

**De quelle manière les déterminants du comportement alimentaire
des professionnel-le-s de la santé pourraient influencer le contenu
des conseils alimentaires transmis à la population en santé ou
malade ?**

Travail de Bachelor

Rouvinez Lola
Matricule n°15-132-996

Moioli Céline
Matricule n° 15-310-493

Directeur de TBSc : Montanini Eliseo - BSc Nutrition et Diététique, Diététicien
ASDD, chargé de cours HES, filière Nutrition et diététique

Membre du jury : Progin Batalla Sophie – BSc Nutrition et Diététique, Diététicienne
ASDD, consultante cantonale - prestation diététique
AVASAD - Service du Développement des Pratiques
Professionnelles

Genève, 31 juillet 2020

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute École de Santé Genève, du Jury ou du Directeur de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seul-e-s le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

31 juillet 2020

Rouvinez Lola et Moioli Céline

Table des matières

Abréviations.....	7
Liste des tableaux et figures.....	8
1. Introduction.....	10
1.1. Motivations et ressources personnelles.....	10
1.2. Travaux existants sur la thématique	10
2. Cadre de référence.....	11
2.1. Déterminants du comportement alimentaire.....	11
2.1.1. Facteurs physiologiques, faim et satiété.....	11
2.1.2. Facteurs psychologiques.....	12
2.1.3. Facteurs sensoriels	13
2.1.4. Prix, marketing, étiquetage	13
2.1.5. Normes sociales	14
2.2. Rôle de modèle de comportement du PS	16
2.3. Niveau de formation des professionnel-le-s de santé	17
2.4. Santé publique	19
2.4.1. Définition de la santé.....	19
2.4.2. Prévention et promotion de la santé.....	21
2.5. Parcours de soins coordonnés et interprofessionnalité.....	23
2.6. Place des diététicien-ne-s	24
3. Problématique.....	27
4. Étude	28
4.1. Buts.....	28
4.2. Objectifs	28
4.3. Question de recherche.....	28
4.4. Population.....	28
4.5. Hypothèse	29
5. Méthodologie	29
5.1. Stratégie de recherche documentaire de la revue quasi-systématique.....	29
5.2. Bases de données	29
5.3. Mots-clés.....	30
5.4. Critères d'inclusion et d'exclusion	30
5.5. Sélection des études	31
5.6. Extraction et synthèse des données	32
5.7. Analyse de la qualité des études.....	32
5.8. Bénéfices et risques.....	32
5.9. Budget et ressources	32

6. Sélection des études.....	34
6.1. Aperçu des études incluses.....	34
6.2. Analyse des données.....	34
7. Résultats.....	35
7.1. Facteurs anthropométriques (IMC).....	35
7.2. État de santé et niveau d'activité physique des professionnel-le-s de santé.....	35
7.3. État de santé et pathologies des patients.....	36
7.4. Niveau de connaissance et années d'expérience des PS.....	36
7.5. Représentations.....	36
7.6. Professions.....	37
7.7. Facteurs bio-psycho-sociaux	37
7.7.1. L'âge.....	37
7.7.2. Le genre.....	37
7.7.3. L'ethnie et le niveau socio-économique	38
7.7.4. La satisfaction corporelle.....	38
8. Synthèse des résultats.....	39
8.1. Facteurs intrinsèques aux PS.....	39
8.2. Facteurs extrinsèques aux PS.....	39
9. Discussion.....	40
9.1. Manque de connaissances.....	40
9.2. L'impact du genre	41
9.3. Compléments alimentaires.....	42
9.4. Jeune âge et frein à la prise en charge	42
9.5. Expériences personnelles et conseils.....	43
9.6. Résultats contradictoires	43
9.7. Limites, biais et points forts	43
9.7.1. Limites, biais et points forts des études	44
9.7.2. Limites, biais et points forts du travail.....	44
10. Perspectives.....	46
10.1. Recommandations.....	46
10.2. Propositions pour de futures recherches.....	49
10.3. Les diététicien-ne-s et leur rôle de transmission des connaissances.....	49
11. Conclusion.....	51
12. Remerciements	52
13. Références.....	53
14. Annexes	64
I. Référentiel des compétences des professions de la santé HES.....	64

II.	Grilles d'analyse de la HEdS, filière nutrition et diététique.....	73
III.	Grille CASP d'analyse d'études qualitatives	81
IV.	Caractéristiques des études sélectionnées	87
V.	Facteurs d'influence agissant sur les conseils des PS	88
VI.	Tableau synthétique des résultats	89
VII.	Protocole du travail de Bachelor.....	90

N.B. : Dans un souci de clarté, le terme « patient » n'a pas été soumis à l'écriture inclusive.
Cependant, il représente tant les femmes que les hommes.

Abréviations

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AgRP	Agouti gene Related Peptide
Alpha-MSH	Alpha Melanocyte Stimulating Hormone
AND	Académie de Nutrition et Diététique
ASDD	Association Suisse Des Diététicien-ne-s
ASSC	Assistant-e-s en Soins et Santé Communautaires
AVK	Anti-Vitamine K
CAS	Certificate of Advanced Studies
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CCK	Cholecystokinin
DAS	Diploma of Advanced Studies
DEP	Dossier Patient Électronique
DPI	Dossier Patient Informatisé
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
GLP-1	Glucagon Like Peptide 1
HEdS	Haute École de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
LPSan	Loi sur les Professionnels de Santé
MNT	Maladies Non-Transmissibles
NPY	Neuro Peptide Y
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
POMC	Pro-Opiomélanocortine
PS	Professionnel-le-s de la santé
PYY	Peptide YY
UNIGE	Université de Genève
UNIL	Université de Lausanne

Liste des tableaux et figures

N° du tableau	Intitulé	Page
Tableau 1	Classification des types de prévention	21
Tableau 2	Mots-clés utilisés selon la base de données	30
Tableau 3	Critères d'inclusion et d'exclusion	30
Tableau 4	Étapes du phénomène de stigmatisation et stratégies permettant de le combattre	47
Tableau 5	Nombre d'années d'espérance de vie en Suisse à la naissance et à 30 ans	48

N° de la figure	Intitulé	Page
Figure 1	Déterminants du comportement alimentaire selon Davidson et Birch	14
Figure 2	Schéma théorique de l'éducation nutritionnelle fixant des objectifs de changement sur des comportements identifiés	19
Figure 3	Pyramide de la hiérarchisation des besoins selon Maslow	20
Figure 4	Déterminants de la santé selon Cantoreggi	20
Figure 5	Modèle pour le traitement des maladies chroniques	23
Figure 6	Facteurs d'influence des maladies chroniques	24
Figure 7	Schéma de sélection des articles pour notre revue systématique	31
Figure 8	Déroulement du module interprofessionnel (HEdS et UNIGE) en trois modules	41
Figure 9	Schéma pour les professionnel-le-s de santé afin d'améliorer la prise en charge <i>lifestyle</i> des patients	46

Résumé

Introduction : Les personnes nécessitant une prise en charge nutritionnelle ne sont pas toujours dépistées, conseillées ou référées auprès d'un-e diététicien-ne lorsqu'elles intègrent une structure de soins, que cela soit en ambulatoire ou durant une hospitalisation. Ceci s'explique par le fait que les professionnel-le-s de santé (PS) ne possèdent pas forcément les outils, les connaissances et compétences nécessaires pour s'occuper de l'aspect nutritionnel des prises en charge (1). Le risque est alors, qu'il-elle-s ne puissent transmettre que des informations basées sur leurs expériences personnelles ou sur leurs représentations.

De plus, les diététicien-ne-s sont peu nombreux parmi les PS. Il-elle-s étaient environ 423 à travailler dans les hôpitaux suisses en 2017 (2), contre 57'887 infirmier-ère-s en 2014 (3). Cela explique en partie des suivis nutritionnels insuffisants dans certains cas. Les contextes de soins sont toujours plus diversifiés et nécessitent une adaptation de la part des professionnel-le-s de la santé (4,5). L'interprofessionnalité est d'autant plus importante quand elle intervient en situation ambulatoire ou à domicile car la transmission des informations est limitée par l'aspect mobile des différents intervenants et, dans certains cas, par manque de dossier commun (5).

But : Le but de notre travail de Bachelor est d'examiner l'influence des déterminants du comportement alimentaire des professionnel-le-s de la santé sur les conseils qu'ils transmettent aux individus en santé ou malades. Nous nous sommes servies des résultats de notre revue pour émettre des pistes de recommandations afin d'améliorer la qualité des conseils sur le mode de vie des patients.

Méthode : Nous avons procédé à une revue quasi-systématique de la littérature en présélectionnant différents articles sur les bases de données scientifiques Pubmed, Cochrane, Embase, Google Scholar et CINAHL, grâce à des mots clés choisis en amont. Nous avons sélectionné les articles finaux en utilisant des critères d'inclusion/exclusion prédéfinis. Nous avons analysé la qualité des articles avec les grilles qualitatives et descriptives de la HEdS et la grille qualitative CASP. La population étudiée comprend les PS travaillant dans des pays occidentaux.

Résultats : Parmi les 10 études incluses dans cette revue quasi-systématique, six ont été réalisées aux États-Unis, deux proviennent de Nouvelle-Zélande, une de Suède et une de Pologne. Deux études rapportaient des résultats sur les PS dans le milieu obstétrique et gynécologique. Une étude analyse les conseils donnés par des pédiatres aux parents et à leurs enfants. Trois études examinent les modalités alimentaires et les conseils donnés par les médecins généralistes. Une seule étude concerne exclusivement les infirmier-ère-s en santé publique et trois études ont analysé les résultats portant sur des professionnel-le-s de la santé provenant de divers domaines. Les études ont montré de nombreux facteurs affectant la qualité/quantité des conseils donnés aux patients. L'origine ethnique des patients, l'indice de masse corporelle, le niveau de formation, les connaissances préalables, le sexe, le style de vie et les représentations des soignants et médecins impactent grandement les conseils donnés. Ces facteurs peuvent influencer positivement ou négativement les conseils.

Conclusion : Il est nécessaire de participer à l'amélioration des connaissances des professionnel-le-s de santé et de les pousser à porter une attention particulière à leurs représentations. Pour cela, des formations complémentaires données par des diététicien-ne-s permettraient une meilleure prise en charge globale des patients. De plus, cela encouragerait l'interprofessionnalité et la promotion du rôle et de la place des diététicien-ne-s, ceci, dans une optique de promotion de santé pour la population entière.

Mots-clés : Professionnel-le-s de la santé, Représentations, Connaissances, Modalités alimentaires, Conseils, Diététicien-ne-s

1. Introduction

Les personnes nécessitant une prise en charge nutritionnelle ne sont pas toujours dépistées, conseillées ou référées auprès d'un-e diététicien-ne lorsqu'elles intègrent une structure de soins, que cela soit en ambulatoire ou durant une hospitalisation. Cela s'explique par le fait que les professionnel-le-s de la santé ne possèdent pas forcément les outils, les connaissances et compétences nécessaires pour s'occuper de l'aspect nutritionnel des prises en charge (1). Le risque est alors, qu'il-elle-s ne puissent transmettre que des informations basées sur leurs expériences personnelles ou sur leurs représentations.

De plus, les diététicien-ne-s sont peu nombreux-ses parmi les autres PS, ils étaient environ 423 à travailler dans les hôpitaux suisses en 2017 (2), contre 57'887 infirmier-ère-s en 2014 (3). Cela explique en partie des suivis nutritionnels insuffisants dans certains cas. Les contextes de soins sont toujours plus diversifiés et nécessitent une adaptation de la part des PS (4,5). L'interprofessionnalité est d'autant plus importante quand elle intervient en situation ambulatoire ou à domicile car la transmission des informations est limitée par l'aspect mobile des différents intervenants et dans certains cas, par manque de dossier commun (5).

1.1. Motivations et ressources personnelles

L'alimentation a encore beaucoup de mystères à dévoiler. Élément symbolique pour certains ou recherche hédonique pour d'autres, c'est une expérience multifactorielle qui nous permet bien plus que de rester en vie et de nous développer. Elle fait partie intégrante de notre existence et a une influence parfois insoupçonnée sur notre manière de vivre et d'agir.

Nous nous sommes intéressées, dans ce travail, à l'impact des comportements alimentaires des professionnel-le-s de la santé sur leur manière d'interagir avec les patients à propos de l'alimentation.

Nous avons toutes deux un grand intérêt pour l'aspect psycho-social de l'alimentation, c'est pourquoi nous avons choisi cette question de recherche. Nous pensons qu'afin d'améliorer la prise en charge des patients, il est intéressant de se pencher sur les conséquences moins visibles ou parfois cachées engendrées par l'acte de se nourrir au quotidien. Identifier son influence potentielle nous aiderait, en tant que professionnelles de la santé, à mieux comprendre et perfectionner nos transmissions de conseils aux patients.

De plus, nous pensons que les PS n'ont pas toujours toutes les connaissances et compétences nécessaires pour conseiller de manière adéquate leurs patient-e-s en matière d'alimentation. Nous trouvons important d'améliorer leur formation dans ce domaine, tout en rendant davantage visible le travail des diététicien-ne-s.

1.2. Travaux existants sur la thématique

Il existe certaines études portant sur les connaissances en matière d'alimentation des professionnel-le-s de la santé, à l'exemple de celles de Moore et Adamson (2002) ou Spivack *et al.* (2010) (6,7). D'autres travaux portent sur les conseils et sur les habitudes en matière de santé. Certaines études incluent le type d'alimentation conjointement aux habitudes de vie comme dans l'étude de Frank *et al.* (8–11). Cependant, peu d'études mettent en lumière les modalités alimentaires en lien avec les conseils donnés ultérieurement.

Nous nous sommes donc intéressées aux thématiques des connaissances et modalités alimentaires des soignant-e-s et médecins afin d'élargir notre compréhension de ce sujet. Cela nous permettra de comprendre comment ces thématiques pourraient influencer le contenu et la manière de transmettre les conseils alimentaires à la population en santé ou malade.

2. Cadre de référence

2.1. Déterminants du comportement alimentaire

Les déterminants du comportement alimentaire sont des facteurs qui régulent ou dérèglent la conduite alimentaire. Certains moyens sont envisageables pour diminuer ou augmenter leur influence. Le comportement alimentaire évolue tout au long de la vie. Il dépend de nombreux facteurs : physiologiques, psychologiques et cognitifs, sensoriels, sociaux, éducationnels et économiques.

Les déterminants du comportement alimentaire agissent à des instants et échelles variables : de l'achat jusqu'à la mise en bouche, tout au long de la vie. Selon l'âge, l'état d'esprit et d'autres caractéristiques propres, chaque sensibilité sera différente (12).

2.1.1. Facteurs physiologiques, faim et satiété

Chez l'être humain, les facteurs physiologiques sont dépendants du rythme circadien. La journée est une phase active constituée de prises alimentaires sous forme de « repas ». Les normes sociales définissent leur nombre et composition. La nuit est une phase de jeûne durant laquelle l'organisme est au repos.

Physiologiquement, les apports alimentaires devraient s'adapter aux besoins en régulant les quantités et l'intervalle entre les prises alimentaires (12,13).

La faim peut être définie par le besoin de se nourrir, traduit par des sensations physiques comme des gargouillis, l'impression de vide, une baisse d'énergie... Cette dernière est présente lors de la phase pré-ingestive. Dans un second temps, la prise alimentaire permet le rassasiement, ce qu'on appelle la phase prandiale. Cette phase induit l'arrêt de la prise alimentaire. La phase prandiale permet de contrôler la quantité ingérée via le volume et la densité énergétique (12). Enfin, l'état d'inhibition de la faim, appelé satiété, entre en jeu lors de la phase postprandiale (13).

Les systèmes régulant la faim et la satiété sont complexes. Ces signaux sont transmis à l'hypothalamus par des voies nerveuses et endocrines. Lorsque le cerveau perçoit un déficit énergétique, traduit par une baisse de la glycémie d'environ 10%, il donne le signal de faim (12,13).

Les principaux centres de régulation de la prise alimentaire sont le noyau arqué de l'hypothalamus et le tronc cérébral (14).

Le noyau arqué reçoit les informations d'autres régions cérébrales, du système nerveux entérique et de facteurs sanguins circulants. Il contient 2 sortes de neurones ayant des effets antagonistes : ceux synthétisant le neuropeptide Y (NPY) et ceux produisant l'agouti gene related peptide (AgRP). Ces deux derniers stimulent la prise alimentaire et ainsi la prise de poids. D'autres neurotransmetteurs y sont produits et sont anorexigènes. C'est le cas des neurones produisant la pro-opiomélanocortine (POMC), peptide anorexigène précurseur de l'alpha melanocyte stimulating hormone (alpha-MSH) qui inhibe la prise alimentaire et le stockage d'énergie en agissant sur le système nerveux central (12,14).

Certaines régions du tronc cérébral entrent en jeu lors du mécanisme de régulation de la prise alimentaire, via l'activation du nerf vague par des hormones sécrétées par le système digestif (12,14).

Les principales hormones et peptides entéro-digestifs sécrétés lors de l'arrivée d'aliments dans le tube digestif et tout le long de ce dernier, ayant un effet sur la prise alimentaire, sont les suivants :

- La cholecystokinine (CCK) est produite principalement par les cellules au niveau du duodénum et l'iléon. Elle diminuerait la prise alimentaire via des récepteurs situés sur les terminaisons du nerf vague (14).
- Le peptide YY (PYY) se lie aux mêmes récepteurs que le NPY. Ce dernier est sécrété dans l'intestin grêle et diminue la prise alimentaire. Il inhiberait la sécrétion de NPY dans le noyau arqué (14).
- Le glucagon-like-peptide (GLP-1) est sécrété par l'intestin grêle suite à la prise alimentaire. Il produit une sécrétion d'insuline et a aussi un effet inhibiteur sur la prise alimentaire. Ses récepteurs se situent au niveau du noyau arqué et du tronc cérébral (14).
- La leptine diminue lors du jeûne et augmente après les repas, proportionnellement à l'insuline sécrétée. Elle est produite par les adipocytes et son taux est en corrélation avec la masse grasseuse, marquant donc la variation des stocks en énergie. Son rôle est d'inhiber la prise alimentaire et d'augmenter la dépense énergétique en interagissant avec les récepteurs qui lui sont sensibles dans l'hypothalamus (12,14).
- La ghréline, hormone produite par l'estomac, a un effet orexigène. Elle diminue pendant le repas, puis augmente à nouveau quelques heures après pour induire une nouvelle prise alimentaire. Elle est considérée comme l'hormone de la faim. Elle a l'effet inverse de la leptine en informant le cerveau sur les stocks de graisse dans l'organisme. La ghréline active la sécrétion de NPY et d'AgRP, qui induisent la prise alimentaire (12,14).

2.1.2. Facteurs psychologiques

L'état psychologique peut engendrer des troubles du comportement alimentaire tels qu'une surconsommation alimentaire ou consommation compulsive aussi appelée « binge eating » ou inversement, de l'anorexie et de l'orthorexie¹ entre-autres. Les aliments palatables, agréables au goût, activent le système de récompense et sont consommés afin de diminuer le stress ou une tension émotionnelle. Une différence interindividuelle est cependant observable : certains auront tendance à consommer des aliments palatables en cas de tension émotionnelle, d'autres n'auront pas envie de manger (12).

De plus, la restriction cognitive a un rôle dans la consommation compulsive. Elle est définie comme un effort dans le but de limiter la prise alimentaire et ce avec pour objectif de contrôler son poids. Ce type de personnes en restriction cognitive ont une vulnérabilité augmentée aux comportements alimentaires à risque (12).

En effet, si la restriction est trop sévère, la littérature scientifique montre que des processus de contre-régulation ont lieu. Les périodes de régime strict seront entrecoupées de phases de perte de contrôle avec une hyperphagie. Cela entraîne des fluctuations de poids importantes. Une restriction beaucoup plus flexible apporte de meilleurs résultats à long terme (12,15).

L'attention accordée durant la prise alimentaire influence la consommation. L'environnement et les distractions sont responsables de l'obésité, par exemple chez les enfants regardant la TV durant la prise alimentaire. Cela s'explique par l'absence de conscience de la qualité, quantité et du goût des aliments ingérés. Au contraire, accorder une attention particulière pendant la prise alimentaire diminue la consommation. Chez l'adulte, le comportement alimentaire est le résultat d'automatismes acquis. C'est pourquoi il est important d'enseigner de bonnes habitudes aux enfants et donc, d'éviter de les laisser trop souvent manger en

¹ Pratique alimentaire caractérisée par l'obsession de se nourrir sainement et éviter tout aliment jugé malsain.

effectuant une autre activité. Cela leur permettra d'adopter les automatismes les plus sains possibles pour leur poids et leur santé (12).

Il est également démontré que le souvenir contribue à la sensation de satiété et donc à l'arrêt de la prise alimentaire ; les personnes amnésiques sont en effet susceptibles de manger plusieurs fois de suite le même repas.

Les repas pris avec des pairs stimulent l'appétit, tandis que la solitude le diminue (12).

2.1.3. Facteurs sensoriels

Les signaux sensoriels tels que le goût, la texture, le toucher, l'odorat, la vue, sont des déterminants du comportement alimentaire. Ces derniers ont une influence sur les préférences à travers les différents sens (10,11).

Le thalamus joue un rôle dans la perception hédonique et le cortex orbito-frontal est une région où les informations gustatives, odorantes, visuelles et somesthésiques se retrouvent. Cela permet d'engendrer une image sensorielle complète de l'aliment (10).

Les aliments, surtout ceux riches en sucres et en graisses, sont source de plaisir et activent le système de récompense (10).

La diversité des aliments stimule l'appétit. Au cours d'un repas, le plaisir à manger un aliment diminue au fur et à mesure de sa consommation. Le plaisir peut être réactivé par l'arrivée d'un aliment différent. C'est ce qu'on appelle le rassasiement sensoriel spécifique.

Au moment d'acheter l'aliment, une réponse sensorielle a déjà lieu, en anticipation du plaisir qui sera ressenti lors de sa consommation. L'état de faim, associé à une perception gustative ou olfactive, engendre des sécrétions précédant et accompagnant la digestion, telles que la salive ou les sucs gastriques (10,11).

Les macronutriments n'ont pas le même effet sur la satiété selon leur type. Les protéines sont les plus satiétogènes, suivies des glucides puis des lipides. La composition nutritionnelle des aliments va donc influencer la satiété. La structure et la texture de l'aliment influence également le rassasiement. Les fibres diminuent la prise alimentaire car l'effort de mastication est plus grand et la vitesse d'ingestion est ralentie. (10,11).

2.1.4. Prix, marketing, étiquetage

Les choix alimentaires vont dépendre de la présentation de l'aliment, du marketing, de la satisfaction hédonique, sanitaire, et nutritionnelle. La perception peut être biaisée par l'emballage, la forme ou le contenant de l'aliment. Les personnes ont une aversion pour les tailles extrêmes et choisissent souvent des portions intermédiaires.

Cependant, la quantité servie à table ou présentée comme une portion peut perturber la perception de la quantité normale à consommer, comme par exemple les « big size » reprochées aux fast-foods (10).

Le choix alimentaire varie en fonction du prix des produits, du budget alloué à l'alimentation par la personne et de ses goûts.

L'accessibilité des denrées peut stimuler l'achat et la consommation, tout comme la vue des produits. Les promotions incitent à acheter en grande quantité et engendrent une augmentation de la consommation de l'aliment en question.

L'étiquetage ou les annotations n'ont pas toujours l'effet escompté chez le consommateur. Il n'y a pas de lien causal évident démontré entre les connaissances nutritionnelles et l'usage de l'étiquetage (16). Une marque, une allégation ou une croyance associée à l'étiquetage change la perception du produit. En général, le « sain » est surévalué et le « malsain » sous-évalué, l'appréciation étant très binaire. Les informations sur l'emballage permettent au

consommateur de voir ce qu'il veut voir pour aller dans le sens de sa croyance et ainsi valider ou non son choix (10).

2.1.5. Normes sociales

Les comportements alimentaires sont forgés par les normes sociales. Certaines normes alimentaires peuvent être communes à toute une population, d'autres à certaines cultures, au genre ou à une catégorie d'âge spécifique.

