source : Santé Canada

http://www.passeportsante.net/fr/Nutrition/Regimes/Fiche.aspx?doc=guide_alimentaire_canadien_regime

Donc, compte tenu de ces quelques différences, voici quelques principes indispensables :

- ✓ Petite portion protéinée, présentée de façon appétissante, colorée.
- ✓ Nourriture plus molle que dure, facile à mastiquer.
- ✓ Offrir le choix entre deux menus (dans les centres d'accueil).
- ✓ Il va de soit que la charte alimentaire est à la base de la composition du menu.

Avant de terminer, un mot sur les boissons protéinées de type «Ensure». Ces suppléments peuvent être utiles pour compléter un apport insuffisant en protéine, mais attention, avant d'en faire la source principale, sachons que son utilisation prolongée efface graduellement le goût, l'appétit, la mastication.

Par Dr. Michelle Benoit

Nourrir quelqu'un ou se nourrir peut avoir une signification fort variable d'une personne à l'autre le long du parcours de notre vie. En fin de vie, cela peut prendre un tout autre sens. Pour certains, cela signifie prendre soin, réconfort, proximité, bien-être, le « paradis », amour, plaisir, rappel d'un souvenir et d'une émotion en lien avec un mets précis, question de survie, santé, prendre du mieux, espoir et à la limite une nécessité pour « guérir ». Pour d'autres, cela peut devenir littéralement un enfer en lien avec de la douleur, de la souffrance, des haut le cœur, une corvée, un sentiment de rejet, une perte de temps, pour faire plaisir à l'autre ou tout simplement une prolongation de la vie.

Les besoins alimentaires des personnes en fin de vie changent avec l'évolution de leur maladie. Elles peuvent expérimenter toutes sortes de symptômes fort variables selon les problèmes de santé impliqués, [PROBLÈMES QUI VONT INFLUENCER LE CHOIX DES ALIMENTS ET LA QUANTITÉ](#) : nausées, crampes abdominales, constipation, problèmes buccaux, dysphagie, dyspnée, anxiété, douleur locale, douleurs généralisées etc. Pour une grande majorité des gens en fin de vie, la faim et la soif ne sont pas une souffrance en soi. Cette sensation fluctue et s'atténue avec l'évolution de la maladie

et de ses symptômes, la perte de la mobilité, la médication utilisée et leurs effets secondaires (exemple : décadron et goût particulier pour le sucré), les nausées pouvant être exacerbées par les parfums, les odeurs ou lorsque la personne se force pour manger pour faire plaisir à l'entourage, les sens de l'odorat et du goût qui changent à cause la maladie et des médicaments (ce qui explique que les bons repas que la personne aimait tellement ne sont plus aussi appréciés par le palais).

L'objectif en fin de vie n'est pas que les gens mangent absolument, mais qu'ils mangent à



« leur » faim et à leur goût sans restrictions à moins de raison très particulière. C'est souvent l'entourage (incluant les membres de l'équipe soignante) qui vit parfois difficilement cette étape et qui insiste pour que la personne persévère : « mange un peu, ça va te donner des forces ; il est en train d'abandonner, il doit être déprimé (possible mais pas toujours le cas), alors que cela peut signifier : je ne veux pas qu'il se laisse aller comme ça, je ne suis pas prêt à cela ».

Image : <http://blog.capretraite.fr/category/actualite/page/10/>
consulté le 10 mars 2011

Plusieurs stratégies sont développées pour accompagner les personnes en fin de vie et leur famille en ce qui concerne l'alimentation.

D'abord demander aux malades s'ils ont le goût de manger et est-ce qu'il y a des mets particuliers qu'ils aimeraient (parfois ils n'ont plus d'inspiration). Les breuvages pétillants ont

souvent une bonne cote parce qu'ils donnent une sensation de désaltération plus grande qu'avec de l'eau. Une personne qui prend des narcotiques en fin de vie peut se permettre un brin d'alcool si elle en a envie. Quelqu'un qui a été privé depuis longtemps de quantité de liquides (restriction liquidienne), de diète sans salière, diète diabétique va souvent avoir le loisir de pouvoir lever toutes ses restrictions pour le simple plaisir de manger à son goût pour le temps qu'il lui reste et c'est très apprécié, croyez moi.

Une attention particulière : petite assiette, petite quantité quitte à redemander une deuxième portion (ils sont tellement content de le faire+++). Même si c'est quelqu'un qui mangeait jadis comme un ogre, quoi de plus déprimant que de se retrouver devant une assiette énorme et incapable de la terminer après seulement trois bouchées.