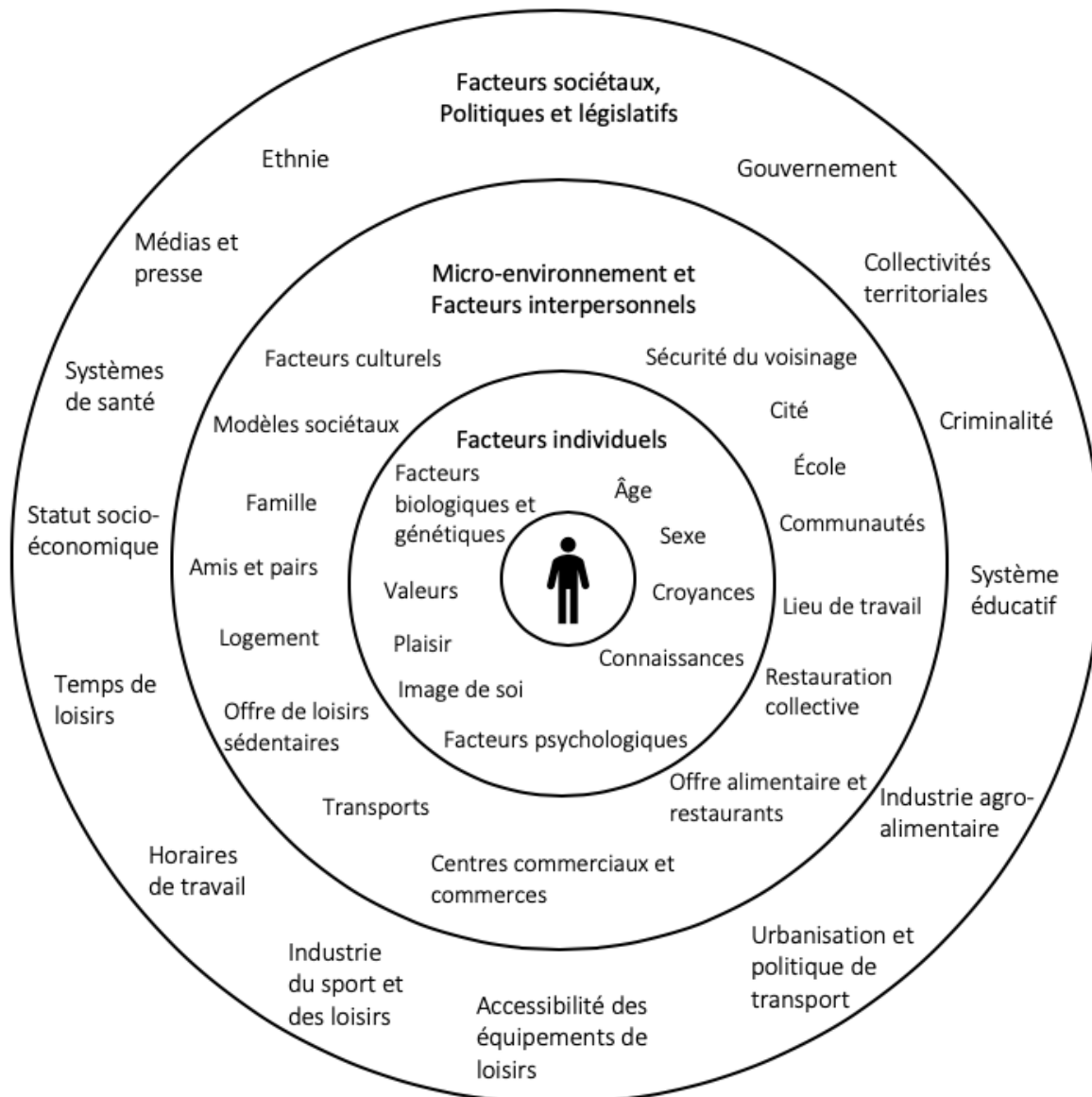


Figure 1 : Déterminants du comportement alimentaire selon Davidson et Birch (17)

Dans le livre « Sociologie de l'alimentation » du professeur en sociologie Jean-Pierre Poulain (2017), celui-ci définit les normes sociales des modalités alimentaires de la manière suivante : « Un modèle alimentaire se présente sous la forme d'une série de catégories emboîtées, imbriquées les unes dans les autres. Elles sont quotidiennement utilisées, par les membres d'une société, pour construire leurs décisions alimentaires, sans qu'ils en aient véritablement conscience. Au niveau d'un individu, le modèle alimentaire correspond à une série de règles imposées de l'extérieur au cours de la socialisation primaire, qui façonnent son goût, sa définition des aliments, des repas (...) Elles participent à la structuration de ses rythmes

biologiques en les incrémentant sur les rythmes sociaux. Mais ces contraintes laissent un espace de liberté qui permet à l'individu d'exprimer une certaine originalité. En retour, les "innovations" qui résultent de l'usage fait par les individus de l'espace de liberté peuvent ou non être retenues et intégrées dans le modèle alimentaire du groupe et se transmettre comme un héritage aux générations suivantes. » (18).

Le rythme des repas, leur structure et composition sont dépendants de la vie sociale : quand c'est l'heure du repas, nous mangeons sans prendre en compte les signaux physiologiques de faim qui disent parfois de manger plus tard ou plus tôt (10). Les incitations de l'environnement, les contraintes ou les informations contribuent également à régir nos comportements alimentaires (10).

Peu d'études s'intéressent à l'influence de l'écologie ou du bien-être animal sur le comportement alimentaire. Malgré cela, d'après nos observations, nous supposons que les valeurs éthiques personnelles jouent un rôle dans les choix alimentaires.

L'écologie nutritionnelle est une science interdisciplinaire qui traite de tous les composants de la chaîne alimentaire et évalue leurs effets selon quatre points de vue principaux : la santé humaine, l'environnement, la société et l'économie. La durabilité est un aspect qui en fait partie, elle indique "un type de développement qui satisfait les besoins actuels sans diminuer les possibilités pour les générations futures de satisfaire les mêmes besoins" (traduction libre) (19). Elle implique une répartition égale des ressources alimentaires, le choix d'une qualité et d'une quantité de nourriture adéquate qui assure une alimentation sans carences et qui peut prévenir les maladies liées à l'alimentation comme par exemple l'obésité (19).

De nombreuses personnes adoptent les valeurs de l'écologie nutritionnelle, que ce soit pour la durabilité, le bien-être animal ou afin de promouvoir leur santé. Le nombre de végétarien-ne-s semble d'ailleurs en augmentation. En Suisse, les végétarien-ne-s représentaient 1.8% de la population en 1992 ; ce chiffre est passé à 4.9% en 2017, incluant 6.9% de femmes et 2.9% d'hommes (20). En 2016, la population allemande comptait 4.3% de personnes pratiquant le végétarisme². L'étude de Mensink *et al.* (2016) a trouvé que dans les générations plus jeunes, entre 18 et 30 ans, les individus étaient plus nombreux à pratiquer le végétarisme et que le pourcentage de femmes était plus élevé (21). Ces constats semblent corroborer les données de la suisse. Cette augmentation de la prévalence du végétarisme ainsi que la popularité du véganisme³ vont de pair avec la communication des médias au sujet de l'industrialisation de masse et des méfaits des produits industriels ou de la viande rouge sur la santé et sur l'environnement (22–26).

De plus, il est démontré que les personnes qui consomment moins de viande ou qui adoptent une alimentation végétarienne sont plus soucieux du bien-être animal (27). Nous pouvons supposer que ce sont leurs valeurs qui les amènent à consommer moins de viande.

Au niveau sociétal, un clivage est présent entre les différentes classes sociales quant aux représentations par rapport à l'alimentation, influençant ainsi le niveau de conformité des comportements alimentaires avec les recommandations nutritionnelles. Les classes socio-économiques supérieures ainsi que les personnes avec de hauts diplômes se conforment davantage aux recommandations que les classes moins favorisées (10,13,14). Cela se traduit par une tendance à l'obésité plus élevée chez ces dernières.

² Type d'alimentation qui exclut les produits issus de la mise à mort d'animaux. Les végétarien-ne-s consomment de tout sauf la viande (volaille et gibier inclus), le poisson et les fruits de mer.

³ Type d'alimentation qui exclut tous les aliments provenant d'animaux. La viande, le poisson, les fruits de mer, mais aussi les œufs, les produits laitiers et le miel sont bannis. De plus, la plupart des véganes n'utilisent pas de matières et d'objets provenant d'animaux comme le cuir, la cire d'abeille et la laine.

Les normes sociales esthétiques concernant la minceur accentuent la séparation, puisque les femmes sont plus soucieuses de leur apparence et par conséquent de leur alimentation que les hommes (10).

Chez le nourrisson jusqu'à 2 ans, le comportement alimentaire est contrôlé de manière naturelle physiologiquement, puis l'éducation prend le pas sur les signaux physiologiques (10). Lors de la socialisation primaire, les enfants sont nourris tout d'abord par leurs parents, puis ils s'émancipent en mangeant de plus en plus en dehors du foyer. Cela fait partie de la socialisation secondaire. Pour des raisons pratiques et sociales, les établissements scolaires proposent des cantines pour éviter des déplacements répétés et permettre aux jeunes de se retrouver. Les habitudes alimentaires des enfants vont se calquer sur leur entourage. Les parents choisissent l'offre alimentaire qu'ils mettent à disposition à la maison et servent de modèle aux enfants. Par exemple, si les parents consomment beaucoup de lait, de fruits et de légumes, leurs enfants auront tendance à faire de même. Les enfants découvrent l'alimentation par expérimentation et par observation de leurs proches (30).

Selon Birch *et al.* (1980), le choix et la consommation de légumes sont influencés par les pairs chez les enfants en âge pré-scolaire (31).

Les tentatives des parents pour augmenter la consommation de fruits et légumes et diminuer les aliments "malsains" ont l'effet inverse de celui désiré. Si les parents sont restrictifs ou autoritaires, en interdisant certains aliments pour en privilégier d'autres, les enfants vont moins bien s'autoréguler et surconsommer. Cela aura également l'effet d'augmenter leur préférence pour les aliments "malsains" et diminuer leur préférence pour les aliments "sains" (30).

Selon Hankey *et al.* (2004), 12% des médecins généralistes en Grande-Bretagne pensaient, à tort, que les féculents faisaient grossir. Deux tiers des médecins et infirmier-ère-s pensaient que la cause principale de l'obésité était l'excès de graisse, un tiers estimait que c'était le sucre. La moitié des médecins et infirmier-ère-s croyaient qu'il était possible que des patients en surpoids, consommant 800-1200 kcal/jour, ne perdent pas de poids (32).

Comme les croyances et représentations sont existantes chez tous les êtres humains, on peut supposer que les professionnel-le-s de santé ne donnent pas toujours des conseils adéquats en matière d'alimentation.

2.2. Rôle de modèle de comportement du PS

Selon le Larousse, un des sens du mot modèle est défini comme suit : « Personne citée ou choisie à titre d'exemple pour qu'on s'inspire de sa conduite. » (33). Cette définition est celle qui se rapproche le plus du rôle de modèle de comportement des PS.

Selon Borchardt, adopter le rôle de modèle, en intégrant des habitudes saines, peut être une étape importante pour aider les autres à faire de même (34). Le personnel de santé et notamment les infirmiers-ère-s sont souvent considéré-e-s comme des modèles de comportements sains par le public. Or, il-elle-s n'appliquent pas toujours les conseils qu'il-elle-s donnent. L'étude de Blake et Harrison (2013) démontrait que 24% des infirmiers-ère-s au Royaume-Uni étaient en surpoids ou obèses, 47% n'étaient pas assez actif-ve-s physiquement pour être considéré-e-s en bonne santé, 73% ne consommaient pas les 5 portions de fruits et légumes recommandées par jour, et 17% étaient fumeur-se-s (35). Une revue systématique montre que les infirmier-ère-s qui avaient des comportements défavorables pour leur santé avaient une attitude moins favorable vis-à-vis des pratiques de promotion de santé (6). Cela fait ressortir l'importance de promouvoir la santé des infirmier-ère-s afin qu'il-elle-s puissent encourager leurs patients à adopter les mêmes habitudes.

Quant aux médecins, une revue systématique démontre que ceux qui ont un poids dans les normes auront davantage tendance à participer à la prévention d'excès de poids que leurs confrères en surpoids ou obèses (36).

De plus, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) stipule que les professionnel-le-s de la santé ont un devoir de promotion de la santé auprès de la population (37). Parmi eux, les infirmier-ère-s ont un contact très étroit avec les patients et leur entourage, ce qui leur donne un accès privilégié pour transmettre des conseils. S'il-elle-s n'appliquent pas les conseils donnés aux patients, il-elle-s sont en moins bonne santé. Les infirmier-ère-s en mauvaise santé ont moins tendance à promouvoir les bénéfices des comportements sains comme l'activité physique régulière, une alimentation équilibrée, éviter de fumer et boire de l'alcool. Leur état général influence le type de conseils qu'ils-elles se sentent légitimes de donner ; par exemple les infirmier-ère-s en surpoids ou obèses se sentent moins légitimé-e-s à transmettre des conseils en termes d'alimentation (36,38).

Au niveau législatif suisse, le patient a des droits et devoirs indispensables à connaître. Il a le libre choix de son/sa soignant-e. Si le/la soignant-e ne se sent pas compétent-e au vu de la situation, il-elle peut refuser d'effectuer les prestations médicales et doit référer le patient à un-e autre soignant-e compétent-e (39).

L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) mentionne que « [le] patient doit disposer d'une information complète et compréhensible pour être à même de prendre une décision. » (40). Le-la soignant-e a le devoir, dans le but de fournir des informations complètes, d'actualiser ses connaissances et pratiques dans son domaine, par le biais de la formation continue. Ces pratiques doivent être basées sur des preuves scientifiques (39).

L'OFSP, la littérature scientifique, la jurisprudence et la pratique révèlent que les informations fournies par les soignant-e-s sont parfois incomplètes. Le patient a droit à l'information la plus juste et complète en matière d'alimentation. Si le-la soignant-e ne se sent pas suffisamment compétent, son devoir est de référer le patient à un-e diététicien-ne. Dans le cas contraire, il encourt de sa responsabilité en cas de transmission d'informations lacunaires ou inexactes au patient.

Le code de déontologie de l'Association Suisse Des Diététicien-ne-s (ASDD) comporte les mêmes principes. De plus, les diététicien-ne-s se doivent de transmettre leurs connaissances et expériences à leurs collègues et aux autres professionnel-le-s (41).

2.3. Niveau de formation des professionnel-le-s de santé

Selon la loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan), les professions suivantes sont considérées comme professions de santé au sens de la loi (42) :

- Infirmier-ère-s
- Physiothérapeutes
- Ergothérapeutes
- Sages-femmes
- Diététicien-ne-s
- Optométristes
- Ostéopathes

Tous les professionnel-le-s de santé sont détenteurs d'au minimum un diplôme de Bachelor dont les filières d'études sont accréditées. Afin d'exercer en Suisse, les diplômes étrangers des PS doivent être reconnus.

Nous avons inclus dans nos recherches, en plus des professionnel-le-s de santé, les professionnel-le-s suivant-e-s :

- Médecins (toutes spécialités) et psychiatres
- Psychologues
- Technicien-ne-s en radiologie médicale

- Pharmacien-ne-s et assistant-e-s en pharmacie
- Laborantin-e-s
- Éducateur-trice-s en santé
- Chiropraticien-ne-s
- Assistants en soins et santé communautaires (ASSC)

Nous estimons, même si ces professions ne font pas partie de la liste de la LPSan, que ce sont des professionnel-le-s travaillant dans le milieu de la santé susceptibles de conseiller des patients. L'arborescence des MeSH Terms a appuyé notre décision puisqu'elle inclut toutes les professions que nous avons citées plus haut, mais aussi d'autres sous le terme de "health personnel".

En Suisse romande, les formations universitaires en médecine et celles des Hautes Écoles de Santé en Soins infirmiers ne laissent pas beaucoup de place dans leur cursus aux cours sur la nutrition, faute de temps. À la Faculté de médecine de Genève, le curriculum ne possède qu'une seule unité de cours (sur 7), en deuxième année, dédiée à la "Nutrition, Digestion et Métabolisme" sur 6 ans d'études (43). En ce qui concerne la Faculté de médecine de Lausanne, quatre périodes de cours sont dédiées au "Système digestif, nutrition, proctologie". Au total, 7 crédits ECTS sont attribués au module "Digestion et métabolisme", ce qui représente entre 175-210 heures de cours et travail personnel, soit 2% de leur formation (44). La Haute École de Santé (HEdS) de Genève ne prévoit pas, dans le curriculum dédié aux soins infirmiers, de cours spécifiques sur la nutrition (45).

Le cursus de sage-femme forme à l'alimentation de la femme enceinte et du nouveau-né mais pas aux autres domaines de l'alimentation (46). En ostéopathie, ergothérapie, physiothérapie, aucun module n'est spécifiquement accordé à la nutrition. La filière physiothérapie comporte 8 heures de cours sur l'entretien motivationnel et 7 heures de cours sur la nutrition (du nourrisson à la personne âgée), le tout donné par des diététicien-ne-s. Dans la filière sage-femme, 2 heures de cours sont consacrées à la prévention du surpoids chez l'enfant et les mesures de santé publique et 2 heures au véganisme.

D'autres heures de cours sont données sur le thème de la nutrition dans les formations post-grade professionnelles et académiques : 30 crédits ECTS pour le Master en Santé en orientation Nutrition & Diététique, 10 heures pour le CAS (Certificate of Advanced Studies) en promotion de la santé et santé communautaire, 8 heures pour le CAS en gériatrie, 3 heures pour le CAS en cicatrisation, 4 heures pour le DAS (Diploma of Advanced Studies) dans ce même domaine (47).

Le manque de formation et de connaissances préalables s'avère problématique lorsque l'on doit conseiller un individu, car l'absence d'expertise ne permet pas une transmission adéquate de conseils et d'informations. De plus, le sentiment de légitimité du soignant ou du/de la professionnel-le de santé sera diminué, dans la mesure où il-elle s'aventure dans un domaine d'expertise qu'il-elle ne maîtrise pas (36,37,38). L'ensemble de ces problématiques entraîne inévitablement des soins de qualité non optimale.

L'hypothèse que nous émettons est que certain-e-s PS peuvent s'estimer compétents et légitimes pour transmettre des conseils nutritionnels sans avoir réellement les facultés nécessaires basées sur les preuves scientifiques, mais en s'appuyant sur des croyances erronées.

De surcroît, pour permettre un changement de comportement durable, l'aspect pédagogique est à prendre en compte. Il faut rendre conscient le patient des conséquences néfastes potentielles à continuer son comportement alimentaire et trouver avec lui des motivations pour changer ce comportement. Il convient ensuite d'élaborer avec lui des stratégies adéquates pour changer de comportement, en réévaluant régulièrement les objectifs consentis. Sans ces étapes, la modification du comportement ne s'effectuera pas ou sera de courte durée.

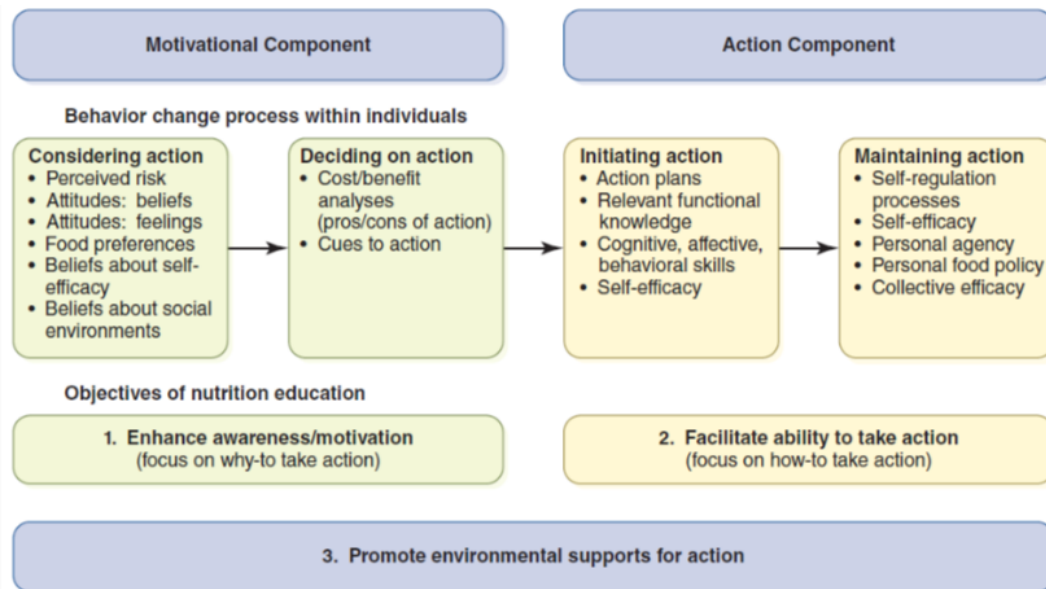


Figure 2 : Schéma théorique de l'éducation nutritionnelle fixant des objectifs de changement sur des comportements identifiés

2.4. Santé publique

2.4.1. Définition de la santé

L'OMS définit en 1946 la santé comme suit : « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (48).

Cette définition a des limites puisque le mot « complet » fait que nous serions en grande majorité en mauvaise santé. En effet, l'adjectif complet n'est pas mesurable et il est également difficile d'être en permanence en état de santé optimal. Cette définition perd la notion de pouvoir aller mieux et induit une médicalisation de la société. Lors de la conception de la définition de la santé par l'OMS, les maladies chroniques étaient moins présentes, c'est pourquoi cette définition ne correspond plus à la situation actuelle.

La Charte d'Ottawa, propose une définition plus dynamique mettant en avant les prérequis suivants pour être en bonne santé (49) :

« Se loger ;
Accéder à l'éducation ;
Se nourrir convenablement ;
Disposer d'un certain revenu rejoint les besoins de sécurité ;
Bénéficier d'un écosystème ;
Compter sur un apport durable de ressources ;
Avoir droit à la justice et à un traitement équitable »

Tous ces besoins peuvent être rattachés aux deux étages inférieurs concernant la sécurité et les besoins physiologiques de la pyramide de Maslow, théorie hiérarchisée des besoins.

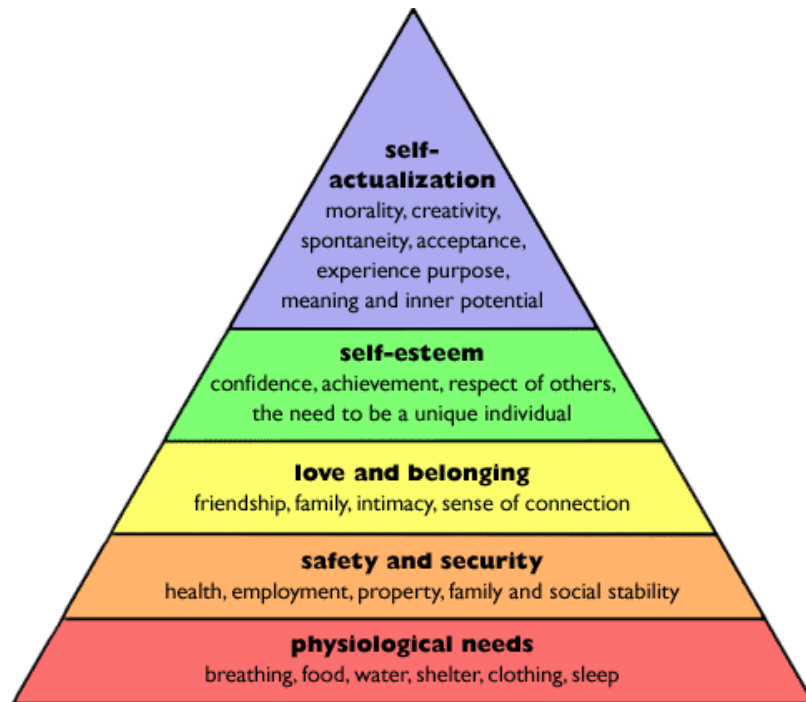


Figure 3 : Pyramide de la hiérarchisation des besoins selon Maslow (50)

Selon la conception de la Charte d'Ottawa, la santé est perçue comme une ressource, et non comme but de la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Divers facteurs peuvent favoriser la santé ou lui porter préjudice : politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques (49).

Le schéma ci-dessous illustre ces différentes variables :

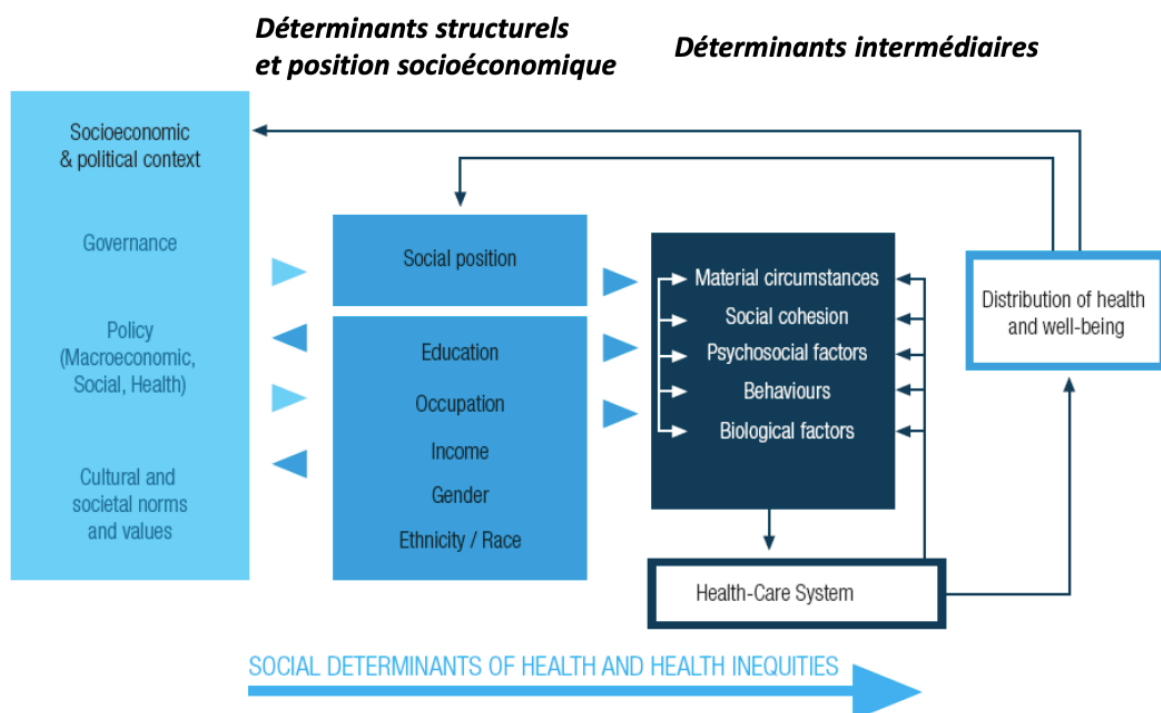


Figure 4 : Déterminants de la santé selon Cantoreggi (51)

2.4.2. Prévention et promotion de la santé

Selon Detels et al. (2017), le concept de santé publique est défini comme suit : l'art et la science de prévenir les maladies, promouvoir la santé et prolonger la vie par un effort organisé de la société. » (traduction libre) (52).

Afin de prolonger la durée de vie et de garantir une bonne qualité de vie aux individus, il convient d'éviter les maladies engendrant des décès précoces ainsi que de maintenir et d'améliorer la santé de l'ensemble de la population. Les démarches doivent être basées sur des évidences scientifiques prouvant leur efficacité. Les moyens mis en place doivent respecter les désirs des patients. La réussite nécessite une mise en commun des compétences de diverses disciplines et professions ainsi que les efforts des individus et collectivités (53).

La promotion de la santé englobe toutes les interventions qui favorisent la santé d'une population. Elle peut se situer au niveau individuel, en renforçant par exemple la capacité de la personne à agir ou au niveau environnemental, en améliorant par exemple les conditions de vie.

Quant à la prévention, il s'agit d'interventions ciblant des pathologies spécifiques qu'il faut prévenir et/ou dépister. Elle peut intervenir au niveau individuel, en ayant comme but de modifier les comportements grâce à une modification des connaissances et/ou croyances par le biais de l'information par exemple. La prévention peut être environnementale au moyen de directives ou de législation par exemple (E.g. restriction de la publicité sur le tabac). Il en existe quatre types (53) :

- La prévention primaire cherche à éviter l'apparition d'une maladie par l'incitation à adopter des comportements de vie sains et éviter les comportements à risque.
- La prévention secondaire consiste en l'identification précoce des risques de développement et/ou de la présence d'une maladie. Le but est d'effectuer une prise en charge, un diagnostic et un traitement précoce pour supprimer les facteurs de risques ou limiter la progression de la maladie.
- La prévention tertiaire vise les patients ayant une maladie déjà diagnostiquée. Elle permet d'améliorer le pronostic, minimiser les séquelles et le risque de rechute.
- La prévention quaternaire a pour objectif d'éviter une surmédicalisation des patients. Elle sert à trouver des soins éthiquement et médicalement adéquats pour soulager le patient en évitant des investigations inappropriées ou superflues (54).

La diététique intervient dans tous les types de prévention. L'Académie de Nutrition et Diététique (AND) a publié un article qui démontre avec une évidence forte que la thérapie nutritionnelle (prévention secondaire et tertiaire) a un effet positif pour le traitement de l'obésité, du diabète et de la dyslipidémie (55). La nutrition a donc son rôle à jouer dans la promotion de la santé et en prévention des maladies chroniques.

Types de prévention			Côté médecin	
			Maladie	
			✗	✓
Côté patient	Maladie	✗	Primaire	Secondaire
		✓	Quaternaire	Tertiaire

Tableau 1 : Classification des types de prévention

Il a été prouvé scientifiquement que certains styles de vie sont la cause de pathologies. Des comportements de vie spécifiques sont donc mis en avant en prévention et promotion de la

santé : le tabagisme, la nutrition et les habitudes alimentaires, l'activité physique, la consommation de substances psychotropes et les habitudes sexuelles (53).

Une alimentation inadéquate et/ou un excès de poids constituent des facteurs de risque importants au développement de certaines maladies comme le diabète, la dyslipidémie, l'hypertension artérielle et certains cancers. Le but à long terme des diététicien-ne-s et autres expert-e-s de l'alimentation est de permettre aux individus de trouver l'équilibre entre les apports énergétiques fournis par l'alimentation et la dépense énergétique. Si ce rapport est équilibré, cela garantit un poids stable.

À tout âge, une activité physique régulière d'au minimum 30 minutes par jour à intensité moyenne est importante. Elle permet d'augmenter la dépense énergétique. Le manque d'activité physique est attesté comme l'une des premières causes de décès évitable (53).

Selon la charte d'Ottawa, la promotion de la santé a pour « but de confier aux individus la maîtrise de leur propre santé et suffisamment de moyens pour l'améliorer (...) » (49). Connaître les comportements dangereux pour la santé est essentiel. Les professionnel-le-s de la santé doivent identifier les comportements à risque et donner des conseils adéquats en conséquence. Ainsi, l'éducation en santé met à disposition des connaissances qui vont favoriser les attitudes et comportements sains.

L'empowerment, « ensemble des stratégies qui permettent aux individus d'organiser leur vie personnelle et sociale (...) », sous-entend que le pouvoir est dans les mains du patient et plus uniquement du personnel de santé ou des autres intervenants. Chacun est capable de modifier son comportement. Les PS donnent des conseils qui peuvent déclencher et faciliter la modification du comportement. En effet, des informations sur les bienfaits à adopter un comportement sain et sur les manières d'abandonner un comportement malsain, ainsi que la motivation de l'individu, permettent d'obtenir un changement. Certaines conditions sont nécessaires afin de réaliser les stratégies de prévention et promotion de santé : une politique explicite de promotion de la santé aux niveaux fédéral, cantonal et communal ; un personnel formé et l'existence d'interventions basées sur des preuves scientifiques. Les acteurs principaux sont les médecins et l'ensemble du personnel soignant (53).

L'OMS a établi une stratégie pour réduire les maladies non-transmissibles (MNT). Elle stipule que la majorité des facteurs de risque pour développer des MNT sont : le tabagisme, l'alimentation inadéquate, l'activité physique insuffisante et la consommation abusive d'alcool. Le premier objectif fixé par l'OMS est le suivant : « Accroître la priorité accordée à la prévention et au contrôle des MNT dans les programmes mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus au niveau international, grâce à une coopération internationale renforcée et à des actions de sensibilisation. » (Traduction libre). L'un des points pour y parvenir implique le renforcement des capacités institutionnelles et de la formation du personnel de santé (56).

Au niveau Suisse, la même stratégie a été mise en place au niveau national. Les maladies non transmissibles principalement concernées sont les cancers, les maladies cardiovasculaires, les affections chroniques des voies respiratoires, le diabète de type II et les maladies de l'appareil locomoteur. Ces maladies sont responsables de 80% des coûts de la santé, c'est pourquoi leur prévention et une amélioration de leur prise en charge sont importantes pour réduire ces coûts. La Confédération encourage les personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches à se former afin d'augmenter leurs compétences en santé et prendre en charge leur maladie de manière plus autonome. La stratégie MNT incite les professionnel-le-s de la santé à acquérir des compétences au niveau de la prévention grâce aux formations initiales, continues et tous autres enseignements utiles (57).

2.5. Parcours de soins coordonnés et interprofessionnalité

Selon l'OFSP, les soins coordonnés sont définis comme "L'ensemble des processus visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients dans toute la chaîne de traitement. Le patient figure au premier plan : la coordination et l'intégration s'appliquent tout au long de son parcours."

Ces soins ont toute leur importance puisque la population voit son espérance de vie se rallonger, augmentant ainsi les maladies chroniques et les comorbidités. Ce sont les personnes très âgées et polymorbides et les personnes atteintes de maladies chroniques qui font partie des 10% des assurés qui bénéficient de 70 à 80% des prestations de santé. La Confédération désire améliorer la coordination des soins chez ces groupes de personnes afin de mieux gérer les coûts en évitant des traitements superflus dus à une mauvaise coordination des soins (58).

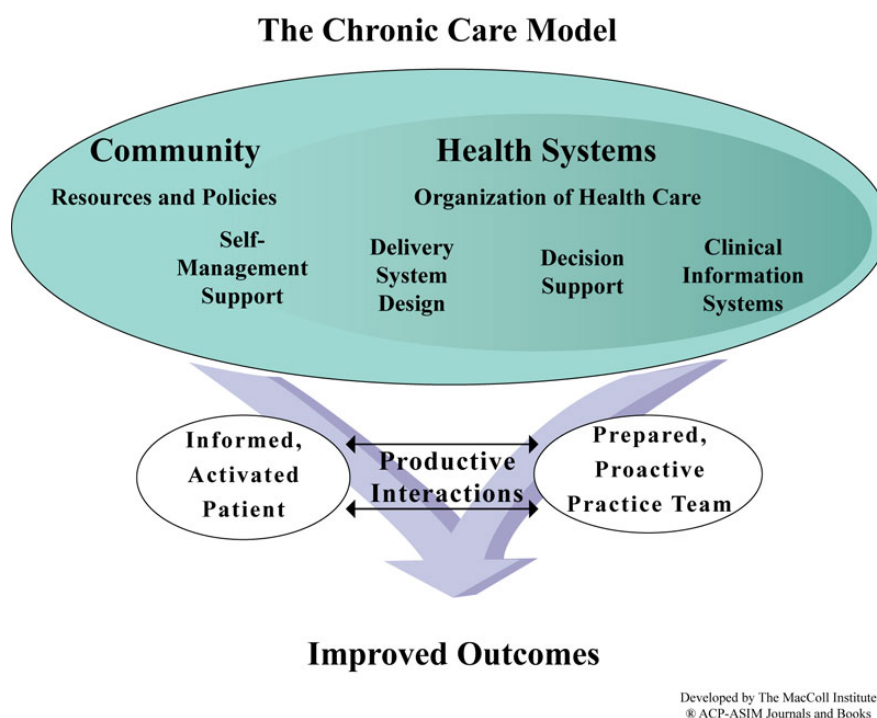


Figure 5 : Modèle pour le traitement des maladies chroniques (59).

Au vu de l'évolution démographique en Suisse, il y aura de plus en plus de personnes souffrant de maladies chroniques ou de polymorbidités. Parallèlement, une pénurie de personnel de santé est prévue, ce qui impactera négativement le temps passé par le personnel médical auprès des patients. Tous les membres du système de santé devront s'adapter et l'interprofessionnalité aura un rôle majeur à jouer afin de faire gagner du temps aux soignants et médecins prenant en charge un même patient. L'interprofessionnalité permet une collaboration plus efficace surtout pour des patients consultant souvent. La personne la plus qualifiée de l'équipe interprofessionnelle assume la responsabilité du cas. Chaque membre de l'équipe connaît les compétences de ses collègues pour permettre une bonne coordination des soins. Cette stratégie évite des traitements inadéquats, permet de raccourcir les séjours hospitaliers et de réduire le nombre de consultations de suivi. Il n'existe pas de hiérarchie stricte de type vertical, ce qui conduit à une meilleure satisfaction personnelle et à une plus longue durée d'exercice dans la profession (60).

En Suisse, le programme de promotion de l'interprofessionnalité 2017-2020 comporte deux aspects importants (60) :

- La promotion de l'interprofessionnalité grâce à de nouvelles bases de connaissances pratiques sous forme de projets de recherche.
- L'analyse et la documentation d'instruments et d'offres existantes. La documentation peut servir de base pour mettre en œuvre ses propres offres dans les domaines de la formation interprofessionnelle ou de l'exercice de la profession.

2.6. Place des diététicien-ne-s

Une alimentation saine est fondamentale afin de garantir une santé optimale. Les maladies non transmissibles les plus courantes sont toutes influencées par l'alimentation, à l'exception des maladies chroniques des voies respiratoires (61). Cela démontre que les diététicien-ne-s ont un rôle primordial dans la promotion de la santé. Contrairement aux diététicien-ne-s, qui sont spécialistes du domaine de la nutrition, les autres PS détiennent des connaissances de base, parfois insuffisantes dans ce domaine.

		Maladies				
		Maladies cardio-vasculaires	Diabète	Cancer	Maladies chroniques des voies respiratoires	Maladies musculo-squelettiques
Facteurs d'influence	Tabac	●	●	●	●	●
	Alcool	●		●		●
	Alimentation	●	●	●		●
	Activité physique	●	●	●		●
	Pression artérielle	●				
	Lipidémie	●				
	Poids	●	●	●	●	●

Figure 6 : Facteurs d'influence des maladies chroniques (57).

L'Académie de Nutrition et Diététique (AND) a démontré avec une forte évidence l'effet positif de la thérapie nutritionnelle pour des pathologies comme l'obésité, le diabète, la dyslipidémie (55). Ceci corrobore le fait que les experts dans le domaine de la nutrition sont les diététicien-ne-s. De plus, certaines études démontrent de meilleurs résultats quand ce sont les diététicien-ne-s plutôt que les autres professionnel-le-s de la santé qui accompagnent le patient dans la thérapie nutritionnelle (62-63).

Le référentiel des compétences des professions de la santé HES (Annexe I) contient une partie concernant le Bachelor en Nutrition et Diététique. Il est stipulé que les diététicien-ne-s : "agissent avec compétence et prennent des décisions pertinentes, en rapport avec la nutrition, dans des situations complexes, difficilement prévisibles et maîtrisables" (64).

Une partie dédiée à la communication dit que les détenteur-ice-s du Bachelor doivent "explicitement et rendre [leur] activité professionnelle visible vis-à-vis des pairs et des autres professionnels et documentent leurs pratiques dans un souci d'évolution positive et de traçabilité."

En lien avec l'interprofessionnalité, on retrouve les compétences suivantes au niveau Bachelor pour le rôle de « collaborateur » et « d'apprenant et formateur » :

- Les diététicien-ne-s sollicitent des collaborations professionnelles et interprofessionnelles et s'intègrent dans des réseaux existants ;
- Lors de processus interdisciplinaires, les diététicien-ne-s apportent leur expertise en nutrition dans l'intérêt de la santé des individus ou populations cibles, dans le respect des compétences des professionnel-le-s impliqué-e-s et de leurs propres limites ;
- Les diététicien-ne-s transmettent les nouveaux savoirs et forment leurs partenaires de manière à ce que leurs actions en lien avec la nutrition soient conformes aux références et aux bonnes pratiques.

Les diététicien-ne-s ont donc pour devoir de collaborer avec les autres PS, de les former et d'apporter leur expertise dans le domaine de la nutrition.

Au niveau du Master en Nutrition et Diététique, on retrouve les compétences plus poussées suivantes :

- Pour garantir une vision globale des processus, les diététicien-ne-s recherchent de manière ciblée les collaborations professionnelles et interprofessionnelles et constituent des réseaux spécifiques ;
- Les diététicien-ne-s motivent les pairs et les équipes à viser une amélioration continue des pratiques et font progresser les missions et activités professionnelles ;
- Entre professionnel-le-s et au sein d'équipes interdisciplinaires, les diététicien-ne-s gèrent efficacement des situations difficiles et conflictuelles en démontrant une compétence de communication élevée.

On peut imaginer que l'amélioration des pratiques peut se faire en informant les autres spécialistes de la santé des bonnes pratiques.

En 2017, l'Association Suisse Des Diététicien-ne-s recensait 1470 diététicien-ne-s enregistrés en Suisse. Le sondage de la statistique professionnelle sur les diététicien-ne-s en Suisse révélait que sur les 758 questionnaires retournés, 671 personnes étaient actives en tant que diététicien-ne-s (2). 23 095 médecins en équivalent plein temps étaient dénombrés en 2017 et 97 698 infirmiers-ères en 2019 (65,66).

Comme les diététicien-ne-s sont en nombre restreint par rapport aux autres PS, les personnes nécessitant une prise en charge diététique ne sont pas toujours en contact direct avec l'un-e d'entre eux-elles durant leur séjour hospitalier, lors d'un suivi ambulatoire ou pour les soins à domicile. C'est pourquoi il est important de permettre aux PS qui sont en première ligne dans la prise en charge d'un individu, l'acquisition de connaissances et de compétences de base solides dans le domaine de la nutrition pour qu'ils prennent le rôle de multiplicateurs relais (67), sans pour autant se substituer à l'expertise des diététicien-ne-s. Ainsi ils pourront à leur tour améliorer les connaissances et compétences de la population en matière de santé et lui permettre d'agir sur sa propre santé. Il est aussi souhaitable que ces professionnel-le-s participent au dépistage des personnes nécessitant une prise en charge nutritionnelle et qu'elles reconnaissent leurs limites afin de les référer rapidement aux diététicien-ne-s, experts dans ce domaine.

L'interprofessionnalité permet une plus grande efficacité de prise en charge, particulièrement en cas de pénurie de soignant-e-s et pour le traitement de maladies chroniques. Les compétences et responsabilités peuvent être réparties afin que chacun exerce de manière optimale ses aptitudes dans son domaine de compétences en ce domaine (68). Il est important de collaborer entre soignant-e-s et diététicien-ne-s, de se répartir les tâches afin que les diététicien-ne-s (en nombre inférieur) puissent prendre en charge les cas complexes que les autres professionnel-le-s ne sont pas en mesure de traiter par manque de compétences. Il serait possible de parfois déléguer des tâches simples en lien avec l'alimentation aux autres soignant-e-s, plus nombreux, après les avoir formé-e-s. Dans la mesure où les informations

nécessaires leurs sont transmises, il-elle-s peuvent acquérir les compétences requises pour donner des conseils sur le sujet.

Ce type d'organisation nécessiterait un cahier des charges précis et un organigramme afin de clarifier les responsabilités, activités, missions, exigences de chacun et ainsi limiter les risques de dépassement des compétences. On pourrait imaginer que des groupes interprofessionnels soient supervisés par des diététicien-ne-s.

3. Problématique

Le nombre de diététicien-ne-s est bien inférieur à celui des autres professionnel-le-s de la santé. Il serait donc intéressant de déléguer certaines tâches. Cependant, certaines études relèvent le manque d'expertise chez les infirmier-ère-s concernant l'entretien motivationnel, l'évaluation nutritionnelle, la nutrition et le traitement de l'obésité. Il-elle-s disent manquer de connaissances quant aux options possibles pour référer les patients et doutent de l'efficacité de l'intervention nutritionnelle (69).

Un manque de connaissances est également présent chez les médecins, même si 2/3 d'entre eux sont capables de répondre correctement à des questions relatives à l'alimentation (6).

Les points cités ci-dessus posent problème et vont dans le sens de la théorie du rôle de multiplicateurs relais des diététicien-ne-s pour donner les outils nécessaires aux autres PS, leur démontrer que les interventions nutritionnelles fonctionnent, et leur permettre de juger quand et à qui référer le patient. De plus, la théorie des multiplicateurs relais semble bien acceptée parmi les PS car ceux-ci connaissent le rôle essentiel des équipes de soins de premier recours, des gynécologues obstétricien-ne-s, des pédiatres dans la transmission des conseils alimentaires (6,11).

Quant à la prévalence des conseils en alimentation donnés par les professionnel-le-s de la santé, seulement 13% des patients disent avoir discuté d'alimentation avec leur médecin de premier recours (6). Une étude américaine portant uniquement sur les femmes médecins montre que presque la moitié auraient donné des conseils en lien avec la gestion du poids et l'alimentation au cours de l'année écoulée (11).

Il semble qu'il y ait une différence de perception entre les PS et les patients quant aux conseils concernant l'alimentation. Cela explique la variation importante des chiffres selon les études. Même si la moitié des PS donnaient des conseils, cela ne suffirait pas aux États-Unis à assurer la santé de leur population, puisque plus de 70% de celle-ci est en surpoids ou obèse actuellement (69). En Suisse, en 2017, 42% des personnes étaient en surpoids ou obèses, ce qui signifie qu'un peu moins de la moitié de la population aurait besoin de conseils alimentaires et de gestion du poids (71).

La question de l'impact de ses propres comportements en santé sur sa capacité à promouvoir des habitudes de vie saines est pertinente. La théorie selon laquelle les comportements en matière de santé des infirmier-ère-s influenceraient leur capacité à promouvoir la santé a été invalidée par une revue systématique. Une seule étude de cette revue montrait que l'alimentation des infirmier-ère-s affectait leur confiance à donner des conseils alimentaires sains (36).

Les femmes médecins ayant des habitudes saines en alimentation se sentaient plus légitimes pour enseigner à leurs patients des pratiques alimentaires saines et de gestion du poids que les autres professionnel-le-s (11).

Dans la même thématique, les PS avec un poids normal semblent se sentir plus efficaces à donner des conseils que ceux en surpoids ou obèses. Ils sont aussi perçus comme plus crédibles par les patients et le public (8).

Peu d'études existent sur le sujet des conseils alimentaires donnés par les autres PS, c'est pourquoi cet aspect sera traité dans ce travail.

4. Étude

4.1. Buts

Notre travail a pour but principal d'analyser la littérature existante qui décrit les liens entre les comportements alimentaires, les représentations ainsi que les connaissances des professionnel-le-s de la santé et l'implication que cela a sur les conseils qu'ils transmettent aux patients. Nous souhaitons, à la lumière de ce que les études démontreront, réaliser des esquisses de recommandations pour les PS afin d'améliorer leur prise en charge, indépendamment de leurs caractéristiques personnelles. La finalité de notre projet est d'encourager une réflexion chez les personnes travaillant dans le domaine médical sur les croyances et comportements qui n'appartiennent qu'à eux, afin de les identifier et de s'en affranchir dans l'exercice de leur travail auprès des patients.

4.2. Objectifs

Notre démarche s'inscrit dans une recherche d'amélioration de la qualité des soins mais aussi dans l'affirmation de l'importance des diététicien-ne-s dans le domaine des soins.

Objectifs de nos recherches :

- Définir quels sont les déterminants du comportement alimentaire qui influencent les conseils des professionnel-le-s de la santé.
- Identifier les liens entre ces déterminants et la quantité/qualité des conseils donnés aux patients.
- Appréhender les conséquences que cela implique sur la qualité de la prise en charge des patients.

Objectifs de notre revue de littérature :

- Élaborer des pistes de recommandations pour l'amélioration des soins.
- Délimiter les domaines de compétences des diététicien-ne-s.
- Caractériser le rôle des diététicien-ne-s dans la formation des autres professionnel-le-s de santé.

4.3. Question de recherche

Notre question de recherche est la suivante :

« De quelle manière les déterminants du comportement alimentaire des professionnel-le-s de la santé pourraient influencer le contenu des conseils alimentaires transmis à la population en santé ou malade ? »

4.4. Population

La population étudiée est composée des professionnel-le-s suivants :

- Professions de santé : infirmiers-ère-s et diététicien-ne-s, physiothérapeutes, sages-femmes, technicien-ne-s en radiologie médicale, pharmacien-ne-s, assistant-e-s en pharmacie, laborantin-ne-s, éducateur-trice-s en santé, ostéopathes, chiropraticien-ne-s, autres membres du personnel de santé.
- Professions médicales (médecins avec tous types de spécialisations).
- Professions de la psychologie (psychiatres, psychologues).