[CELA LEUR REFLÈTE ENCORE PLUS LEUR PERTE D'AUTONOMIE, LE SENTIMENT DE CULPABILITÉ DE GASPILLER UN SI BON REPAS QUI A ÉTÉ FAIT AVEC BEAUCOUP D'AMOUR ET D'ATTENTION À LEUR ÉGARD.](#)

Certains vont demander à manger la même chose tous les jours et ne se tannent pas. Petite histoire : malade en fin de vie d'un cancer qui dormait la plupart du temps jour et nuit. Ne se réveillait que 2 à trois fois par jour pour une heure environ. Sa seule demande : manger des gaufres. On lui en offrait une à chaque réveil avec le coulis de son choix et un peu de crème fouettée. Elle était aux anges. Même dans les derniers moments, elle ne mangeait qu'une bouchée et ça lui suffisait et le sourire était toujours au rendez-vous.

Certains expérimentent de la dysphagie de façon importante et veulent poursuivre une alimentation à texture pouvant les mettre à risque de s'étouffer au grand désarroi de leur entourage et souvent de l'équipe soignante. Laissez-moi vous raconter une autre petite histoire à ce sujet : je fus appelée un jour sur une de mes garde pour une personne en fin de parcours d'une sclérose en plaques (jeune cinquantaine, contexte alité depuis des années, ne pouvant communiquer qu'avec sa tête et un système de cloche pour dire oui ou non – un coup oui, deux coups non) et quelques mots très occasionnels et difficilement compréhensibles. Cette

personne savait qu'elle allait mourir prochainement et était encore très lucide. Elle ne s'alimente plus re : dysphagie importante selon le personnel et



les notes médicales au dossier. J'ai simplement demandé, en présence de l'infirmière, ce qui lui ferait le plus plaisir. Sa réponse a été claire comme jamais : un milk-shake! [L'INFIRMIÈRE ÉTAIT TRÈS HÉSITANTE À LUI ACCORDER CETTE DEMANDE.](#) Elle m'a exprimé sa peur qu'il s'étouffe sous ses yeux. D'un autre côté, cette demande était tellement simple et facile à réaliser et il avait mis tout ce qu'il lui restait d'énergie pour l'exprimer, qu'elle se sentait mal de ne pas l'exaucer. Le malade savait très bien que cette demande le mettait à risque de s'étouffer et de mourir peut-être « plus vite » qu'attendu (une question de jours, semaines peut-être) mais il était prêt à prendre le risque. Alors l'infirmière lui a préparé un milk-shake elle-même (8 onces) et le lui a donné à la paille. Cette expérience fut une révélation pour cette infirmière et elle s'en souviendra pendant le reste de ses

jours. Non seulement il ne s'est pas étouffé, mais il a bu le milkshake en entier avec un sourire, des yeux brillants et des soupirs de satisfaction à chaque gorgée comme si elle lui avait donné le paradis avant même d'y être.

Cette infirmière a vraiment réalisé que les soins de fin de vie doivent être individualisés, qu'il est surtout important de mettre nos propres peurs et besoins de côté et de prendre le temps d'écouter ce que la personne veut particulièrement en regard de l'alimentation. Ce que nous nous considérons comme bien pour la personne est souvent bien loin de ce que la personne a besoin et souhaite à cet instant.



<http://www.paperblog.fr/4083784/euthanasie-les-senateurs-relancent-le-debat/>
<http://www.formationadistance.umontreal.ca/GER2015D.html> Consultés le 10 mars 2011

Suggestion du GRÉSI :



L'étoile du mois

(Prendre soin de nous entre nous!)



- **Trois mots pour me décrire...** persévérante, passionnée, sociale
 - **Je suis passionnée par...** Les voyages, la gastronomie, le domaine médical
 - **Dans cinq ans, je serai ...** Infirmière, dans un endroit où je pourrai mettre à profit tant mes connaissances apprises dans mes cours de soins, que celles provenant de mon DEC en Diététique.
 - **Un rêve fou que j'ai ...** Avoir un restaurant de type international ainsi que pouvoir faire le tour du monde.
- **Si j'étais ministre de la santé...** Je mettrais en place de meilleures conditions de travail pour le personnel du domaine de la santé.
 - **J'enseignerais aux nouvelles infirmières ...** Des cours de nutrition, dans le but d'approfondir leurs connaissances dans ce domaine.
 - **Une chanson pour me décrire :** Toujours vivant, de Gerry Boulet. Cette chanson décrit comment il faut persévérer pour atteindre ses buts.
 - **Une cause qui me tient à cœur :** IISF/NWB (Infirmiers et infirmières sans frontières/Nurses Without Borders).J'ai la chance d'être directement liée à cette cause puisque, par l'intermédiaire de mon BAC en science de la santé, je pourrai participer à la mission-Sénégal 2011.
 - **Personnalités qui m'inspirent...** Mère Thérèse et Nelson Mandela
 - **Je craque pour...** Mon garçon que j'adore!