4.5. Hypothèse

Notre hypothèse générale est que les connaissances et modalités alimentaires des soignants ont une influence sur les conseils alimentaires transmis à la population, qu'elle soit en bonne santé ou malade.

Plus précisément, nous pensons qu'un-e PS avec de meilleures connaissances en alimentation aura plus tendance à transmettre des conseils alimentaires aux personnes qu'il prend en charge. À contrario, un-e PS avec moins de connaissances en alimentation sera plus réservé-e et donnera moins souvent des conseils alimentaires à ses patients.

Les modalités alimentaires influencent selon nous les conseils donnés, c'est-à-dire qu'un-e professionnel-le de la santé mangeant équilibré aura plus de facilité à conseiller à un patient de manger de manière équilibrée qu'un-e professionnel-le ayant une alimentation déséquilibrée. Au même titre, nous imaginons que les croyances des PS ont tendance à être transmises à la population par ces derniers.

5. Méthodologie

5.1. Stratégie de recherche documentaire de la revue quasi-systématique

Le design de notre travail consiste en une revue quasi-systématique de la littérature. Ce type de revue est une compilation de plusieurs études et de leurs résultats pour explorer une question de recherche et répondre à une problématique prédéfinie. Les études sont analysées de manière critique afin de déceler leurs forces ainsi que leurs failles en minimisant les biais. Les revues quasi-systématiques permettent de synthétiser les connaissances existantes sur un sujet donné. Sa structure est précise et contient plusieurs étapes d'analyse (sélection d'études, évaluation de la qualité des études, combinaison des données...), cela permet d'évoquer de manière systématique tous les aspects importants de chaque étude analysée.

5.2. Bases de données

Les moteurs de recherche utilisés sont : Pubmed, CINAHL, Embase, Cochrane et Google Scholar. Ils concernent les milieux de soins, toutes disciplines comprises. Google Scholar permet d'avoir un champ plus large pour trouver d'éventuels articles manquants qui ne seraient pas apparus dans les autres bases de données.

Les mots-clés utilisés pour nos recherches ont été clarifiés sur le thésaurus de HeTOP afin d'englober tous les thèmes de notre recherche de la manière la plus précise possible (72).

Concernant le tri des articles, le travail a été séparé en 2 parties dès la sélection par titres. Les abstracts ont été lus individuellement. Chacune d'entre nous a contrôlé le travail de l'autre en relisant la sélection par titres et abstracts afin de ne pas exclure des articles correspondants aux critères d'inclusion, ni d'inclure ceux qui ne l'étaient pas. Les articles retenus ont ensuite été séparés d'un commun accord en 2 parties égales. Chacune d'entre nous a lu sa part d'articles, a sélectionné les articles finaux à inclure, et les a analysés au moyen des grilles d'analyses adaptées. Nous avons également relu le travail de l'autre afin d'éviter les erreurs. Les articles pertinents mentionnés dans les bibliographies des articles sélectionnés ont aussi été soumis aux critères d'inclusion et inclus s'ils y correspondaient.

5.3. Mots-clés

Le tableau contenant les mots clés des recherches effectuées selon les bases de données se situe ci-dessous :

Concepts	HeTOP (MeSH en français)	HeTOP (MeSH en anglais) Medline via PubMed	CINAHL Complete	Embase	Cochrane	Google Scholar
Professionnel s de la santé	Personnel de santé	health personnel		health care personnel	health personnel	
Connaissanc es en nutrition	Connaissances en nutrition	<i>nutrition* knowledge (all fields)</i>				
Modalités alimentaires	Régime alimentaire	diet				
Promotion de la santé	Promotion de la santé	health promotion				

Tableau 2 : Mots-clés utilisés selon la base de données

Les termes en italiques sont des termes non considérés comme MeSH mais nécessaires pour notre recherche.

L'équation de recherche utilisée pour la recherche sur PubMed est la suivante :
((health personnel[MeSH Terms]) AND ((nutrition* knowledge) OR diet[MeSH Terms])) AND health promotion[MeSH Terms].

Toutes les recherches ont été effectuées le 12.02.2020 avec un filtre ou une exclusion des articles de plus de 15 ans (01.01.2005 au 12.12.2020).

5.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Tout type d'étude	Études depuis 2005
Adultes (≥ 18 ans) et personnes âgées	Enfants, adolescent-e-s jusqu'à 17 ans y compris
Tous les professionnel-le-s de la santé	Étudiant-e-s dans le domaine de la santé
Pays industrialisés selon la liste des Nations Unies (59)	Pays en développement
Langues : anglais, français, italien et allemand	
Études traitant des modalités alimentaires et/ou connaissances des professionnel-le-s de la santé et/ou leur impact sur les conseils alimentaires donnés	Interventions en promotion de santé

Tableau 3 : Critères d'inclusion et d'exclusion

5.5. Sélection des études

Dans un premier temps, nous avons sélectionné les articles sur la base de leur titre et abstract pour déterminer ceux qui semblaient pertinents. Une lecture approfondie de chaque article a ensuite permis d'effectuer la sélection finale. Chaque article retenu a été analysé qualitativement et quantitativement grâce aux grilles d'analyse de la HEdS (Annexe II) et à une grille d'analyse d'études qualitatives (CASP) en Annexe III.

Chacune d'entre nous a lu et sélectionné ou éliminé les articles des différentes bases de données, tout en relisant le travail de l'autre. Suite à la lecture des bibliographies des articles retenus, quatre articles supplémentaires ont été sélectionnés et après les avoir examinés, trois d'entre eux sont venus s'ajouter à la sélection finale.

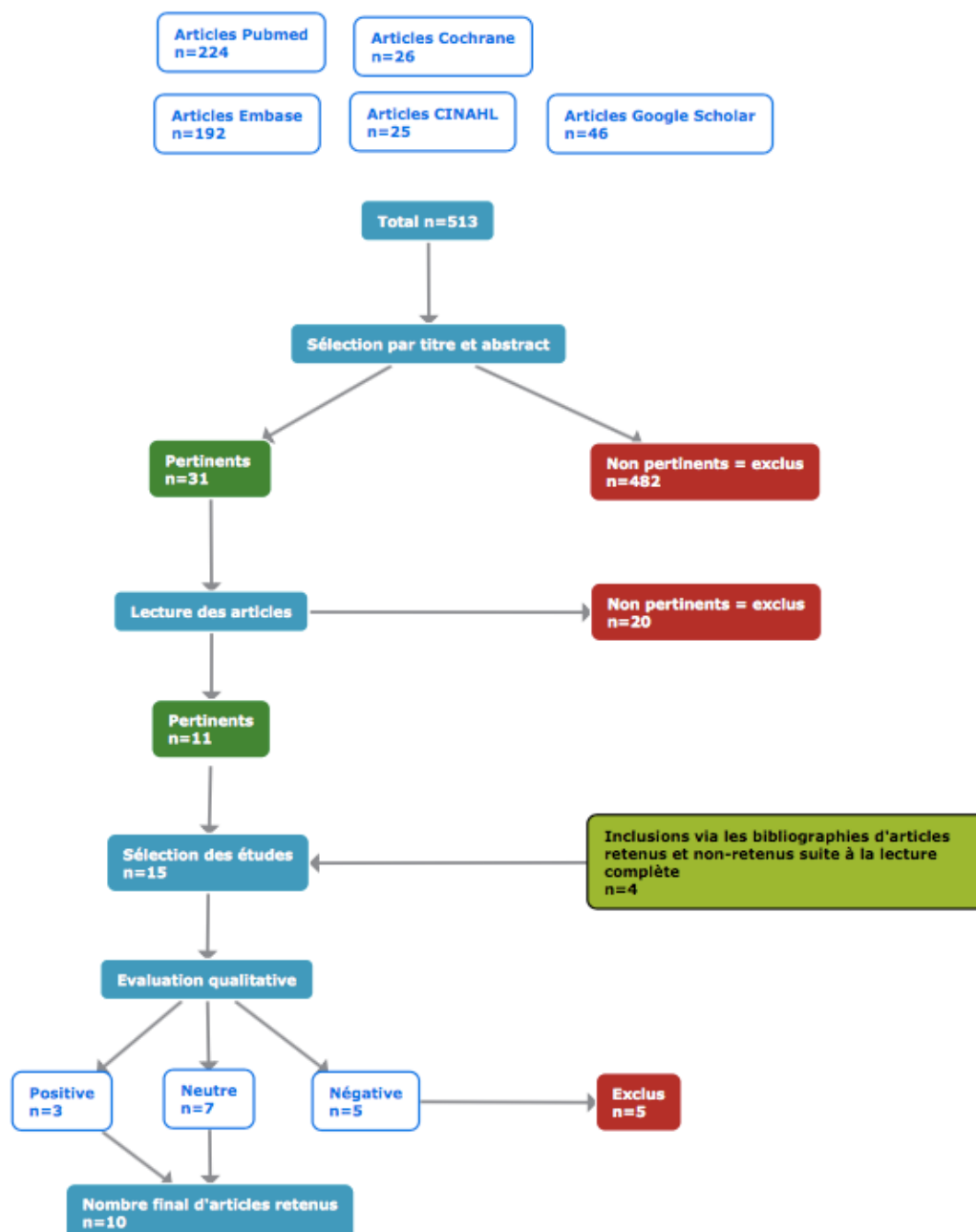


Figure 7 : Schéma de sélection des articles pour notre revue systématique

5.6. Extraction et synthèse des données

L'analyse et l'extraction des données ont été effectuées grâce aux grilles d'analyse descriptives et qualitatives qui se trouvent en Annexe II et III. Elles nous ont permis d'extraire les informations importantes des études.

Les caractéristiques principales des études sélectionnées sont résumées dans le tableau qui se trouve en Annexe IV.

Un tableau récapitulatif, en Annexe V, illustre les facteurs d'influences analysés dans les études. Il permet d'avoir une vision d'ensemble des résultats de chaque étude et de pouvoir comparer les articles.

5.7. Analyse de la qualité des études

L'évaluation de la qualité des études s'est faite au moyen de 2 grilles, l'une pour les études qualitatives (CASP) et l'autre (grille HES) analysant la qualité générale de tous types d'études quantitatives. Nous avons choisi en fonction du devis d'étude (quantitative ou qualitative) quelle grille était plus appropriée et avons parfois rempli les deux. Cela a permis d'évaluer la qualité des articles afin d'avoir un point de vue critique concernant les résultats.

Dans le tableau regroupant les caractéristiques étudiées (Annexe IV) figure la qualité des études sous forme positive ou neutre selon les résultats de l'analyse avec les grilles. Les études de qualité négative ont été exclues car leurs données ne pouvaient pas être considérées comme étant fiables en raison de leur nombre restreint de sujets dans l'échantillon et/ou d'une méthodologie peu décrite. De surcroît, le nombre final d'articles était suffisant.

5.8. Bénéfices et risques

Notre travail est majoritairement basé sur une revue de littérature. Cette méthodologie n'implique pas de personne physique, c'est pourquoi la discussion sur les bénéfices et risques n'est pas pertinente. De même, il n'est pas nécessaire de soumettre notre travail à une commission d'éthique. Tout le long du travail, nous ferons preuve de professionnalisme, respecterons la déontologie et l'éthique professionnelle des diététicien-ne-s suisses (41).

5.9. Budget et ressources

Notre budget nous a principalement servi à l'obtention des revues scientifiques dont nous avons besoin ainsi qu'à leur impression. Grâce à la Haute École de santé qui offrait 10 articles scientifiques payants par personne, nous avons pu utiliser 11 articles payants.

Les quinze études que nous avons analysées comportaient environ dix pages chacune. Le prix de l'impression d'une page s'élevant à 10 centimes, nous avons dépensé 15 CHF pour celles-ci. Nous ajoutons à cela, les deux grilles d'analyse descriptive ainsi qu'une vingtaine de grilles d'analyse qualité. Le coût total pour les impressions s'élève à 17 CHF.

Il nous a fallu imprimer et relier notre travail de Bachelor en cinq exemplaires. Le prix de l'impression s'élevait à 0.24 centime par page, donc environ 17 CHF pour une septantaine de pages. A ceci s'ajoute le prix de la reliure s'élevant à 4 CHF. Le total, pour cinq copies du travail de Bachelor, s'élevait à environ 105 CHF.

Les ressources humaines dont nous avons bénéficié sont :

- Notre directeur de travail de bachelor : M. Eliseo Montanini.

- Nos enseignantes du module "Méthodologie de recherche 3" : Mme Maaïke Kruseman, Mme Sophie Bucher Della Torre et Mme Isabelle Carrard.
- Le bibliothécaire du centre de documentation du site des Caroubiers : Jean-David Sandoz.
- Les différentes personnes qui interviendront dans la relecture de notre travail.

Les ressources matérielles que nous avons utilisées durant le travail sont :

- Nos ordinateurs, imprimantes, le logiciel Open Office (Excel, Word, Powerpoint...), Google Drive, le logiciel Zotero pour notre bibliographie ainsi que l'application Whatsapp et Outlook de l'école pour communiquer au sein du binôme et avec notre directeur de Bachelor.
- Les MeSH terms seront recherchés sur le Thésaurus de HeTOP.
- Plusieurs sites web et bases de données tels que Pubmed, CINAHL, Cochrane, Google Scholar et Embase.
- Tous les supports de cours de la HEdS.

6. Sélection des études

Dans cette revue quasi-systématique de la littérature, nous avons sélectionné dix études. Les études analysées sont de deux types : descriptives transversales et qualitatives. Six études sont descriptives transversales (Fieldwick, Smith & Paterson (2019) ; Bleich, Bandara, Bennett, Cooper & Gudzone (2014) ; Znyk et al. (2019) ; Engström, Skytt, Ernesäter, Fläckman & Mamhidir (2013) ; Binns, Mueller & Ariza (2007) ; Smith et al. (2011)) et quatre études sont de type qualitatif (Ndetan et al. (2010) ; Williams *et al.* (2006) ; Herring et al. (2010) ; Fieldwick, Smith & Paterson (2017)). Les études qui correspondaient aux critères mais qui étaient de qualité négative ont été exclues.

6.1. Aperçu des études incluses

Parmi les dix études incluses dans cette revue quasi-systématique, six ont été réalisées aux États-Unis, deux proviennent de Nouvelle-Zélande, une de Suède et une de Pologne. Deux études rapportent des résultats sur les professionnel-le-s de santé dans le milieu obstétrique et gynécologique. Une étude se base sur les conseils donnés par des pédiatres aux parents et à leurs enfants. Trois études examinent les modalités alimentaires et les conseils donnés par les médecins généralistes. Une seule étude concerne exclusivement les infirmier-ère-s en santé publique et trois études ont analysé les résultats portant sur des PS provenant de divers domaines (médecins, chiropraticien-ne-s, diététicien-ne-s, infirmier-ère-s, pharmacien-ne-s et autres). Trois études comportent des échantillons de plus de 1000 participants, deux études possédaient un échantillon d'environ 500 participants, quatre études avaient entre 200 et 387 participants et seule une étude avait moins de 100 participants. Plusieurs méthodes de récolte de données ont été utilisées afin de maximiser le taux de réponse.

6.2. Analyse des données

Les facteurs d'influence des diverses études sélectionnées sont exposés dans l'Annexe V. Les mêmes catégories de poids ont été utilisées dans la plupart des études incluses (E.g. Classification du poids normal, du surpoids et de l'obésité de l'OMS).

Le facteur *lifestyle* comprenait le mode de vie des populations étudiées, le niveau d'activité physique, le type d'alimentation et l'indice de masse corporelle (IMC).

Les conseils *lifestyle* englobaient les recommandations pour une alimentation saine et les recommandations de l'OMS pour l'activité physique et un poids normal ou le suivi de recommandations spécifiques selon le domaine étudié (E.g. Obstétrique).

Nous avons utilisé une approche semi-quantitative pour la synthèse des données afin d'évaluer les différents liens entre les connaissances, les modalités alimentaires et les croyances des professionnel-le-s de santé sur les conseils *lifestyle* donnés aux patients.

Pour mener la synthèse et la comparaison des diverses études nous avons choisi sept indicateurs : facteurs anthropométriques, état de santé et niveau d'activité physique des professionnel-le-s de santé, état de santé et pathologies des patients, niveau de connaissance et années d'expérience des professionnel-le-s de santé, représentations, profession, facteurs bio-psycho-sociaux. Ce dernier, est divisé en cinq sous-indicateurs : âge, genre, ethnie et niveau socio-économique et satisfaction corporelle.

7. Résultats

7.1. Facteurs anthropométriques (IMC)

Selon Bleich *et al.* (2014), les professionnel-le-s de santé ayant un indice de masse corporelle (IMC) dans la norme ($18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$) avaient plus de succès de perte de poids chez leurs patients que les PS en surpoids ou obèses ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Cependant, il n'y avait pas de différence entre les PS de poids normal et les PS en surpoids ou obèses dans la perception de leur propre efficacité à transmettre des conseils pour la perte de poids aux patients ou dans la perception de la confiance des patients en leur capacité à donner des conseils sur la régulation du poids. La majorité (71%) des PS ne se sentaient pas efficaces pour aider les patients qui n'étaient pas en obésité morbide ($\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$) à perdre du poids (74).

Une autre étude arrivait aux mêmes résultats concernant la relation positive entre IMC normal des PS et suivi des guidelines de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) pour la prise en charge des femmes enceintes obèses (75).

L'étude de Fieldwick *et al.* (2019) a montré que plus de 50% des médecins généralistes ne discutaient jamais/rarement de la prise de poids recommandée chez les patientes enceintes et seuls 36% calculaient l'IMC de leurs patientes enceintes. Cependant, si l'IMC des patientes enceintes augmentait d'environ 50%, les médecins généralistes modifiaient toujours/souvent leurs conseils et leurs prises en charge (76).

En obstétrique et gynécologie, plus de 50% des médecins disaient recommander un test de l'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) préconceptionnel chez les femmes obèses ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) et 50% présentaient les bénéfices d'une perte de poids aux femmes en surpoids ou obèses désirant tomber enceintes. Dans la même étude, la majorité des médecins généralistes ne recommandaient jamais d'augmenter les doses de supplémentation d'acide folique et de vitamine D aux patientes obèses avant la grossesse (77).

D'après Ndetan *et al.* (2010), les patients qui avaient un IMC élevé recevaient plus de conseils que les patients ayant un IMC dans les normes et ils étaient plus compliants pour la mise en pratique de ces conseils (78).

7.2. État de santé et niveau d'activité physique des professionnel-le-s de santé

Dans l'étude de Binns *et al.* (2007) en pédiatrie, 98% des pédiatres qui se disaient en extrêmement/très bonne forme physique se sentaient en excellente/très bonne santé contre seulement 54% des pédiatres en moins bonne forme physique. Il y avait une corrélation positive entre le niveau de forme physique et les habitudes de vie saines (consommation de 5 fruits ou légumes 5-7j/sem, activité physique 20 minutes 5-7 j/sem). Il n'y avait pas de différence significative entre la perception de l'efficacité des conseils donnés aux familles d'enfants en surpoids et le statut de santé et la forme physique des pédiatres. Contrairement aux habitudes de vie saines, le statut de santé et le niveau de forme physique des pédiatres avait une association forte avec l'évaluation et le counseling routinier des enfants. Les pédiatres en bonne santé et en bonne forme physique étaient plus enclins à pratiquer des soins préventifs de manière routinière aux enfants comparé aux pédiatres qui ne l'étaient pas. Les pédiatres qui étaient soit en bonne santé soit en bonne forme physique évaluaient plus souvent le temps passé par les enfants devant la télévision mais ne donnaient pas plus souvent des régimes alimentaires préventifs ou des conseils sur l'activité physique (79).

Dans une étude américaine, les PS consommant des compléments alimentaires (types de compléments non-spécifiés) recommandaient plus systématiquement la prise d'acide folique à leurs patientes enceintes (80).

7.3. État de santé et pathologies des patients

De manière générale, plus les patients avaient de facteurs de risques et de comorbidités diagnostiquées plus ils étaient susceptibles de recevoir des conseils sur le mode de vie.

Dans une étude polonaise de 2019, 56% des médecins généralistes donnaient des recommandations *lifestyle* (alimentation, activité physique, IMC) aux patients n'ayant pas été diagnostiqués d'une maladie chronique liée au mode de vie mais qui ne suivaient pas les recommandations de santé et 73% donnaient des conseils aux patients ayant une maladie chronique liée au style de vie diagnostiquée (81).

D'après l'étude de Smith *et al.* (2011), les médecins (toutes spécialités confondues) étaient moins enclins à conseiller les patients n'ayant pas de maladie liée au surpoids sur des thématiques *lifestyle* (alimentation, activité physique) (25%), comparativement aux patients atteints d'une maladie chronique liée au surpoids (44%). Environ 50% des médecins rapportaient « toujours » donner des conseils généraux et des conseils spécifiques sur l'activité physique à leurs patients ayant une maladie chronique liée au poids, un peu moins rapportaient transmettre des conseils spécifiques sur l'alimentation (43.5%) ou sur le contrôle du poids (38.7%) (9).

7.4. Niveau de connaissance et années d'expérience des PS

On retrouvait dans plusieurs études un lien positif entre un bon niveau de connaissance des PS et la qualité des conseils, ainsi qu'un lien positif entre le nombre d'années d'expérience professionnelle des PS et la qualité de leurs conseils.

D'après Znyk *et al.* (2019), les médecins généralistes, qui pensaient avoir suffisamment de connaissances pour communiquer des conseils pour un mode de vie sain, donnaient 8.5 fois plus de recommandations *lifestyle* aux patients ayant une maladie chronique diagnostiquée liée au poids et 3.5 fois plus s'ils suivaient eux-mêmes les recommandations de santé (81).

En milieu obstétrique, l'étude de Herring *et al.* (2010) montrait que les PS ayant confiance en leur niveau de compétence en counseling effectuaient une meilleure prise en charge des femmes enceintes obèses en suivant les guidelines de l'ACOG (75).

Dans l'étude de Smith *et al.* (2011), les médecins généralistes ayant plus d'années d'expérience professionnelle (>10 ans) étaient plus enclins à prodiguer des conseils généraux ou spécifiques sur le *lifestyle* et sur la balance énergétique (9). L'étude d'Engström *et al.* (2013) venait appuyer cela, car elle a montré que la durée d'expérience professionnelle totale et la durée d'expérience professionnelle dans les soins, ainsi que le sentiment de compétence avaient un impact positif sur le nombre d'activités cliniques réalisées sur l'obésité (82).

7.5. Représentations

Le fait que les médecins généralistes avaient un sentiment d'obligation d'informer les patients sur le mode de vie sain avait un impact positif sur la transmission de conseils *lifestyle* à ces derniers. De plus, les médecins généralistes qui pensaient devoir délivrer des conseils *lifestyle*, donnaient plus de conseils sur le style de vie à leurs patients ayant une maladie chronique diagnostiquée (81).

Une perception de l'importance de la thématique de l'obésité et un sentiment de compétence sont deux représentations qui avaient un impact positif sur nombre d'activités cliniques réalisées sur l'obésité (82).

Dans l'étude de Binns *et al.* (2007), la perception des pédiatres sur leur compétence à traiter des enfants en surpoids et l'importance qu'ils octroyaient au counseling des parents pour la prévention ne différaient pas selon leur état de santé ou leur niveau de forme physique (79).

7.6. Professions

Chez les professionnel-le-s de la santé non-médecins, être infirmier-ère et avoir une spécialisation en lien avec les maladies métaboliques était un facteur positif dans la prise en charge *lifestyle*. Inversement, chez les médecins, plus ils avaient une vision large de la santé (médecins de famille, généralistes, internistes) plus ils prodiguaient de conseils de santé.

Dans l'étude d'Engström *et al.* (2013), les infirmier-ère-s qui avaient des tâches spécifiques en lien avec l'hypertension ou le diabète réalisaient plus d'activités cliniques sur l'obésité que les infirmier-ère-s non-spécialisées (82).

Dans l'étude de Herring *et al.* (2010), les infirmier-ère-s discutaient plus souvent de la gestion du poids avec leurs patientes enceintes que les médecins (75).

Les médecins généralistes étaient plus enclins à transmettre souvent ou toujours des conseils sur l'activité physique que sur l'alimentation ou le contrôle du poids.

Chez Smith *et al.* (2011), les médecins internistes avaient le plus tendance à communiquer des conseils généraux et spécifiques ainsi qu'à dépister systématiquement les facteurs liés à la prise de poids des patients sans maladie chronique diagnostiquée comparé aux médecins en obstétrique/gynécologie et aux médecins de famille. Les médecins internistes donnaient significativement plus de conseils généraux sur le *lifestyle* que les médecins d'autres spécialités. Les médecins de famille étaient les plus enclins à calculer régulièrement l'IMC de leurs patients comparé aux autres spécialités (9).

7.7. Facteurs bio-psycho-sociaux

7.7.1. L'âge

On retrouve dans les études que les patients d'un âge plus avancé bénéficiaient d'une attention plus particulière de la part des PS sur leur mode de vie.

Dans l'étude de Znyk *et al.* (2019), les médecins généralistes ayant un âge plus élevé (>40ans) évaluaient plus systématiquement les caractéristiques *lifestyle* (alimentation, niveau d'activité physique durant le temps libre, IMC) de leurs patients durant l'examen clinique (81).

Selon Ndetan *et al.* (2010), les patients ayant un âge situé entre 40 et >60 ans avaient plus de chance de recevoir des conseils *lifestyle* que les patients situés dans la catégorie d'âge des 18 à <40 ans, mais la compliance aux conseils diminuait chez les patients de >60 ans comparé aux 18 à <40 ans (78).

7.7.2. Le genre

Le genre est un facteur qui a été évalué dans plusieurs études et qui influait fortement sur la qualité des prises en charge.

Trois études américaines ont montré que les professionnelles de la santé de sexe féminin étaient plus enclines à délivrer des conseils généraux ou spécifiques sur l'alimentation à leurs patients (9) et que la qualité de leur prise en charge globale des patientes obèses enceintes ou désirant tomber enceintes (75) ou des patients adultes (9) était meilleure comparativement aux professionnels de santé de sexe masculin. Elles conseillaient plus souvent la supplémentation en acide folique aux femmes en âge de procréer, peu importe leur spécialité (80).

Une étude a montré que les patients de sexe masculin avaient moins de chance d'être conseillés sur leur *lifestyle* que les patientes de sexe féminin. De plus, les patients hommes, lorsqu'ils recevaient des conseils, étaient moins compliants que les femmes (78).

7.7.3. L'ethnie et le niveau socio-économique

Les patients provenant de minorités ethniques (E.g. Hispaniques, afro-américains) et/ou étant d'un milieu socio-économique défavorisé, avaient plus de chance d'être conseillés par les professionnel-le-s de santé dans deux études (78,80). Parallèlement, les médecins généralistes d'origine asiatique ou hispanique étaient plus enclins à donner des conseils généraux sur la balance énergétique que les autres (9).

7.7.4. La satisfaction corporelle

Une seule étude a évalué l'impact du niveau de satisfaction corporelle des PS sur la qualité de la prise en charge de patientes enceintes obèses. Les PS qui avaient un haut niveau de satisfaction corporelle rapportaient une meilleure prise en charge et un meilleur suivi des recommandations de l'ACOG chez les patientes enceintes obèses (75).

8. Synthèse des résultats

Au terme du chapitre précédent, nous avons pu mettre en évidence plusieurs déterminants alimentaires qui influencent les conseils donnés par les PS. Ils sont à la fois intrinsèques et extrinsèques aux PS. Un tableau de synthèse qui regroupe les effets des divers facteurs d'influences que nous avons repérés au cours de l'analyse des études se trouve en Annexe VI.

8.1. Facteurs intrinsèques aux PS

Les déterminants affectant positivement la qualité et/ou la quantité de conseils donnés sont :

- Un poids corporel dans les normes (IMC entre 18.5 et 24.9 kg/m²).
- Une forme physique et un état de santé auto-perçus comme bons/très bons.
- Un bon niveau de connaissance des conseils *lifestyle* et des recommandations.
- Un nombre d'années d'expérience professionnelle dans la santé supérieur à 10 ans.
- La représentation d'être obligé-e de donner des conseils *lifestyle* et une perception de la problématique de l'obésité comme importante.
- La perception de sa propre efficacité à transmettre des conseils.
- Être une PS de sexe féminin.
- Travailler sur des tâches spécifiques en lien avec l'hypertension ou le diabète.
- Être infirmier-ère, médecin généraliste ou médecin interniste.
- Un âge plus élevé.
- Un haut niveau de satisfaction corporelle.
- Être d'origine hispanique ou asiatique.

Les déterminants affectant négativement la qualité et/ou la quantité de conseils donnés sont :

- Une forme physique et un état de santé auto-perçu comme moyen ou mauvais.
- Être un PS de sexe masculin.
- Des représentations négatives sur l'obésité.

8.2. Facteurs extrinsèques aux PS

Les déterminants affectant positivement la qualité et/ou la quantité de conseils donnés sont :

- Le surpoids ou l'obésité des patients (IMC au-dessus de 24.9 kg/m²).
- Les patients ayant une maladie chronique diagnostiquée reliée au mode de vie ou au surpoids.
- Les patients âgés entre 40 et >60 ans.
- Les patientes de sexe féminin.
- Les patients provenant d'une minorité ethnique.

Les déterminants affectant négativement la qualité et/ou la quantité de conseils donnés sont :

- Les patients de sexe masculin.
- Les patients de poids normal (IMC entre 18.5 et 24.9 kg/m²).
- Les patients âgés entre 18 et <40 ans.

9. Discussion

Notre question de recherche était : « De quelle manière les déterminants du comportement alimentaire de professionnel-le-s de santé pourraient influencer les conseils donnés à la population en santé ou malade ? ».

Les principaux résultats ont révélé de nombreux facteurs qui influençaient les conseils. D'après l'analyse des données, nous avons pu mettre en lumière un certain nombre de points qui mériteraient d'être améliorés lors de la prise en charge des patients. Nous allons discuter ici, six points qui ont particulièrement retenu notre attention. Pour conclure la discussion et nuancer nos propos, nous mettrons en relief les limites, les biais et les points forts de notre travail.

À la suite de ce chapitre, nous allons soumettre des propositions de thèmes d'études qui nous paraissent intéressants pour améliorer la qualité des conseils et en même temps permettront de soutenir le rôle de la diététique dans le milieu de santé.

9.1. Manque de connaissances

Nous avons pu constater que le niveau de connaissance des PS est un facteur qui a beaucoup d'impact sur les conseils transmis aux patients. En effet, un manque de connaissances des recommandations en matière de santé induit une diminution de la confiance des PS à transmettre aux patients des conseils pour un mode de vie sain. Le manque de connaissances agit comme un facteur inhibiteur sur les conseils des PS.

Bien que les PS ne se substituent pas aux diététicien-ne-s, experts dans le domaine de la nutrition et des habitudes alimentaires saines, il est important qu'ils puissent repérer quels comportements sont à risque chez leurs patients et ainsi donner des conseils de base au niveau de l'alimentation et de l'activité physique. Grâce à cela, ils seront plus à même de référer les patients ayant des difficultés à mettre en pratique les conseils *lifestyle* aux diététicien-ne-s qui pourront prendre en charge en profondeur et de manière durable les comportements alimentaires.

En Suisse, les différents cursus des professionnel-le-s de la santé ne comptent que très peu d'heures d'enseignement consacrées à la nutrition et à la diététique. Comme expliqué dans le chapitre 2.3., à Genève et Lausanne, les filières d'études sur la santé ne garantissent pas une acquisition de connaissances suffisantes en nutrition et diététique. Cela nuit non seulement à la prise en charge des patients, mais aussi, à la visibilité des diététicien-ne-s au sein des réseaux de santé. En effet, la nutrition est un soin à part entière dans le parcours thérapeutique des patients et non pas une simple annexe aux autres traitements. La nutrition est donc un soin qui ne doit pas être négligé (83,84).

Le manque de connaissances est un facteur qui est relativement facile à modifier grâce à l'insertion de cours complémentaires dans les cursus universitaires ou à des formations continues. Cela serait possible grâce à la transmission de connaissances par les expert-e-s en nutrition, les diététicien-ne-s. Il serait profitable à tous les PS de pouvoir bénéficier de bases solides en nutrition et diététique pour guider les patients de manière plus précise et, de plus, pour mieux évaluer les indications à faire appel aux diététicien-ne-s. Cela permettra de mettre en lumière les habilités des diététicien-ne-s et ainsi favoriser l'interprofessionnalité entre les différents acteurs de la santé.

Depuis 2014, le programme d'études des domaines de la HEdS et de l'Université de Médecine de Genève (UNIGE) inclut un module interprofessionnel qui permet de collaborer avec les autres corps de métier de la santé (85). Cela permet aux étudiant-e-s de développer très tôt

des compétences relationnelles et de collaboration au sein du réseau des soins. Comme il s'agit d'un module très récent, ses conséquences positives attendues dans la pratique commencent seulement à montrer leurs résultats.

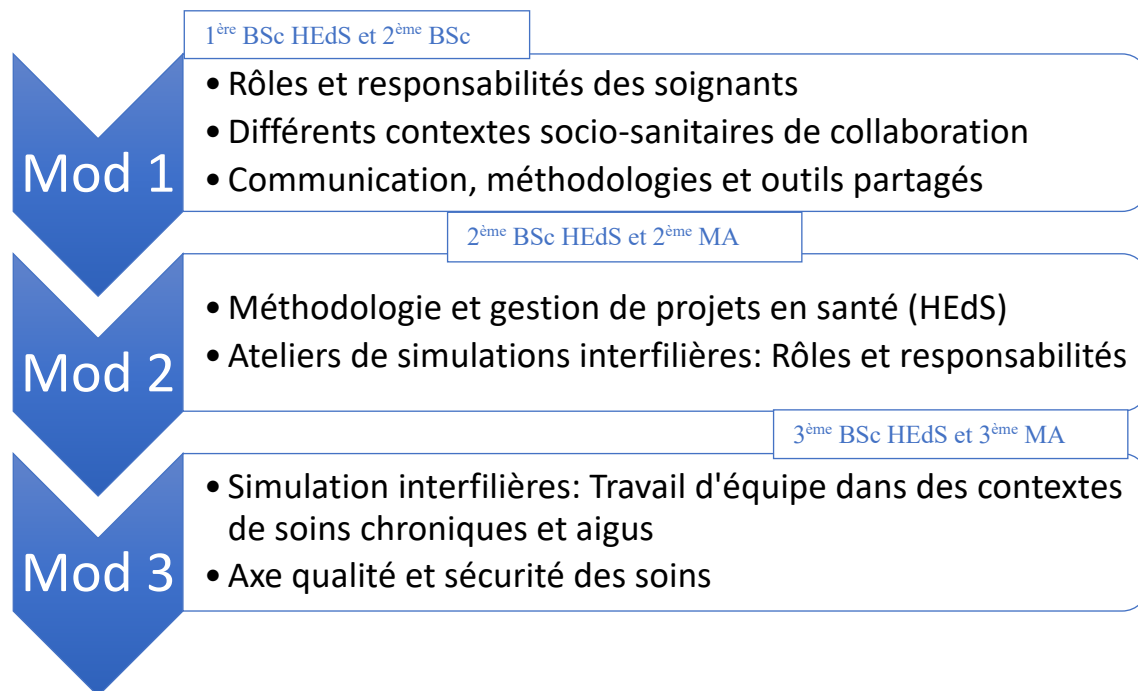


Figure 8 : Déroulement du module interprofessionnel (HEdS et UNIGE) en trois modules (86).

9.2. L'impact du genre

L'impact du genre était surprenant, tant du côté des professionnel-le-s de la santé que des patients, sur la prise en charge et sur les conseils. Les études montraient que les femmes étaient plus impliquées dans les conseils qui ont un lien avec l'alimentation et le poids.

Notre hypothèse est que cela est dû, en partie, aux représentations sur les femmes qui font partie intégrante de la société : la femme doit posséder un corps idéal, mince et bien proportionné (87). Cette image de la femme est très largement essaimée par la publicité (88), les médias (89,90), les réseaux sociaux (91–94) et le cinéma. Elle touche les femmes de tous les âges. En effet, l'image stéréotypée de la femme est liée à son corps car celui-ci représente un objet de désir et de fantasme (95), ce qui efface la personne douée d'intelligence et de talents qui se cache derrière, contrairement aux hommes qui semblent être mieux valorisés sur leur intelligence et leurs réussites professionnelles. Ceci implique une pression très forte sur les femmes et consciemment ou non, les poussent à une recherche constante de perfection (96). Cela a été démontré dans plusieurs études, les femmes même de poids normal sont insatisfaites de leur image corporelle et souhaitent perdre du poids (97,98). Évidemment, cette problématique touche aussi les hommes mais en plus faible proportion (99).

Certains domaines et spécialités de la santé sont majoritairement féminins. En Suisse, les femmes représentent environ 60% des diplômé-e-s en médecine et elles travaillent en plus grande proportion en gynécologie/obstétrique, en pédiatrie, en psychiatrie et en médecine interne (100). Dans les autres professions de la santé, les femmes sont majoritaires en soins infirmiers, en nutrition et diététique (95% de femmes) (2) et dans le domaine de l'obstétrique. Bien que la société tende à plus d'égalité, les choses n'ont pas encore changé dans le domaine de la santé. L'étude de Herring *et al.* (2010) a pu mettre en lumière une vaste proportion d'insatisfaction corporelle chez les PS en obstétrique (75). Les femmes représentaient 88%

de l'échantillon et seul 30% de cet échantillon était satisfait de son poids alors que les PS reportaient à 61% avoir un poids normal.

Comme nous avons pu le voir, l'insatisfaction corporelle des PS a un effet négatif sur les conseils et les prises en charge *lifestyle* des patients (101). C'est pourquoi, il est primordial que des efforts soient fait au niveau de l'égalité des sexes et que les professionnel-le-s de santé soient conscients de cette problématique indépendamment de leur sexe afin de s'en détacher durant l'exercice de leur métier. La promotion de l'image corporelle positive fait partie de l'enseignement en nutrition et diététique et nous encourageons les autres programmes d'étude en santé à faire de même.

9.3. Compléments alimentaires

Les PS consommant des compléments alimentaires sont plus enclins à les conseiller à leurs patients. Dans le cas de l'étude de Williams *et al.* (2006), cela représentait un atout lors de la prise en charge des patientes enceintes car celles-ci avaient effectivement des besoins en acide folique plus élevés (80). Cependant, sans carence diagnostiquée à combler ou indication médicale, les compléments alimentaires ne sont pas conseillés. C'est d'abord l'adaptation de l'alimentation qui joue un rôle majeur en cas de déséquilibre vitaminique ou en minéraux. Chez les personnes en santé, une alimentation variée, riche en fruits et légumes, permet de combler tous les besoins en nutriments, vitamines et minéraux. À l'exception près de la vitamine D qui est difficilement synthétisée par notre peau en raison du manque de soleil sous nos latitudes (103). Les compléments alimentaires composés de vitamines de synthèse sont moins bien absorbés que les vitamines et minéraux se trouvant dans la matrice alimentaire (104). Un apport excessif en vitamines et/ou minéraux peut avoir des effets néfastes sur l'organisme, notamment pour les vitamines liposolubles qui peuvent s'accumuler dans le tissu adipeux (105,106). Les vitamines et minéraux sont capables d'entrer en compétition avec des médicaments, comme par exemple la vitamine K qui diminue l'effet anticoagulant des AVK (Anti-vitamine K).

C'est pourquoi, sauf prescription médicale en faveur de compléments alimentaires, l'évaluation et le rééquilibrage de l'alimentation doivent être effectués par un-e diététicien-ne pour identifier et modifier les habitudes alimentaires du patient sur la durée.

9.4. Jeune âge et frein à la prise en charge

L'âge des patients influence grandement leur parcours dans le système de soins. Selon nous, cela est dû au fait que les patients plus jeunes ont moins de comorbidités visibles. C'est un frein dans la prise en charge car les facteurs de risques des maladies chroniques non-transmissibles seront moins bien identifiés et les prises en charge *lifestyle* seront mises en place tardivement, affectant négativement le pronostic des comorbidités. De surcroît, plus les habitudes de vie sont modifiées tôt, plus elles sont susceptibles d'être pérennes.

Il a été montré que les patients plus jeunes (18 à 44 ans) se sentent moins écoutés lors des visites médicales, comparativement aux >65 ans, et que les médecins prenaient moins le temps d'expliquer de manière approfondie ce qu'ils proposaient à leur patientèle plus jeune (107).

La prévention primaire doit toucher les populations jeunes pour qu'elle puisse être efficace. C'est dans les groupes d'âges jeunes que les facteurs de risques liés aux maladies chroniques s'installent. C'est pourquoi un suivi régulier des paramètres du mode de vie doit être effectué chez les patients de tous les âges, aussi bien chez les médecins traitants ou les gynécologues qu'en médecine interne (109).

9.5. Expériences personnelles et conseils

Certaines caractéristiques du style de vie des PS a un impact direct sur les conseils qu'ils donnent.

Les pédiatres qui se disaient en très bonne forme physique avaient plus tendance à conseiller aux enfants de réduire leur temps passé devant la télévision (79). Notre hypothèse est que ces pédiatres étaient eux-mêmes sensibles au fait que passer beaucoup de temps devant la télévision diminuait leur disponibilité pour pratiquer une activité physique. Nous pouvons ainsi supposer que les pédiatres qui étaient en très bonne forme physique regardaient donc moins la télévision. De même, en obstétrique et gynécologie, les PS qui prenaient des compléments alimentaires les conseillaient aisément à leurs patientes (80). Ceci est certainement dû au fait que les PS qui prenaient quotidiennement des compléments étaient, d'une part, habitués à ceux-ci et, d'autre part, convaincus de leurs bienfaits. Il était donc évident pour eux de conseiller des compléments vitaminiques ou minéraux à leurs patients.

Les PS qui ont des habitudes de vie qu'ils estiment bonnes pour leur propre santé auront tendance à conseiller les mêmes pratiques à leurs patients. Cela peut avoir un impact ambivalent sur les prises en charge des patients car ce qui est bon pour un PS en bonne santé ne l'est pas forcément pour un patient malade ayant des besoins spécifiques et donc nécessitant des conseils adaptés.

9.6. Résultats contradictoires

L'étude de Bleich *et al.* (2014) est arrivée à des résultats inattendus au sujet du poids (IMC) des PS. Contrairement à notre hypothèse, cette étude n'a pas trouvé de différence significative entre le poids des PS et la perception de leur efficacité à transmettre des conseils de perte de poids aux patients (74). En effet, les PS en surpoids ou obèses n'obtenaient pas de résultats différents comparés aux PS avec un IMC dans les normes. Aucune différence significative n'a été décelée dans la perception des patients sur la capacité des PS à leur donner des conseils sur la régulation du poids selon leur IMC. Les PS avec un IMC dans les normes ne donnaient pas plus de conseils sur la gestion du poids que les PS en surpoids ou obèses, et ce, bien que, statistiquement, les PS de poids normal eussent plus de succès de perte de poids avec leurs patients. L'étude de Hicks *et al.* (2008) ne rapportait pas non-plus de différence entre les PS en surpoids ou obèses et les PS avec un poids dans les normes au niveau de leur confiance à donner des conseils sur la gestion du poids aux patients (101). Cependant, cette étude met en lumière une diminution de la confiance des patients en leurs infirmier-ère-s en surpoids ou obèses comparativement aux infirmier-ère-s ayant un IMC dans les normes.

Ces résultats sont en contradiction avec d'autres études analysant les mêmes paramètres, soit la relation entre l'IMC et la confiance en ses capacités à donner des conseils, chez des médecins et des pédiatres (109,110). Cependant, les outils de mesures de l'étude premièrement mentionnée ont pu constituer un biais dans la récolte des données. En effet, les questions relatant la perception des PS sur la confiance des patients selon leur catégorie d'IMC utilisaient des mots et non pas des images pour décrire le poids, ce qui laisse une marge d'erreur liée à la subjectivité de chacun. En outre, les sujets de l'étude devaient eux-mêmes décrire le niveau de confiance estimé de leurs patients. Un autre biais de l'étude est dû à la formation complémentaire sur l'obésité de certains PS qui n'a pas été prise en compte dans l'analyse des données (74).

9.7. Limites, biais et points forts

Afin de nuancer nos propos et de garder un œil critique sur notre travail de Bachelor, nous allons décrire les principales limites et biais qui en font partie. Nous soulèverons aussi les points positifs. Nous analyserons d'une part les caractéristiques des articles faisant partie de

notre revue quasi-systématique de la littérature et d'autre part, les caractéristiques de notre travail.

9.7.1. Limites, biais et points forts des études

Au sujet de la qualité des études, seules trois sur dix sont positives. Les sept autres sont de qualité neutre ; il faut donc être critiques face à leurs résultats. Nous avons décidé de ne pas garder les études de qualité négative car elles possédaient des résultats peu généralisables sur de petits échantillons ou étaient situées dans des zones géographiques très particulières. Cela nous a possiblement fait omettre certaines données qui auraient pu contribuer à notre analyse.

Les études analysées sont toutes de nature qualitative ou transversale, ces méthodes d'analyse apportant inévitablement des biais dans les résultats. Les biais de subjectivité ainsi que les biais de désirabilité sociale sont à prendre en compte car ils ont pu influencer les données des études (111). Si certains sujets de l'échantillon ont répondu ce qu'ils pensaient être « juste » au lieu de ce qu'ils ont réellement fait dans la pratique, cela biaise les résultats. De plus, les questionnaires auto-administrés et sondages engendrent une perte d'objectivité dans les résultats par le manque de contrôle inhérent à ces techniques de récoltes d'information. Les réponses ne peuvent pas être vérifiées ou validées de manière scientifique.

Les études sélectionnées provenaient principalement des États-Unis, deux de Nouvelle-Zélande et seulement deux d'Europe (Suède, Pologne). Bien que ces différents pays aient un niveau de développement relativement similaire, ils possèdent des caractéristiques différentes tant dans le type d'alimentation que dans les politiques de santé et d'éducation. Comme nous ne pouvons pas attester du niveau de formation des PS des autres pays, cela peut avoir un impact sur les résultats. Si le niveau de formation en diététique des professionnel-le-s est plus ou moins élevé, cela pourrait influencer de manière positive ou négative les prises en charge *lifestyle* des patients. De plus, nous ne pouvons pas affirmer avec certitude que les résultats sont totalement similaires en Suisse.

Le principal point fort des études est le nombre élevé d'individus faisant partie des échantillons. Au total, notre revue quasi-systématique contient des données sur 28'739 professionnel-le-s de santé. Les résultats ont donc plus de chance d'être représentatifs de la population médicale générale des pays étudiés. De plus, les échantillonnages ont, pour la plupart, été réalisés de manière aléatoire, ce qui augmente le niveau de confiance dans les études grâce à l'homogénéité des sujets.

9.7.2. Limites, biais et points forts du travail

Quelques limites jouxtent notre travail. La première, est la recherche des termes pour notre équation de recherche. Bien que l'équation de recherche ait été modifiée à plusieurs reprises afin de correspondre au plus près à ce que nous recherchions, certains des termes n'étaient pas les plus adaptés. Cela nous a possiblement empêché de trouver un plus grand nombre d'articles sur notre sujet. En effet, nous n'avons pas réussi à trouver un mot englobant les « modalités alimentaires » dans leur ensemble. Cela peut justifier l'absence d'études analysant les types de régimes alimentaires des professionnel-le-s de la santé au sein de notre revue quasi-systématique.

Notre recherche de littérature s'est basée uniquement sur les études existantes dans la littérature scientifique reconnue. La littérature grise n'a pas été investiguée, nous limitant éventuellement dans la récolte des données. De plus, nous étions suffisamment à l'aise, à nous deux, avec seulement quatre langues (français, anglais, allemand, italien). Nous n'avons

donc pas pu lire de travaux écrits en d'autres langues, ce qui nous a peut-être fait manquer quelques études qui entraient dans nos critères.

Lors de la mise en route de ce projet, nous avions dans l'idée d'organiser des interviews semi-structurées avec trois professionnel-le-s de la santé travaillant dans différents domaines : un-e médecin, un-e infirmier-ère et un-e diététicien-ne. Nous souhaitions, à l'aide de ces interviews, connaître l'impact des modalités alimentaires de ces PS afin de vérifier si nos hypothèses s'avéraient juste dans un micro-échantillon de Suisse romande. La crise sanitaire liée au coronavirus (Covid-19), qui a passablement perturbé les milieux des soins, ne nous a pas permis de réaliser ces interviews. Avec du recul, les interviews ne nous auraient que peu éclairées sur la situation en Suisse romande et les résultats que nous aurions obtenus auraient eux-aussi été soumis aux mêmes biais de désirabilité sociale et de sensibilisation liés à la méthode de récolte de données.