Quiz pour s'ouvrir l'appétit !

Associer les bonnes étiquettes au bon produit :

1-Conserve de sardine à la sauce citron 2-Conserve de fèves au lard au sirop d'érable 3-Saumon rose du pacifique 4-Boite de pudding à la vanille 5-Arachides non-salées 6-Conserve de lentilles vertes

A

Valeur nutritive

¼ de contenant

Calorie : 100
Lipides : 0g
Cholestérol : 0mg
Sodium : 340mg 14%
Glucides : 25g 8%
Fibre : 0g
Sucres : 18g
Protéines : 0g

B

Valeur nutritive

½ contenant

Calorie : 140
Lipides : 8g 9%
Saturés : 2g
Polyinsat : 2,5g
Oméga-6 : 0,2g
Oméga-3 : 2,5g
Monosat : 3g
Cholestérol : 55mg
Sodium : 500mg 21%
Glucides : 0g
Fibre : 0g
Sucres : 18g
Protéines : 17g
Calcium : 20%
Fer : 8%

C

Valeur nutritive

½ contenant

Calorie : 170
Lipides : 1g 2%
Saturés : 0g
Cholestérol : 0mg
Sodium : 350mg 15%
Glucides : 27g 9%
Fibre : 6g
Sucres : 0g
Protéines : 12g
Calcium : 2%
Fer : 30%

D

Valeur nutritive

1/3 tasse

Calorie : 320
Lipides : 25g 38%
Saturés : 5g
Cholestérol : 0mg
Sodium : 0mg
Glucides : 10g 3%
Fibre : 3g
Sucres : 2g
Protéines : 13g
Calcium : 2%
Fer : 6%

E

Valeur nutritive

½ tasse

Calorie : 170
Lipides : 1g 2%
Saturés : 0g
Polyinsat : 0,5g
Oméga-6 : 0,2g
Oméga-3 : 0,2g
Monoinsat : 0,1g
Cholestérol : 0mg
Sodium : 540mg 23%
Glucides : 33g 11%
Fibre : 7g 28%
Sucres : 12g
Protéines : 7g
Calcium : 10%
Fer : 20%

F

Valeur nutritive

1 contenant

Calorie : 190
Lipides : 12g 18%
Saturés : 2,5g 12%
Oméga-6 : 3g
Oméga-3 : 1,5g
Monosat : 5g
Cholestérol : 110mg
Sodium : 260mg 11%
Glucides : 0g
Fibre : 0g
Sucres : 0g
Protéines : 20g
Calcium : 25%
Fer : 15%
Vitamine D : 110%

1-F, 2-E, 3-B, 4-A, 5-D, 6-C

Calendrier

| Date/ Heure | Lieu | Quoi |
|-------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 avril | À déterminer | <u>Activités scientifiques</u> Conférence santé & sécurité Charles Côté, Ph.D. Professeur, Département des sciences de la santé, UQAT « L'ergonomie de conception au service d'une protection crânienne pour les échassiers du Cirque du Soleil » Séminaire étudiant Roxane Aubé, Inf. Candidate à la maîtrise en sciences cliniques (spécialisation en sciences infirmières), UQAT «Favoriser l'utilisation d'une approche culturelle par les étudiantes en sciences infirmières lors d'un stage international: planification, application et évaluation d'une formation préparatoire» |
| 12 avril | À confirmer par courriel | <u>Midi-causerie</u> présenté par le comité jeunesse de l'ORIIAT Le rôle de l'infirmière pivot en oncologie Deux prix de présence seront offerts par le GRÉSI Apportez votre lunch ! |

Surveillez notre prochain numéro en avril 2011 !
« La voix aux étudiantes »

Nous joindre : Taimae Ben-Seddik : Cofondatrice et responsable : Taimae.Ben-Seddik@uqat.ca
Roxane Aubé : Cofondatrice et responsable : roxane.aube@uqat.ca