Plusieurs points positifs sont à soulever. Nous avons tout du long travaillé de manière complémentaire. Chacune soutenait l'autre lorsqu'elle en avait besoin et nous avons écrit équitablement les parties du travail selon nos affinités. Nous avons pris le temps de trouver l'équation de recherche la plus idéale possible. L'équation finale est le fruit de beaucoup de travail et reste la plus adéquate pour notre thème selon nous. Nous avons constamment relu le travail de l'autre afin d'être sûres de la qualité et de l'exactitude des informations.

La collaboration active entre nous et les intervenants, comme notre directeur de Bachelor et le bibliothécaire des Caroubiers, nous a permis d'avoir la vision la plus globale possible de notre sujet tant sur l'aspect technique que sur le contenu. Cela nous a permis de diminuer au maximum les limites liées à notre méthodologie. Nous avons pris le soin de faire relire notre travail à des personnes n'étant pas du domaine des soins afin de vérifier la compréhensibilité de notre écrit.

10. Perspectives

Cette dernière partie va nous permettre de développer des pistes de réflexion pour la pratique quotidienne des professionnel-le-s de la santé, en utilisant les résultats de nos recherches. Nous allons, dans un second temps, proposer des sujets qui nous semblent intéressants à explorer lors de futures recherches sur le comportement alimentaire du personnel médical. Nous allons aussi étudier les différentes possibilités qui sont ouvertes aux diététicien-ne-s pour d'implanter leur rôle d'« Apprenants et formateurs » faisant partie du référentiel de compétences des diététicien-ne-s au sein des autres domaines de la santé (112).

10.1. Recommandations

Le schéma ci-dessous expose les points clés à mettre en pratique en tant que professionnel-le de la santé durant n'importe quelle prise en charge.

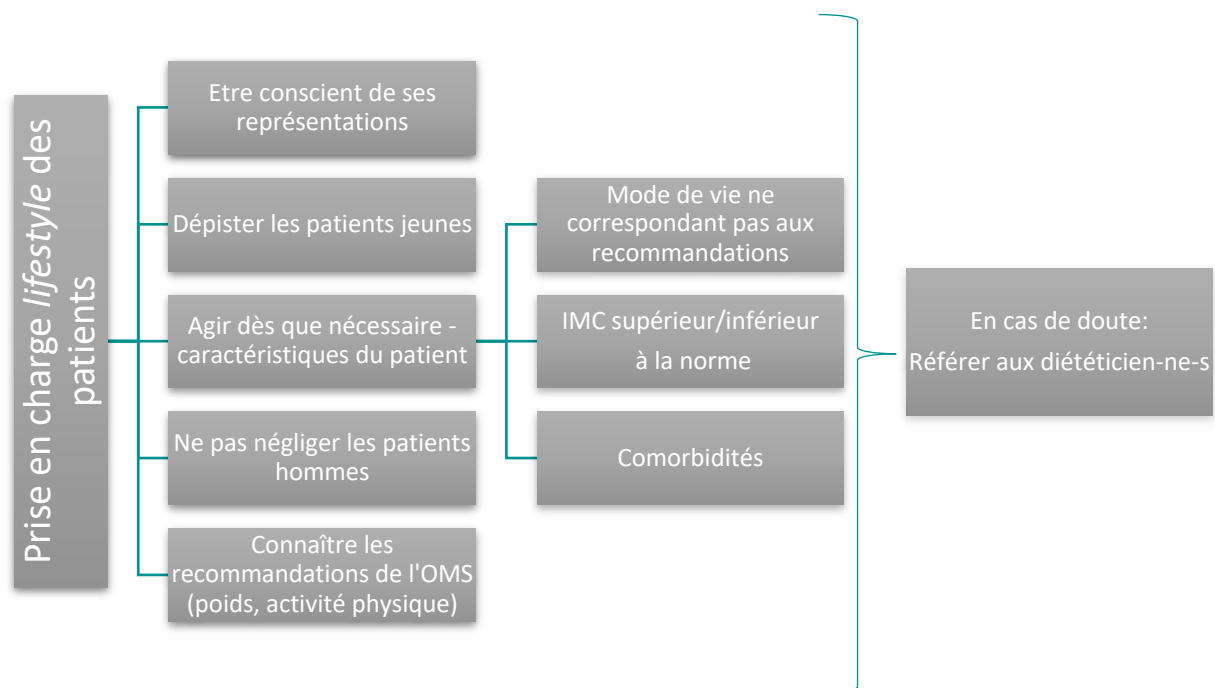


Figure 9 : Schéma pour les professionnel-le-s de santé afin d'améliorer la prise en charge *lifestyle* des patients

- Il est connu que pour agir de manière professionnelle et sans biais, il faut connaître ses propres représentations afin de ne pas les transmettre ou être influencé par celles-ci. Le but est de communiquer des conseils basés sur des preuves scientifiques et non pas sur son expérience personnelle ou ses propres opinions. Cela entre dans l'éthique de non-malfaisance et relève du devoir de transmission d'informations exactes aux patients. Ces points font tous-deux partie du code déontologique des professionnel-le-s de la santé (113–116).
Un exemple marquant de cette problématique est celui des patients obèses dont on attribue des caractéristiques négatives liées à leur poids. Les soignants peuvent les percevoir comme des « personnes sans motivation » ou des « personnes fainéantes » (117). Or, il ne s'agit là que de représentations. Si les PS ne s'en défont pas, il y a un

fort risque qu'ils ne prennent pas la peine de les conseiller sur leur *lifestyle*, jugeant que leur intervention serait inutile chez ce type de patients.

Étapes	Mécanismes	Stratégies
1.Étiqueter	L'individu est distingué sur la base de certaines différences superficielles	Clarifier, expliquer, approfondir les connaissances/informations au sujet de la maladie, et dissiper les préjugés infondés
2.Stéréotyper	On attribue à l'individu portant ces différences certains défauts ou certaines caractéristiques générales	Ne pas confondre personne malade et maladie (par exemple parler d'un patient atteint de schizophrénie plutôt que d'un « schizophrène »). Relever les ressources et les valeurs des patients
3.Séparer	Sur la base de ces différences, on définit un groupe qui se situe en marge de la société en général, on sépare « eux » de « nous »	Insérer le patient dans la communauté
4.Discriminer	Sur cette base, les individus appartenant à ce groupe sont rejetés et discriminés	Séparer soins et contrôle social
5.Perte de pouvoir	En conséquence de ce rejet et de cette discrimination, les personnes appartenant à ce sous-groupe se voient privées de leur pouvoir social	Constituer des groupes de pression, des associations de proches et/ou de patients

Tableau 4 : Étapes du phénomène de stigmatisation et stratégies permettant de le combattre (118,119)

- Les conseils généraux de base sur l'alimentation doivent être connus de tous les professionnel-le-s de la santé. La pyramide alimentaire suisse et les recommandations de l'OMS sur l'activité physique sont les deux outils qui devraient être utilisés par les PS quotidiennement (37).
- Un rappel des principales recommandations en matière de mode de vie sain (alimentation, activité physique, alcool, tabac) doit faire partie des visites de routine des patients de tous les âges. Étant donné que chaque professionnel-le de la santé est amené à rencontrer des patients à risque de maladies non-transmissibles, il est dans leur devoir d'agir en leur transmettant les recommandations nécessaires. Les PS doivent tous agir comme des multiplicateurs d'information afin de ne laisser passer aucun patient entre les mailles du filet.
- Certaines maladies non-transmissibles peuvent être évitées si les facteurs comportementaux à risque sont repérés rapidement. La prévention primaire joue un grand rôle chez les enfants et les jeunes adultes, c'est pourquoi, même en l'absence de symptômes visibles, les paramètres du mode de vie doivent être évalués régulièrement au sein de cette population.
- Comme les conseils aux patients ne peuvent pas être transmis sans une bonne maîtrise des recommandations de santé, il est nécessaire que tous les PS soient à jour sur leurs connaissances. Pour cela, nous proposons, en plus qu'il-elle-s s'assurent individuellement que leurs propres connaissances soient suffisantes, qu'un colloque sur les recommandations *lifestyle* de l'OMS soit organisé annuellement par des diététicien-ne-s dans chaque hôpital et centre médical de Suisse afin de remettre à jour les connaissances des collaborateur-ice-s.
- Les inégalités liées au sexe des patients doivent cesser. Les hommes étant moins conseillés et dépistés par les professionnel-le-s de la santé, cela implique une baisse de la qualité des soins pour eux et une hausse des maladies liées au mode de vie.

L'étude populationnelle suisse MenuCH réalisée entre 2014 et 2015, révélait qu'en moyenne les hommes avaient un IMC plus élevé que les femmes (respectivement 25.9 kg/m² et 24.1 kg/m²). La prévalence de surpoids et d'obésité était plus élevée chez les hommes (41.6% et 13.9%) que chez les femmes (19.7 et 11.3%). Cette étude rapporte aussi que les hommes étaient moins nombreux à connaître la pyramide alimentaire suisse et que 27% des hommes buvaient des boissons sucrées durant les repas alors que les femmes étaient seulement 12 % à le faire. Seuls 44% des hommes mentionnaient pratiquer une activité physique journalière régulière (30 minutes de marche par jour, 5x /sem) contre 52% des femmes (120).

Les hommes ont une espérance de vie moins longue que celle des femmes (121,122). Ceci peut être expliqué, en partie, par ce manque d'adhérence aux recommandations de santé, qui entraîne plus de risques de comorbidités et d'installation de maladies chroniques non-transmissibles chez les hommes et, de ce fait, accroît leur mortalité (123). Ces résultats coïncident avec le manque d'informations transmises par les professionnel-le-s de santé à leurs patients hommes. Parallèlement, les femmes ne doivent pas être exagérément sollicitées à perdre du poids ou stigmatisées par les PS au risque de créer des troubles du comportement alimentaires ou d'augmenter les comportements à risque (119).

Un juste milieu doit être trouvé pour les patients des deux sexes. L'important est de ne pas banaliser tout en ne mettant pas une pression inutile sur les patients, ce qui serait contre-productif.

Espérance de vie

	1999	2009	2019
A la naissance			
Hommes	76.8	79.8	81.9
Femmes	82.5	84.4	85.6
A 30 ans			
Hommes	48.1	50.7	52.6
Femmes	53.3	55.0	56.1

Tableau 5 : Nombre d'années d'espérance de vie en Suisse à la naissance et à 30 ans

- Si les différents professionnel-le-s de la santé s'aperçoivent que la transmission des conseils *lifestyle* aux patients a été effectuée mais que ceux-ci ne sont pas mis en place ou pas compris par les patients, il est impératif de référer ces patients à risque aux diététicien-ne-s. De plus, certaines pathologies nécessitent un suivi diététique spécifique. Dans ces cas de prévention secondaire et tertiaire, il est obligatoire de faire appel aux diététicien-ne-s (E.g. maladies cardiovasculaires, diabètes de type I et II, diabète gestationnel, dénutrition, troubles du comportement alimentaire, intolérances et allergies alimentaires...) (123–127). En cas de doute, il est crucial de demander l'avis d'un-e diététicien-ne-s sans attendre afin d'évaluer la nécessité ou non d'un entretien ou d'un suivi diététique.

10.2. Propositions pour de futures recherches

À la lumière des études que nous avons analysées, certains impacts des représentations et des connaissances des PS sur les conseils donnés aux patients semblent avoir été suffisamment démontrés. Cependant, lors de notre recherche de littérature, nous n'avons pas trouvé d'études s'intéressant aux liens entre le type de régime alimentaire des professionnel-le-s de santé (E.g. végétarisme, véganisme, casher, hyperprotéiné...) et les conseils nutritionnels donnés aux patients. Ce sujet nous semble très intéressant pour de futures recherches car nous pensons, à l'exemple des études que nous avons analysées précédemment, que les expériences personnelles des PS sont des déterminants de leurs conseils. En outre, plus le type d'alimentation des PS semble lié à leurs représentations et/ou à leurs convictions et idéaux, plus cela impacte les conseils qu'ils donnent aux patients. Par exemple, dans notre hypothèse, les PS qui prennent des compléments alimentaires sous forme de vitamines et minéraux sont convaincus de leurs effets bénéfiques sur la santé (représentations/convictions), c'est pourquoi ils les conseillent aux patients. De plus, le fait qu'ils soient familiers (connaissances) avec la prise de ces compléments les encouragent à les prescrire aux patients.

Le véganisme et le végétarisme, ainsi que les régimes alimentaires en lien avec la religion ou la pratique d'un sport sont fortement reliés aux valeurs de ceux qui pratiquent ces différentes modalités alimentaires (128–130). Cela peut alors entrer en contradiction avec les recommandations alimentaires concernant les patients. En effet, l'enrichissement en protéines se fait presque systématiquement avec des produits provenant d'animaux (produits carnés, protéines de lait de vaches, fromage, etc.) et les suppléments nutritionnels oraux le sont aussi. Certains produits nécessaires aux patients peuvent être très riches en glucides ou en lipides selon leurs besoins, ce qui pourrait sembler contre-intuitif pour un PS sportif adepte de régimes hyperprotéiques/hypocaloriques. Ces exemples soulignent le dilemme possible entre idéologie et recommandations.

Avec une vision libre de représentations et des prescriptions basées sur une argumentation scientifique, les traitements nutritionnels ne devraient pas être remis en cause. Cependant, avec une vision subjective empreinte de ses propres convictions, il est plus difficile de s'adapter aux besoins des patients en agissant de manière professionnelle et sur la base des preuves scientifiques.

Il nous semblerait important de réaliser une étude portant sur ce thème afin de vérifier si cette hypothèse semble juste et ainsi limiter l'impact du comportement alimentaire des soignants sur leurs pratiques professionnelles.

Nous tenons à rappeler que cette hypothèse ne tient nullement à déprécier les convictions ou les modes alimentaires des PS. Comme énoncé dans l'article 9 : « Liberté de pensée, de conscience et de religion » de la « Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales » émis par la Confédération, chacun est libre de ses choix et de ses idées dans la sphère privée et dans l'exercice d'actes personnels en lien avec ses convictions et sur ce point, aucune critique ne peut être avancée (131).

10.3. Les diététicien-ne-s et leur rôle de transmission des connaissances

Après les quelques pistes de réflexion exposées dans le chapitre précédent, nous souhaitons déterminer les différents rôles des diététicien-ne-s dans le transfert des connaissances.

Après l'acquisition d'un *Bachelor of Science HES-SO en Nutrition et Diététique*, équivalent à 180 crédits ECTS, plusieurs possibilités s'offrent aux diplômé-e-s (132). La première possibilité est d'entrer directement dans le monde du travail et de participer à des formations continues lors de DAS ou de CAS. La seconde possibilité est de continuer sur la voie académique en suivant des cours post-grade. Les masters et doctorats peuvent être suivis en Suisse ou à l'étranger (133).

En Suisse, le *Master ès Science* en sciences de la santé se déroule en partenariat avec l'Université de Lausanne (UNIL). Il dure trois semestres à 100% ou 5 semestres maximum à

temps partiel et il rapporte 90 crédits ECTS (134). Ce master interprofessionnel est ouvert depuis seulement quelques années aux différentes branches de la santé (Ergothérapie, Nutrition et Diététique, Physiothérapie, Sage-femme, Technique en radiologie médicale). Il permet de développer des compétences en relation interprofessionnelle avec les autres acteurs de la santé, mais aussi d'approfondir les savoirs disciplinaires spécifiques. De plus, selon le descriptif de formation, il est axé sur « [le] développement de compétences d'analyse critique, de méthodes de recherche et de leadership professionnel, au service de l'intégration des données fondées et pertinentes dans les pratiques professionnelles » (134).

Il s'agit d'une vraie opportunité, pour les diététicien-ne-s qui le souhaitent, d'étendre leur visibilité et leurs facultés d'apprenants et formateurs en participant activement à la formation des autres professionnel-le-s de la santé dans les différentes filières HES-SO, ainsi qu'en médecine. La création de nouvelles places d'enseignement, dédiées aux diététicien-ne-s à l'université et dans les hautes écoles, constituerait une vraie aubaine pour tous les acteur-rice-s de la santé qui pourraient en profiter.

Il faut noter qu'à présent les réseaux de communication hospitaliers et péri-hospitaliers sont pour la plupart virtuels. La stratégie « Cybersanté 2.0 », adoptée par la Confédération en 2017, encourage l'utilisation de ces canaux de communication dans les hôpitaux suisses. Elle englobe 25 objectifs visant à améliorer la prise en charge des patients (135). La collaboration interprofessionnelle doit alors s'adapter à ces nouveaux modes de communication afin de ne pas perdre d'importantes informations au sujet des patients. Le remplissage du Dossier Patient Informatisé (DPI) ou Dossier Électronique du patient (DEP) de manière complète et pertinente pour les autres professionnel-le-s ainsi que l'échange de mails ou la mise à jour de son agenda informatisé (E.g. Ultragenda) et des autres applications permettant l'échange d'informations (E.g. Soarian, Winrest, Logimen, Intranet) est indispensable. Bien que virtuelles, ces actions permettent l'interprofessionnalité à l'instar des colloques ou réunions physiques des collaborateur-rice-s. En conséquence, cela garantit l'amélioration de la qualité des soins pour les patients.

Finalement, la profession de diététicien-ne semble localisée, voir limitée à l'hospitalier et aux consultations en cabinet, bien que quelques postes dans l'enseignement secondaire, en prévention de la santé et dans l'industrie soient présents. Étant donné l'étendue et la diversité de leurs compétences, il serait intéressant que les diététicien-ne-s diversifient leurs champs d'action. Il est souhaitable qu'il-elle-s apprennent à promouvoir leurs savoir-faire afin d'asseoir leur légitimité à accéder à différentes positions professionnelles. Des postes de plus grande influence au sein des instances de santé de la Confédération par exemple, mais aussi la participation à des projets de groupe, en collaboration avec d'autres professionnel-le-s de la santé, sont à leur portée (136). En augmentant leur visibilité, cela leur permettrait de toucher la population de manière plus étendue. La maîtrise des canaux d'information, à l'image des réseaux sociaux tels que Twitter ou Facebook, pour ne citer qu'eux, participerait également à l'augmentation de leur notoriété au sein de la société.

11. Conclusion

Au fil de l'analyse des études que nous avons sélectionnées, nous sommes arrivées à plusieurs conclusions.

Premièrement, comme nous l'avions supposé, les croyances et représentations des différent-e-s professionnel-le-s dans le milieu médical ont une importance non-négligeable dans les jugements et conseils qu'ils émettent aux patients. La perception de leurs compétences à donner des conseils et leur niveau de connaissance est une variable relativement facile à modifier par l'implantation de formations complémentaires sur les conseils de base à propos de l'équilibre alimentaire et le style de vie. Il est indispensable que les facteurs de risque soient connus des PS afin qu'ils soient facilement identifiés lors des anamnèses des patients.

Deuxièmement, les résultats des études au sujet de la perception par des professionnel-le-s en surpoids ou obèses de leur efficacité à donner des conseils et de la confiance des patients conseillés par eux étaient discordants. Nous ne pouvons pas tirer de conclusion entre la variable de l'IMC des soignants et la confiance des patients en leurs conseils. Ce sujet mériterait une étude de plus grande ampleur, réalisée dans plusieurs pays afin d'assurer des résultats probants.

Troisièmement, la prévention primaire est particulièrement importante pour garantir une population en bonne santé. Elle devrait jouer un rôle majeur dans la prise en charge de tous les patients. C'est pourquoi les conseils et la recherche des facteurs de risque liés au mode de vie dans l'anamnèse des patients jeunes sont primordiaux, afin de corriger précocement les habitudes défavorables pour la santé.

Enfin, une grande partie de la problématique des biais dans les conseils se joue par rapport au sexe des patients et des soignants. Le sexisme, qui est de mieux en mieux identifié dans la société, doit aussi l'être dans le milieu des soins. Nous souhaitons mettre en évidence l'importance d'une cohérence dans les conseils, peu-importe le sexe, tant des patient-e-s que des professionnel-le-s.

Pour conclure, les diététicien-ne-s ont une grande carte à jouer, dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ceci, tant par leurs compétences étendues dans l'accompagnement des patients grâce à leur expertise diététique et nutritionnelle, que par leurs facultés de transmission des connaissances dans leur rôle de formateurs. Il-elle-s ont le bénéfice, depuis 2014, d'avoir acquis de grandes capacités pour le travail interprofessionnel. Tous ces éléments confondus font des diététicien-ne-s des personnes-ressources aussi bien lorsqu'il s'agit d'améliorer la qualité des soins directement par leur travail auprès des patients, qu'indirectement à travers la formation des autres collaborateur-ice-s travaillant dans le milieu de la santé.

12. Remerciements

C'est avec beaucoup de joie et de sincérité, déjà mêlées à une certaine nostalgie, que nous tenons à remercier les personnes qui nous ont permis de mener à bien notre projet de Bachelor.

Pour son aide, sa disponibilité précieuse et ses conseils toujours pertinents, nous souhaitons remercier Monsieur Eliséo Montanini, notre directeur de travail de Bachelor.

Nous remercions également, Madame Progin Batalla Sophie, diététicienne consultante cantonale à l'AVASAD pour sa future participation en tant que membre du jury.

Les enseignants et intervenants à la HEdS pour leurs conseils avisés.

Pour leur relecture, la motivation qu'ils nous ont transmise et leur intérêt durant la réalisation de notre travail, nous remercions chaleureusement nos proches et amis.

13. Références

1. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*. 2008;27(2):196-202. doi:10.1016/j.clnu.2007.10.014
2. Mahlstein A, Weishaupt E. Statistique professionnelle sur les diététicien-ne-s en Suisse – résultats 2017. [Brochure] Berne: Bern University of Applied Sciences – Health Professions. 2018. [cité 9 juillet 2020] Disponible sur:
3. Observatoire Suisse de la Santé. Personnel de santé en Suisse [En ligne]. 2016 [cité 10 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/personnel-de-sante-en-suisse>
4. Recours aux soins à domicile | OBSAN [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/recours-aux-soins-domicile>
5. Robinson GE, Cryst S. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2018 Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitian Nutritionists (Competent, Proficient, and Expert) in Post-Acute and Long-Term Care Nutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2018;118(9):1747-1760.e53. doi:10.1016/j.jand.2018.06.007
6. Moore H, Adamson AJ. Nutrition interventions by primary care staff: a survey of involvement, knowledge and attitude. *Public Health Nutr*. aout 2002;5(4):531-536. doi: 10.1079/PHN2001326
7. Spivack JG, Swietlik M, Alessandrini E, Faith MS. Primary care providers' knowledge, practices, and perceived barriers to the treatment and prevention of childhood obesity. *Obesity (Silver Spring)*. 2010; 18(7):1341-1347. doi: 10.1038/oby.2009410
8. Zhu DQ, Norman IJ, While AE. The relationship between doctors' and nurses' own weight status and their weight management practices: a systematic review. *Obesity Reviews*. 2011; 12(6):459-69. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00821.x.
9. Smith AW, Borowski LA, Liu B, Galuska DA, Signore C, Klabunde C, et al. U.S. Primary Care Physicians' Diet-, Physical Activity-, and Weight-Related Care of Adult Patients. *American Journal of Preventive Medicine*. 2011; 41(1). doi: 10.1016/j.amepre.2011.03.017
10. AlAteeq MA, AlArawi SM. Healthy lifestyle among primary health care professionals. *Saudi Med J*. 2014; 35(5):488-94.
11. Frank E, Wright EH, Serdula MK, Elon LK, Baldwin G. Personal and professional nutrition-related practices of US female physicians. *Am J Clin Nutr*. févr 2002;75(2):326-32. doi: 10.1093/ajcn/75.2.326
12. Institut National de la Recherche Agronomique (INRA). Qu'est-ce qui détermine, façonne ou oriente les comportements alimentaires ? Chemineau P, Directeur. *Comportements alimentaires – Choix des consommateurs et politiques nutritionnelles*. Versailles : Editions Quæ ; 2012. p.47-60.
13. Etiévant P, Bellisle F, Dallongeville J, Etlié F, Guichard E, Padilla M, et al. Les

- comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ? Donnars C, Sabbagh C, Tibi A, éditeurs. Paris : INRA ; 2010.
14. Carrel G, Giusti V. Prise alimentaire: pas uniquement une question de volonté ! *Revue Médicale Suisse*. [En ligne]. 2009 [cité 28 juin 2020];5(198):769-772. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-198/Prise-alimentaire-pas-uniquement-une-question-de-volonte>
 15. McCluskey JJ, Loureiro ML. Consumer preferences and willingness to pay for food labeling: A discussion of empirical studies. *J Food Distrib Res*. 2003; 34(3):95-102. doi: 10.22004/ag.econ.27051
 16. Carrard I, Haenni C, Reiner M, Golay A. Obésité et troubles du comportement alimentaire : comment faire ? *Revue Médicale Suisse*. [En ligne]. 2005 [cité 27 juin 2020];1(12):30275. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-12/30275>
 17. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev*. 2001;2(3):159-171. doi:10.1046/j.1467-789x.2001.00036.x
 18. Poulain J-P. Sociologies de l'alimentation: les mangeurs et l'espace social alimentaire. France : Presses universitaires de France ; 2017.
 19. Nutrition Ecology International Center. Nutrition Ecology - Introduction [En ligne]. 2009 [cité 16 juill 2020]. Disponible sur: http://www.nutritionecology.org/overview/nutrition_intro.html
 20. Stalder U. Bulletin nutritionnel suisse 2019. Berne: Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires; 2019. doi: 10.24444/blv-2018-0211
 21. Mensink G, Barbosa CL, Brettschneider A-K. Prevalence of persons following a vegetarian diet in Germany. *Robert Koch Institut*. 2016;12-14. doi: 10.17886/RKI-GBE-2016.039.
 22. Pan A, Sun Q, Bernstein AM, Schulze MB, Manson JE, Willett WC, et al. Red meat consumption and risk of type 2 diabetes: 3 cohorts of US adults and an updated meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2011;94(4):1088-96. doi: 10.3945/ajcn.111.018978.
 23. Costa CS, Del-Ponte B, Assunção MCF, Santos IS. Consumption of ultra-processed foods and body fat during childhood and adolescence: a systematic review. *Public Health Nutr*. 2018;21(1):148-159. doi: 10.1017/S1368980017001331.
 24. Monteiro CA, Moubarac J-C, Cannon G, Ng SW, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system: Ultra-processed products: global dominance. *Obes Rev*. 2013;14(2):21-8. doi: 10.1111/obr.12107.
 25. Jones L. Why are more people going vegan? *News BBC*. [En ligne]. 2020, 2 janvier [cité 17 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.bbc.com/news/business-44488051>
 26. Leroy F, Brengman M, Ryckbosch W, Scholliers P. Meat in the post-truth era: Mass media discourses on health and disease in the attention economy. *Appetite*. 2018;125:345-355. doi: 10.1016/j.appet.2018.02.028.

27. De Backer C, Hudders L. Meat morals: Relationship between meat consumption consumer attitudes towards human and animal welfare and moral behavior. *Meat Sci.* 2015;99:68-74. doi: 10.1016/j.meatsci.2014.08.011.
28. Public Health - European Commission. Report on health inequalities in the European Union [En ligne]. 2016 [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/social_determinants/overview_en
29. Galobardes B, Costanza MC, Bernstein MS, Delhumeau C, Morabia A. Trends in Risk Factors for Lifestyle-Related Diseases by Socioeconomic Position in Geneva, Switzerland, 1993–2000: Health Inequalities Persist. *Am J Public Health.* 2003;93(8):1302-9. doi: 10.2105/ajph.93.8.1302
30. Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental Influence on Eating Behavior. *J Law Med Ethics.* 2007;35(1):22-34. doi: 10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x
31. Birch LL. Effects of peer models' food choices and eating behaviors on preschoolers' food preferences. *Child Development (USA)* [En ligne]. 1980 [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <https://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=US8101420>
32. Hankey CR, Eley S, Leslie WS, Hunter CM, Lean MEJ. Eating habits, beliefs, attitudes and knowledge among health professionals regarding the links between obesity, nutrition and health. *Public Health Nutr.* 2004; 7(2):337-343. doi:10.1079/PHN2003526
33. Larousse. Dictionnaire de Français [En ligne]. Paris : Éditions Larousse. Modèle. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mod%C3%A8le/51916?q=mod%C3%A8le#51793>
34. Borchardt GL. Said Another Way: Role Models for Health Promotion: The Challenge for Nurses. *Nursing Forum.* 2000;35(3):29-32. doi:10.1111/j.1744-6198.2000.tb01002.x
35. Blake H, Harrison C. Health behaviours and attitudes towards being role models. *Br J Nurs.* 2013;22(2):86-94. doi:10.12968/bjon.2013.22.2.86
36. Kelly M, Wills J, Sykes S. Do nurses' personal health behaviours impact on their health promotion practice? A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2017;76:62-77. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.08.008
37. World Health Organisation. The World Health Report 2006: working together for health [En ligne]. 2006 [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2006/en/>
38. Blake H, Patterson J. Paediatric nurses' attitudes towards the promotion of healthy eating. *Br J Nurs.* 2015;24(2):108-112. doi:10.12968/bjon.2015.24.2.108
39. Introduction - Droits du Patient [En ligne]. [cité 22 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.droitsdupatient.ch/introduction-index.cfm>
40. Office Fédéral de la Santé Publique. Patients : vos droits et votre participation [En

- ligne]. [cité 22 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/patientenrechte.html>
41. SVDE ASDD. Éthique professionnelle et déontologie [En ligne]. 2020 [cité 22 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.svde-asdd.ch/fr/profession/ethique-professionnelle-et-deontologie/>
 42. Loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan). RS 811.21 (30 septembre 2016).
 43. Université de Genève. Bachelor et Master en médecine humaine - Faculté de Médecine [En ligne]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.unige.ch/medecine/fr/enseignement1/bachelor-et-master-en-medecine-humaine/>
 44. Université de Lausanne. Faculté de biologie et de médecine [En ligne]. [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.unil.ch/ecoledemedecine/fr/home/menuinst/bachelor---master/cahiers-de-module/2019---2020.html>
 45. Haute École de Santé de Genève. Programme d'études en soins infirmiers [En ligne]. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.hesge.ch/heds/formation/soins-infirmiers/etudes/programme-detudes>
 46. Haute Ecole de Santé de Genève. Programme d'études de sage-femme [En ligne]. [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.hesge.ch/heds/formation/sage-femme/etudes/programme-detudes>
 47. Haute Ecole de Santé - Filière Nutrition & Diététique. Intervention de la filière ND pour l'enseignement de la nutrition - Recensement demandé dans le cadre du TBSc dirigé par Eliseo Montanini. 2020.
 48. World Health Organisation. Constitution [En ligne]. 2020 [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
 49. World Health Organisation. Promotion santé : Charte d'OTTAWA. [En ligne]. Ottawa : 1986. p. 8-15. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59557/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 50. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychological Review. 1943;50(4):370-396. doi:10.1037/h0054346
 51. Cantoreggi N. Pondération des déterminants de la santé en Suisse [En ligne]. 2010 [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: https://perruchenautomne.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/09/100806_GRES_Schlussbericht-Gesundheitsdeterminanten.pdf
 52. Widmer D, Herzig L, Jamoulle M. Prévention quaternaire : agir est-il toujours justifié en médecine de famille ? Revue médicale suisse [En ligne]. 2014 [cité 15 juillet 2020];10(430):1052-1056. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-430/Prevention-quaternaire-agir-est-il-toujours-justifie-en-medecine-de-famille>

53. Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC. Oxford Textbook of Global Public Health. 6e éd. Oxford: Oxford University Press; 2015. doi:10.1093/med/9780199661756.001.0001
54. Gutzwiller F, Paccaud F, Abel T. Médecine sociale et préventive - santé publique. 3^e éd. Berne: H. Huber; 2009.
55. Slawson DL, Fitzgerald N, Morgan KT. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: the role of nutrition in health promotion and chronic disease prevention. J Acad Nutr Diet. 2013;113(7):972-9. doi:10.1016/j.jand.2013.05.005
56. World Health Organization (WHO). Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020 [En ligne]. Genève: WHO; 2013 [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
57. Office Fédéral de la Santé Publique, Conférence Suisse des Directrices et Directeurs cantonaux de la Santé, Promotion Santé Suisse. Plan de mesures de la Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024 [En ligne]. 2016 [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: <https://promotionsante.ch/pds/bases-pour-le-soutien-de-projets/strategie-mnt.html>
58. Office Fédéral de la Santé Publique. Soins coordonnés [En ligne]. 2017 [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>
59. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. The Chronic Care Model : Improving Chronic Illness Care [En ligne]. 1996 [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2
60. Office Fédéral de la Santé Publique. Programme de promotion interprofessionnalité dans le domaine de la santé [En ligne]. Berne: OFSP; 2017 [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html>
61. Office Fédéral de la Santé Publique. Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles [En ligne]. 2016 [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>
62. Delahanty LM, Sonnenberg LM, Hayden D, Nathan DM. Clinical and cost outcomes of medical nutrition therapy for hypercholesterolemia: a controlled trial. J Am Diet Assoc. 2001;101(9):1012-23. doi:10.1016/S0002-8223(01)00250-4
63. Braga JM, Hunt A, Pope J, Molaison E. Implementation of dietitian recommendations for enteral nutrition results in improved outcomes. J Am Diet Assoc. 2006;106(2):281-4. doi:10.1016/j.jada.2005.10.039
64. Haute Ecole de Santé. Annexe I Projet Compétences finales professions de la santé HES. 2009.

65. Office Fédéral de la Statistique. Statistiques de la santé 2019 [En ligne]. Berne : Office fédéral de la statistique ; 2019 [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.10227276.html>
66. Office Fédéral de la Statistique. Pflegepersonal: die Schweiz im internationalen Vergleich [En ligne]. Berne : Office fédéral de la statistique. 2019 [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.gnpdetail.2019-0615.html>
67. République et canton de Genève. Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030. [En ligne]. Genève: Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé, Direction générale de la santé, Service du Médecin cantonal, Secteur prévention et promotion de la santé; 2016 [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ge.ch/document/concept-cantonal-promotion-sante-prevention-2030>
68. Comité central de la FMH. L'interprofessionnalité. Bulletin des Médecins Suisses. 2018;99(44):1522-3. doi:10.4414/bms.2018.17278
69. Nolan C, Deehan A, Wylie A, Jones R. Practice nurses and obesity: professional and practice-based factors affecting role adequacy and role legitimacy. Prim Health Care Res Dev. 2012;13(4):353-63. doi:10.1017/S1463423612000059
70. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Overweight & Obesity Statistics [En ligne]. 2017 [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/overweight-obesity>
71. Office fédéral de la Santé Publique. Poids corporel et activité physique en Suisse : faits et chiffres [En ligne]. 2019 [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-bewegung-koerpergewicht.html>
72. CISMeF. HeTOP [En ligne]. Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.hetop.eu/hetop/>
73. United Nations. World Economic Situation and Prospects 2019 [En ligne]. New York: United Nations; 2019. [cité 29 juin 2020] Disponible sur: https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/WESP2019_BOOK-ANNEX-en.pdf
74. Bleich SN, Bandara S, Bennett WL, Cooper LA, Gudzone KA. Impact of non-physician health professionals' BMI on obesity care and beliefs: Health Professional BMI and Obesity Care. Obesity. 2014;22(12):2476-2480. doi:10.1002/oby.20881
75. Herring SJ, Platek DN, Elliott P, Riley LE, Stuebe AM, Oken E. Addressing Obesity in Pregnancy: What Do Obstetric Providers Recommend? Journal of Women's Health. 2010;19(1):65-70. doi:10.1089/jwh.2008.13434
76. Fieldwick D, Smith A, Paterson H. General practitioners and gestational weight management. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2019;39(4):485-91. Doi:10.1080/01443615.2018.1530739
77. Fieldwick D, Smith A, Paterson H. General practitioners and preconception weight management in New Zealand. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2017;57(4):420-5. doi:10.1111/ajo.12609

78. Ndetan H, Evans MW, Bae S, Felini M, Rupert R, Singh KP. The Health Care Provider's Role and Patient Compliance to Health Promotion Advice From the User's Perspective: Analysis of the 2006 National Health Interview Survey Data. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 2010;33(6):413-8. doi:10.1016/j.impt.210.06.009
79. Binns HJ, Mueller MM, Ariza AJ. Healthy and Fit for Prevention: The Influence of Clinician Health and Fitness on Promotion of Healthy Lifestyles During Health Supervision Visits. *Clinical Pediatrics*. 2007;46(9):780-6. doi:10.1177/000992280733229
80. Williams JL, Abelman SM, Fassett EM, Stone CE, Petrini JR, Damus K, et al. Health Care Provider Knowledge and Practices Regarding Folic Acid, United States, 2002–2003. *Maternal and Child Health Journal*. 2006;10(S1):67-72. doi:10.1007/s10995-006-0088-9
81. Znyk M, Polańska K, Wojtysiak P, Szulc M, Bąk-Romaniszyn L, Makowiec-Dąbrowska T, et al. Predictors of Counselling Related to a Healthy Lifestyle Carried Out by a General Practitioner. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(22):4475. doi:10.3390/ijerph16224475
82. Engström M, Skytt B, Ernesäter A, Fläckman B, Mamhidir A-G. District nurses' self-reported clinical activities, beliefs about and attitudes towards obesity management. *Applied Nursing Research*. 2013;26(4):198-203. doi:10.1016/j.apnr.2013.06.009
83. Medical Nutrition International Industry. Better care through better nutrition : Value and effects of Medical Nutrition [Brochure]. 4e éd. Brussel: MNI; 2018 [cité 7 juillet 2020]. Disponible sur: https://www.fresenius-kabi.com/documents/MNI_Summary_Booklet_2018_FINAL_HR.pdf
84. Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ, Barnes KA, Williams LT. Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Acad Nutr Diet*. 2017;117(12):1941-62. doi:10.1016/j.jand.2017.06.364
85. Haute Ecole de Santé. Programme d'études [En ligne]. 2019 [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.hesge.ch/heds/formation/soins-infirmiers/etudes/programme-detudes>
86. Université de Genève. Enseignement interprofessionnel - Faculté de médecine [En ligne]. 2019 [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.unige.ch/medecine/fr/enseignement1/bachelor-et-master-en-medecine-humaine/programmeslongitudinaux/interprofessionnalisme/>
87. Strelan P, Hargreaves D. Women Who Objectify Other Women: The Vicious Circle of Objectification? *Sex Roles*. 2005;52(9-10):707-12. doi:10.1007/s11199-005-3737-3
88. Lazarus M, Wunderlich R, Stallone P, Vitagliano J. Killing us softly 4: Advertising's image of women [DVD]. USA: Media Education Foundation; 2010.
89. Klein H, Shiffman KS. Thin is "in" and stout is "out": What animated cartoons tell viewers about body weight. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia*,

- Bulimia and Obesity. 2005;10(2):107-116. doi:10.1007/BF03327532
90. Levine MP, Murnen SK. "Everybody Knows That Mass Media are/are not [*pick one*] a Cause of Eating Disorders": A Critical Review of Evidence for a Causal Link Between Media, Negative Body Image, and Disordered Eating in Females. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2009;28(1):9-42. doi:10.1521/jscp.2009.28.1.9
 91. Littleton H. *Body Image Dissatisfaction: Normative Discontent?* New York: Routledge, 2007.
 92. Fardouly J, Diedrichs PC, Vartanian LR, Halliwell E. Social comparisons on social media: The impact of Facebook on young women's body image concerns and mood. 2015;13:38-45. doi:10.1016/j.bodyim.2014.12.002
 93. Fardouly J, Rapee RM. The impact of no-makeup selfies on young women's body image. 2019;28:128-34. doi:10.1016/j.bodyim.2019.01.006
 94. Simpson CC, Mazzeo SE. Skinny Is Not Enough: A Content Analysis of Fitspiration on Pinterest. *May 2017*;32(5):560-567. doi:10.1080/10410236.2016.1140273
 95. Moradi B, Huang Y-P. Objectification Theory and Psychology of Women: A Decade of Advances and Future Directions. 2008;32(4):377-98. doi:10.1111/j.1471-6402.2008.00452.x
 96. Arispon Cid J, Andrades Ramírez C, Sánchez Rodríguez J, Iglesias Conde A, Jáuregui-Lobera I, Herrero Martín G, et al. Self-perception of weight and physical fitness, body image perception, control weight behaviors and eating behaviors in adolescents. 2018;35(5):1115-1123. doi:10.20960/nh.1726
 97. Abraham SF. Dieting, body weight, body image and self-esteem in young women: doctors' dilemmas. 2003;178(12):607-611. doi:10.5694/j.1326-5377.2003.tb05382.x
 98. Weinberger N-A, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2016;9(6):424-441. doi:10.1159/000454837
 99. Pope HG, Phillips KA, Olivardia R. *The Adonis complex: the secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press; 2000.
 100. Deria S, Tissot J-D, Bridel Grosvernier L. Profession médecin: choix et perspectives selon le genre. *Revue Médicale Suisse [En ligne]*. 2010 [cité 18 juin 2020];6(257):1438-1442. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-257/Profession-medecin-choix-et-perspectives-selon-le-genre>
 101. Hicks M, McDermott LL, Rouhana N, Schmidt M, Seymour MW, Sullivan T. Nurses' Body Size and Public Confidence in Ability to Provide Health Education. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008;40(4):349-54. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00249.x
 102. Greenberg JA, Bell SJ, Guan Y, Yu Y-H. Folic Acid supplementation and pregnancy: more than just neural tube defect prevention. *Rev Obstet Gynecol*. 2011;4(2):52-59.

103. Holick MF. The vitamin D deficiency pandemic: Approaches for diagnosis, treatment and prevention. Rev in Endocr and Metab Disord. 2017;18(2):153-165. doi :10.1007/s11154-017-9424-1
104. Bohlmann F. Reportage : Les compléments alimentaires. Tabula N°4 [En ligne]. 2011 [cité 18 juin 2020] Disponible sur: <http://www.sge-ssn.ch/media/tabula-4-11-F-Reportage.pdf>
105. Rizzoli R, Stoermann C, Ammann P, Bonjour J-P. Hypercalcemia and hyperosteolysis in vitamin D intoxication: Effects of clodronate therapy. Bone. 1994;15(2):193-8. doi:10.1016/8756-3282(94)90707-2
106. Mulholland CA, Benford DJ. What is known about the safety of multivitamin-multimineral supplements for the generally healthy population? Theoretical basis for harm. Am Journal Clin Nutr. 2007;85(1):318S-322S. doi:10.1093/ajcn/85.1.318S
107. DeVoe JE, Wallace LS, Fryer GE. Patient age influences perceptions about health care communication. Fam Med. 2009;41(2):126-133.
108. Houlden RL, Yen HH, Mirrahimi A. The Lifestyle History: A Neglected But Essential Component of the Medical History. American Journal of Lifestyle Medicine. 2018;12(5):404-411. doi:10.1177/1559827617703045
109. Bleich SN, Bennett WL, Gudzone KA, Cooper LA. Impact of physician BMI on obesity care and beliefs. Obesity (Silver Spring). 2012;20(5):999-1005. Doi:10.1038/oby.2011.402
110. Perrin EM, Flower KB, Ammerman AS. Pediatricians' own weight: self-perception, misclassification, and ease of counseling. Obes Res. 2005;13(2):326-32. doi:10.1038/oby.2005.44
111. Paulhus DL. Socially desirable responding: the evolution of a construct. In: Braun I, Jackson DN, Wiley DE, directeurs. The role of constructs in psychological and educational measurement. Washington: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2002. p.49-69.
112. Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale. Plan d'étude cadre - Bachelor 2012 - Filière de formation en Nutrition et Diététique [En ligne]. 2012. [Cité 1 juill 2020]. Disponible sur : <https://www.hes-so.ch/data/documents/plan-etudes-bachelor-nutrition-dietetique-727.pdf>
113. Association Suisse des Diététicien-ne-s. Code d'éthique professionnelle des diététicien-ne-s suisses [En ligne]. Berne: SVDE ASDD; 2013 [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: https://svde-asdd.ch/wp-content/uploads/2016/02/Berufsethik-Kodex-der-Ern%C3%A4hrungsberaterInnen-der-Schweiz_F.pdf
114. Swiss Medical Association. Code de déontologie [En ligne]. Berne : Fédération des Médecins Suisses ; 1997 [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.fmh.ch/fr/a-propos-de-la-fmh/statuts-autres-reglements.cfm>
115. Association Suisse des Infirmier-ère-s. Éthique et soins infirmiers [En ligne]. Berne : ASI SBK ; 2005 [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers/ethique-et-soins-infirmiers>

116. Association suisse des physiothérapeutes indépendants. Code de déontologie [En ligne]. Paudex : ASPI [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.aspi-svfp.ch/f/documents-et-liens/code-de-deontologie.asp>
117. Crandall CS, Reser AH. Attributions and Weight-Based Prejudice. In: Brownell KD, Puhl RM, Schwartz MB, Rudd L directeurs. Weight bias: Nature, consequences, and remedies. New York: Guilford Publications; 2005. p. 83-96.
118. Bonsack C, Morandi S, Favrod J, Conus P. Le stigmatisme de la « folie » : de la fatalité au rétablissement. Revue Médicale Suisse [En ligne]. 2013 cité 1 juill 2020 ; 9(377):588-592. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-377/Le-stigmatisme-de-la-folie-de-la-fatalite-au-retablissement>
119. Bichsel N, Conus M. La stigmatisation: un problème fréquent aux conséquences multiples. Revue Médicale Suisse [En ligne]. 2017 [cité 1 juill 2020] ;13(551):478-481. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-551/La-stigmatisation-un-probleme-frequent-aux-conssequences-multiples>
120. Office Fédéral de la Sécurité Alimentaire et des Affaires Vétérinaires. L'enquête nationale sur l'alimentation menuCH [En ligne]. Berne: OSAV; 2017 [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.blv.admin.ch/blv/fr/home/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/menuch.html>
121. Office fédéral de la Statistique. Tables de mortalité pour la Suisse 2008/2013 [En ligne]. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2017 [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: http://www.alter-migration.ch/fileadmin/templates/pdf/Mediathek/F/BFS_2017_Tables_de_mortalite_pour_la_Suisse_2008_2013.pdf
122. Office Fédéral de la Statistique. Espérance de vie [En ligne]. Neuchâtel: OFS; 2017 [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/lebenserwartung.html>
123. World Health Organization. Maladies non transmissibles [En ligne]. 2017 [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
124. Forouhi NG, Misra A, Mohan V, Taylor R, Yancy W. Dietary and nutritional approaches for prevention and management of type 2 diabetes. BMJ. 2018;361:k2234. doi :10.1136/bmj.k2234
125. Dolatkhan N, Hajifaraji M, Shakouri SK. Nutrition Therapy in Managing Pregnant Women With Gestational Diabetes Mellitus: A Literature Review. J Family Reprod Health. 2018;12(2):57-72.
126. Rossi-Pacini F, Seigne-Dartois B, Dieuleveut C, Hennequin V, Parmentier I. Le diététicien dans le parcours de soins d'un patient dénutri ou à risque de dénutrition. Nutrition Clinique et Métabolisme. 2016;30(4):326-34. Doi : 10.1016/j.nupar.2016.10.128
127. Les conséquences nutritionnelles des régimes d'éviction pour allergies alimentaires : le point de vue de la diététicienne. Revue Française d'Allergologie. 1

avr 2009;49(3):143-6.

128. Costa I, Gill PR, Morda R, Ali L. « More than a diet »: A qualitative investigation of young vegan Women's relationship to food. *Appetite*. 2019;143:104418. doi:10.1016/j.appet.2019.104418
129. Hopwood CJ, Bleidorn W, Schwaba T, Chen S. Health, environmental, and animal rights motives for vegetarian eating. *PLoS ONE*. 2020;15(4):e0230609. doi: 10.1371/journal.pone.0230609
130. Freimer N, Echenberg D, Kretchmer N. Cultural variation--nutritional and clinical implications. *West J Med*. 1983;139(6):928-933.
131. Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH). RS 0.101 (28 novembre 1974).
132. Haute École de Santé. Nutrition et diététique - La formation Bachelor [En ligne]. [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.hesge.ch/heds/formation-base/bachelor/nutrition-et-dietetique>
133. Haute École de Santé de Suisse Orientale. Master - Sciences de la santé (MScSa) nutrition - physiothérapie - sage-femme - radiologie [En ligne]. [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <https://master.hes-so.ch/domaines/sante/mscsa?theme=T12>
134. Université de Lausanne. Master ès Sciences en sciences de la santé [En ligne]. 2020 [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.unil.ch/formations/fr/home/menuinst/masters/sciences-de-la-sante.html>
135. Office Fédéral de la Santé Publique. Stratégie Cybersanté Suisse 2.0 [En ligne]. 2018 [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-ehealth-schweiz.html>
136. Brody RA, Byham-Gray L, Touger-Decker R, Passannante MR, O'Sullivan Maillet J (2012): Identifying Components of Advanced-Level Clinical Nutrition Practice: A Delphy Study, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 112(6), 859–869 doi:10.1016/j.jand.2012.02.022

14. Annexes

I. Référentiel des compétences des professions de la santé HES

Allgemeine Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH	Compétences génériques des professions de la santé HES
Absolventen eines Studienganges müssen folgende allgemeine Kompetenzen aufweisen:	A la fin de leur formation les personnes qui ont suivi une filière d'études doivent posséder les compétences génériques suivantes:
A Gesundheitspolitisches Orientierungswissen (1) sie kennen die rechtlichen Grundlagen, die gesundheitspolitischen Prioritäten, die Steuerung und die Grenzen des schweizerischen Gesundheits-Versorgungssystems und des sozialen Sicherungssystems (2) sie sind befähigt, die Berufsausübung nach den gesundheitspolitischen Vorgaben auszurichten und fortlaufend die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit sowie die Qualität und Angemessenheit der erbrachten bzw. ausgelösten Leistungen zu evaluieren	a Un savoir approprié aux défis de la politique de santé (1) elles connaissent les bases légales et les priorités de la politique de santé régissant le système suisse de soins et de protection sociale ainsi que les principes de son pilotage et ses limites (2) elles savent mener leur activité professionnelle dans le respect des bases légales, tout en évaluant l'efficacité et l'économicité ainsi que la qualité et l'adéquation des prestations fournies ou initiées
B Berufsspezifische Expertise und Methodenkompetenz (1) sie verfügen über die wissenschaftlichen Kenntnisse, die für die präventiven, diagnostischen, therapeutischen, palliativen und rehabilitativen Massnahmen erforderlich sind (2) sie sind mit den Methoden der wissenschaftlichen Forschung im Gesundheitsbereich und der Evidence Based Practice vertraut (3) sie kennen die gesunderhaltenden und gesundheitsfördernden Einflüsse auf individueller und Bevölkerungsebene und sie sind fähig, Massnahmen einzuleiten, welche zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen (4) sie beherrschen das clinical reasoning und können Massnahmen konzipieren, welche sich systemisch in die Behandlung und Versorgung einfügen (5) sie sind befähigt, eine qualitativ hochstehende Versorgung in Übereinstimmung mit der <i>best practice</i> ihres Berufes zu erbringen	b Une expertise professionnelle et des compétences méthodologiques (1) elles disposent des connaissances scientifiques nécessaires pour prendre des mesures préventives, diagnostiques, thérapeutiques, palliatives et de réhabilitation (2) elles sont initiées aux méthodes de la recherche scientifique dans le domaine de la santé et à la pratique orientée vers l'Evidence Based Practice (3) elles connaissent les déterminants qui maintiennent et favorisent la santé individuelle et de la population et elles sont capables d'initier des mesures qui contribuent à l'amélioration de la qualité de vie (4) elles maîtrisent le raisonnement clinique et elles sont aptes à élaborer des mesures qui s'insèrent de manière systémique dans la prise en charge et l'accompagnement de la personne (5) elles sont capables d'être des acteurs du système de santé qui garantissent la qualité de la prise en charge conformément aux spécificités et à la meilleure pratique de la profession
c Professionalität und Verantwortungsbewusstsein	c Un comportement professionnel et responsable

(1)	sie übernehmen die Verantwortung für ihr Handeln und erkennen sowie respektieren die eigenen Grenzen	(1)	elles assument la responsabilité pour leurs actes et elles reconnaissent et respectent leurs propres limites
(2)	sie handeln engagiert und nach ethischen Prinzipien, nehmen ihre Verantwortung gegenüber Individuum, Gesellschaft und Umwelt wahr und wahren das Selbstbestimmungsrecht der Personen	(2)	elles démontrent un engagement envers les individus, la société et l'environnement par une pratique respectueuse de l'éthique et elles respectent le droit à l'autodétermination des personnes
(3)	sie sind im Stande, bei der Berufsausübung innovativ zu handeln und diese unter Einbezug der wissenschaftlichen Erkenntnisse weiterzuentwickeln sowie die Fertigkeiten und Fähigkeiten laufend zu reflektieren und im Sinne des lebenslangen Lernens fortlaufend zu aktualisieren	(3)	elles sont à même d'innover et de développer leur activité professionnelle par l'acquisition de savoirs scientifiques et elles peuvent mener une réflexion permanente de leur pratique et qui conduit à l'actualisation des connaissances et aptitudes tout au long de la vie
(4)	sie sind befähigt, an Forschungsvorhaben mitzuwirken und relevante Ergebnisse in die Berufsausübung einfließen zu lassen	(4)	elles sont aptes à participer aux recherches et à intégrer les données probantes dans la pratique professionnelle
(5)	sie handeln autonom aufgrund einer professionellen Beurteilung	(5)	elles pratiquent de manière autonome sur la base d'une évaluation professionnelle

d	Fähigkeiten betr. Kommunikation, Interaktion, Dokumentation	d	Des aptitudes à communiquer, à interagir et à documenter
(1)	sie suchen aktiv die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und anderen Akteuren des Versorgungssystems	(1)	elles cherchent activement la collaboration interprofessionnelle et la coopération avec les autres acteurs du système de soins
(2)	sie sind fähig, zu den Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten und deren Angehörigen eine professionelle und den Umständen angemessene Beziehung aufzubauen und sie zweckmässig zu beraten	(2)	elles sont capables de conduire une relation professionnelle appropriée envers les personnes et leur entourage et de les conseiller de manière appropriée
(3)	sie können das eigene Handeln aussagekräftig darstellen und nachvollziehbar dokumentieren und sie kennen Anwendungen von eHealth-Instrumenten beim Patienten- und Versorgungsmanagement	(3)	elles sont à même de présenter et documenter leurs actes de manière pertinente et à être compris par les autres et elles connaissent des instruments eHealth pour la gestion des patients et des soins

Compétences spécifiques de la filière diététique

Bachelor of Science en diététique	Master of Science en diététique
A. Rôle d'expert en diététique¹ En tant qu'<i>experts² en diététique</i>, les diététiciens effectuent les activités liées à leur profession et assurent le leadership de leur champ disciplinaire au sein du contexte socio-sanitaire et sont habilités à expliciter un jugement professionnel.	
A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études bachelor en diététique doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:	A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études master en diététique doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:
Ab1 elles maîtrisent les concepts et techniques de l'évaluation nutritionnelle et initient, planifient, supervisent et évaluent les thérapies nutritionnelles sur la base de l'analyse des situations dans leur contexte de soins ; Ab2 elles assurent l'enseignement nutritionnel et l'éducation thérapeutique centrés sur la personne afin de favoriser une gestion efficiente des problèmes de santé en lien avec la nutrition et de retarder ou prévenir leurs complications ; Ab3 elles contribuent à optimiser la qualité nutritionnelle et la sécurité alimentaire des prestations en restauration collective en apportant leur expertise au sein du réseau politique et d'organisations de restauration collective ; Ab4 elles collaborent au développement et positionnement sur le marché des produits de l'industrie agroalimentaire et pharmaceutique et veillent à leur qualité nutritionnelle et à la transparence de l'information pour le public cible.	Am1 dans le contexte socio-sanitaire, elles sont les interlocutrices privilégiées pour les questions de nutrition, identifient des problématiques ou des lacunes méthodologiques et développent les pratiques de manière ciblée ; Am2 elles développent la recherche en nutrition, construisent les évidences et fixent les priorités dans les différents champs d'activités Am3 elles suscitent et introduisent des pratiques novatrices dans les domaines du counselling, des thérapies nutritionnelles, de la formation et de la communication et identifient les indicateurs d'évaluation pertinents ; Am4 aux niveaux national ou international, elles contribuent à l'élaboration des recommandations nutritionnelles des sociétés savantes et institutions.

¹ La notion d'« expert en diététique » est avant tout liée à un savoir et une pratique professionnels qui permettent d'expliciter un jugement propre à son champ disciplinaire et d'intervenir dans les débats le concernant. Cette notion est à différencier de la notion d'expert développée par Patricia Benner (1984) (voir à ce sujet la discussion dans le rapport final).

² Afin de faciliter la lecture, les termes désignant des personnes s'appliquent également aux femmes et aux hommes.

Bachelor of Science en diététique	Master of Science en diététique
B. Rôle de communicateur En tant que <i>communicateurs</i>, les diététiciens facilitent les relations et le rapport de confiance avec les personnes et transmettent des informations pertinentes.	
A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études bachelor en diététique doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:	A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études master en diététique doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:
Bb1 elles facilitent la communication et les relations avec les patients/clients, leur entourage et les collègues afin d'instaurer un climat de confiance permettant de poursuivre des intérêts communs ; Bb2 elles échangent les informations utiles avec les différents partenaires et participent à la création d'une culture commune ; Bb3 elles transmettent les connaissances scientifiques nutritionnelles adaptées à la population et aux collaborateurs impliqués via les canaux de communication et les médias ; Bb4 elles explicitent et rendent leur activité professionnelle visible vis-à-vis des pairs et des autres professionnels et documentent leurs pratiques dans un souci d'évolution positive et de traçabilité.	Bm1 vis-à-vis des autorités et des organismes nationaux et internationaux, elles sont les professionnelles de référence en matière de nutrition humaine ; Bm2 elles contribuent à mettre à l'agenda politique les problématiques prioritaires du domaine ; Bm3 elles intègrent de nouveaux courants et notions scientifiques importantes dans leurs champs d'activités et s'assurent de leur diffusion par le biais de multiplicateurs adéquats.

Bachelor of Science en diététique	Master of Science en diététique
C. Rôle de collaborateur En tant que <i>collaborateurs</i>, les diététiciens participent efficacement à l'activité d'une équipe interdisciplinaire et interprofessionnelle.	
A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études bachelor en diététique doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:	A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études master en diététique doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:
Cb1 elles sollicitent des collaborations professionnelles et interprofessionnelles et s'intègrent dans des réseaux existants ; Cb2 lors de processus interdisciplinaires, elles apportent leur expertise en nutrition dans l'intérêt de la santé des individus ou populations cibles dans le respect des compétences des professionnels impliqués et de leurs propres limites ; Cb3 hors du domaine de la santé, elles coordonnent leur action professionnelle avec les protagonistes d'autres corps de métiers impliqués dans l'approvisionnement alimentaire de la population.	Cm1 pour garantir une vision globale des processus, elles recherchent de manière ciblée les collaborations professionnelles et interprofessionnelles et constituent des réseaux spécifiques ; Cm2 elles motivent les pairs et les équipes à viser une amélioration continue des pratiques et font progresser les missions et activités professionnelles ; Cm3 entre professionnels et au sein d'équipes interdisciplinaires, elles gèrent efficacement des situations difficiles et conflictuelles en démontrant une compétence de communication élevée.

Bachelor of Science en diététique	Master of Science en diététique
D. Rôle de manager En tant que <i>managers</i>, les diététiciens exercent leur leadership professionnel en contribuant à l'efficacité des organisations tout en développent leur propre carrière professionnelle.	
A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études bachelor en diététique doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:	A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études master en diététique doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:
Db1 elles organisent efficacement leur travail, fixent des priorités, s'adaptent aux contraintes et aux interlocuteurs et mobilisent les ressources efficaces pour faire face aux demandes multiples et variées ; Db2 elles exploitent leurs ressources pour créer et gérer une entreprise et exercer une pratique libérale ; Db3 elles prennent part à l'élaboration et la mise en œuvre de concepts et de programmes en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité ; Db4 elles planifient, réalisent et évaluent leurs projets professionnels et de formation dans un bon équilibre de gestion du temps, des contraintes et des ressources.	Dm1 elles prennent la responsabilité de vastes projets touchant les denrées alimentaires, l'alimentation et la nutrition de sujets sains ou malades ; Dm2 autour de problématiques nutritionnelles, elles dirigent un groupe de travail ou une équipe et élaborent des stratégies d'accompagnement pour les soutenir dans des processus de prises de décisions complexes dans un contexte d'incertitude ; Dm3 elles initient et gèrent des projets et des programmes de management par la qualité ; Dm4 proactives et en prévision du futur, elles garantissent l'ouverture ou l'évolution de champs d'activités.

Bachelor of Science en diététique	Master of Science en diététique
E. Rôle de promoteur de la santé (Health Advocate) En tant que <i>promoteurs de la santé</i> , les diététiciens s'appuient sur leur expertise et leur influence pour promouvoir la santé et le mieux-être des patients et des collectivités.	
A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études bachelor en diététique doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:	A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études master en diététique doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:
Eb1 elles valorisent la nutrition préventive et s'engagent pour la prévention et la promotion de la santé des individus, populations et groupes à risques ; Eb2 elles contribuent efficacement à des projets de prévention et de promotion de la santé et veillent à ce que les aspects nutritionnels soient correctement intégrés et adaptés aux besoins de la population cible ; Eb3 en tenant compte des besoins et spécificités individuels et collectifs, elles transposent les connaissances scientifiques nutritionnelles en recommandations concrètes ou objectifs stratégiques visant à améliorer l'état de santé de la population ; Eb4 elles maîtrisent les outils de l'étude des consommations alimentaires, évaluent les facteurs influençant le comportement alimentaire et interprètent les résultats pour en retirer des données utiles.	Em1 elles initient des stratégies et participent à l'élaboration de programmes de santé publique, évaluent leur déroulement et leur impact et en retirent des perspectives de développement répondant aux besoins de la population ; Em2 face aux problématiques nutritionnelles émergentes, elles élaborent et entreprennent des études dont le design est adapté et novateur ; Em3 elles identifient et décrivent le rôle de la nutrition et de l'alimentation sur la santé de l'homme.

Bachelor of Science en diététique	Master of Science en diététique
F. Rôle d'apprenant et de formateur En tant qu'<i>apprenants et formateurs</i>, les diététiciens démontrent, de manière continue, un engagement professionnel fondé sur une pratique réflexive, ainsi que sur l'utilisation, la création et la diffusion de données probantes.	
A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études bachelor en diététique doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:	A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études master en diététique doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:
Fb1 elles maintiennent et développent leur expertise et compétences professionnelles en actualisant constamment leurs savoirs ; Fb2 elles évaluent continuellement leur propre pratique et la développent sur la base des connaissances acquises ; Fb3 elles transmettent les nouveaux savoirs et forment leurs partenaires de manière à ce que leurs actions en lien avec la nutrition soient conformes aux références et aux bonnes pratiques.	Fm1 dans tous les domaines d'activité professionnelle, elles initient et conduisent des projets de recherche et développement qui peuvent déboucher sur de nouvelles voies de compréhension, méthodes et processus de travail ou produits ; Fm2 elles intègrent des connaissances issues de l'évaluation de l'impact de mesures nutritionnelles ciblées dans une évolution continue des pratiques professionnelles ; Fm3 elles veillent à ce que les résultats issus de leurs projets de recherche et développement soient rendus publics et les données probantes implémentées dans la pratique professionnelle ; Fm4 elles rendent compte des avancées, résultats et perspectives de la recherche en nutrition humaine en publiant dans les revues scientifiques de référence et en présentant leurs travaux lors de congrès professionnels.

Bachelor of Science en diététique	Master of Science en diététique
G. Rôle de professionnel En tant que <i>professionnels</i>, les diététiciens s'engagent pour la santé et la qualité de vie de la personne et de la société, ainsi que pour une pratique respectueuse de l'éthique et un engagement envers leur propre santé.	
A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études bachelor en diététique doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:	A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études master en diététique doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:
Gb1 elles défendent et s'engagent à promouvoir le rôle de la nutrition dans la prévention et la promotion de la santé, la survenue de pathologies et le maintien ou le rétablissement de la santé ; Gb2 centrées sur l'intérêt de l'individu ou de la population cible, elles agissent avec compétence et prennent des décisions pertinentes, en rapport avec la nutrition, dans des situations complexes, difficilement prévisibles et maîtrisables ; Gb3 elles pratiquent dans le respect de la déontologie professionnelle, selon les principes et valeurs liés à l'intégrité scientifique et en harmonie avec leurs propres ressources ; Gb4 elles contribuent activement à la promotion de la profession, en défendent les intérêts, droits et devoirs et en donnent une image positive en toutes circonstances et vis-à-vis de tous les partenaires.	Gm1 elles développent et promeuvent une pratique professionnelle respectueuse des ressources naturelles et économiques dans une perspective de développement durable ; Gm2 à la poursuite de pratiques innovantes, elles diversifient les compétences professionnelles et les champs d'activités ; Gm3 elles font évoluer le profil professionnel en regard de l'évolution de la société et du contexte politique.

II. Grilles d'analyse de la HEdS, filière nutrition et diététique

Grille de lecture descriptive pour articles de recherche

Quelle est la question posée par les auteurs ?	1. Quelle est la question de recherche ? a. Population b. Intervention / Exposition c. Comparaison d. Outcome Est-ce que la question est suffisamment argumentée et justifiée dans l'introduction ? (Expliquez brièvement) 2. Une hypothèse est-elle formulée de manière explicite ? Si oui, quelle est-elle ?
Quel type d' étude a été effectué ?	3. La récolte de données était-elle longitudinale ou transversale ? 4. La récolte de données était-elle rétrospective ou prospective ? 5. Y a-t-il eu une comparaison entre groupes ? Si oui, quels étaient les groupes ? 6. Y a-t-il eu une (ou des) intervention(s) ou une exposition ? 7. Quel était le devis d'étude ? (cohorte, cas-témoins, enquête, étude de cas, essai contrôlé randomisé ?)
Quelles sont les méthodes utilisées ?	8. De quelle population les sujets étaient-ils issus ? 9. Quels étaient les principaux critères d'inclusion et d'exclusion ? 10. Comment les sujets ont-ils été sélectionnés ? Y a-t-il un risque de biais de sélection ? 11. Quelles étaient les variables étudiées ? Les outils de mesure étaient-ils valides et fiables ? 12. Quelles étaient les principales analyses statistiques effectuées ?

Quels sont les résultats de l'étude ?	13. Quels sont les principaux résultats ? Que signifient-ils concrètement ? Permettent-ils de répondre à la question de recherche ? Les tableaux et graphiques sont-ils pertinents, clairement légendés ? Selon vous, manque-il des résultats pertinents ?
Puis-je appliquer ces résultats à ma pratique ? Analyse personnelle	14. Quels sont les éléments principaux de la discussion ? 15. Les auteurs présentent-ils les limites et les biais ? Si oui, quels sont-ils ? 16. Les auteurs citent-ils leurs sources (références) ? Les références citées sont-elles récentes ? Les auteurs citent-ils plusieurs de leurs propres travaux ? Certains aspects importants manquent-ils de références ? 17. Quelle est la conclusion de l'étude ? Est-elle logique et découle-t-elle des résultats de l'étude ? Selon vous, les résultats sont-ils plausibles ? En lien avec ce que vous connaissez ? Que pensez-vous de cette étude ? Appliqueriez-vous les résultats ?

Analyse qualité d'articles de RECHERCHE¹**Résumé descriptif**

Référence	
Devis d'étude	
Niveau de qualité	☐ + (Positif) ☐ - (Négatif) ☐ ⊖ (Neutre)
But de la recherche	
Critères d'inclusion	
Critères d'exclusion	
Description du protocole de l'étude	Recrutement : Design : Aveuglement (si applicable) : Intervention (si applicable) : Analyses statistiques :
Recueil de données	Moments de mesure : Variables dépendantes : Variables indépendantes : Autres variables en lien :
Description de l'échantillon étudié	N initial sujets: (.....Hommes ; Femmes) N final analysé : (Taux de retrait :) Age (moyenne ; groupes ; etc.): Origine : Autres caractéristiques démographiques : Données anthropométriques : Lieu de recrutement :

¹ Traduction libre de Worksheet template and Quality criteria checklist : Primary Research.
Academy of Nutrition and Dietetics, Evidence Analysis Library®. <http://www.andean.org/evidence-analysis-manual> (accédé le 18 janvier 2017)

Résumé des résultats	Constatations principales : Constatations secondaires :
Conclusion des auteurs	
Commentaires	
Source de financement	

Analyse qualité

Symboles	Légende
+	Positif : Indique que l'article a abordé clairement les critères d'inclusion et d'exclusion, les biais, la <u>généralisabilité</u> , le recueil et l'analyse des données.
-	Négatif : Indique que les éléments ci-dessus n'ont pas été abordés de manière suffisante.
⊖	Neutre : Indique que l'article n'est ni particulièrement robuste ni particulièrement faible.

Checklist

Questions de pertinence	
1. En cas de résultat positif de l'intervention étudiée, est-ce que sa mise en application résulterait en une amélioration pour le groupe cible ? (Non applicable pour certaines études épidémiologiques).	O N PP NA
2. Est-ce que l'outcome ou le thème étudié (variable dépendante) est important du point de vue du groupe cible ?	O N PP NA
3. Est-ce que l'intervention ou la procédure (variable indépendante) ou le thème de l'étude est une préoccupation fréquente en pratique diététique ?	O N PP NA
4. Est-ce que l'intervention ou la procédure est réalisable/faisable ? (Non applicable pour certaines études épidémiologiques).	O N PP NA

Oui=O ; Non=N ; Peu de précisions=PP ; Ne s'applique pas=NA

Questions de validité	
1. Est-ce que la <u>question de recherche</u> a été clairement posée ? 1.1 Est-ce que l'intervention ou la procédure (variable indépendante) a été identifiée ? 1.2 Est-ce que les variables de résultat (outcome, variables dépendantes) ont été clairement indiquées ? 1.3 Est-ce que la population cible et le cadre de l'étude ont été spécifiés ?	O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA
2. Est-ce que la <u>sélection</u> des sujets de l'étude était exempte de biais ? 2.1 Est-ce que les critères d'inclusion et d'exclusion étaient spécifiés (facteurs de risque, stade de la maladie, critères de diagnostic, comorbidités, etc.) et avec suffisamment de détails, sans omettre ceux essentiels pour l'étude ? 2.2 Est-ce que les critères ont été appliqués de manière identique dans tous les groupes étudiés ? 2.3 Est-ce que les caractéristiques de santé, les caractéristiques sociodémographiques et les autres caractéristiques des sujets sont décrites ? 2.4 Est-ce que les sujets peuvent être considérés comme un échantillon représentatif de la population cible ?	O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA
3. Est-ce que les groupes étudiés étaient <u>comparables</u> ? 3.1 Est-ce que la méthode de répartition des sujets dans les groupes était décrite et non biaisée ? En cas d'essai contrôlé randomisé, est-ce que la méthode de randomisation était explicitée ? 3.2 Est-ce qu'au début de l'étude la distribution des caractéristiques (stade de la maladie, facteurs pronostiques ou sociodémographiques) était similaire dans les groupes de l'étude ? 3.3 Est-ce que les sujets du groupe contrôle étaient inclus en même temps que les autres sujet d'étude ? (Suivi en parallèle préféré au suivi rétrospectif) 3.4 S'il s'agit d'une étude de cohorte ou transversale, est-ce que les groupes étaient comparables en termes de facteurs de confusion et est-ce que les différences préexistantes étaient prises en compte lors des analyses statistiques ? (ajustement, p.ex.). 3.5 S'il s'agit d'une étude cas-témoin, est-ce que les facteurs de confusion potentiels étaient similaires chez les cas et les témoins ? (s'il s'agit d'une étude de cas ou si les sujets étaient leur propre contrôle [cross-over] ce critère n'est pas applicable ; idem dans certaines études transversales). 3.6 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique, est-ce qu'il y avait une comparaison indépendante faite en aveugle avec un <i>Gold standard</i> ?	O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA

4. Est-ce que la gestion des <u>retraits</u> (sujets ayant arrêté l'étude volontairement ou non) a été décrite ? 4.1 Est-ce que les méthodes de suivi des sujets ont été décrites et étaient-elles identiques pour tous les groupes ? 4.2 Est-ce que le nombre de retraits et les motifs (abandons, perdus de vue, etc.) ou le taux de réponse (études transversales) étaient décrits pour chaque groupe ? (Le taux de suivi pour une étude robuste est de 80%). 4.3 Est-ce que tous les sujets inclus dans l'échantillon de départ ont été pris en compte dans l'analyse ? 4.4 Est-ce que les raisons de retrait étaient similaires dans tous les groupes ? 4.5 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique: est-ce que la décision d'effectuer le test de référence (gold standard) n'était pas influencée par les résultats du test étudié (nouveau test) ?	O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA
5. Est-ce que des <u>méthodes en aveugle</u> ont-été utilisées pour empêcher les biais ? 5.1 S'il s'agit d'une étude d'intervention, est-ce que les cliniciens et les investigateurs étaient aveugles concernant l'attribution des groupes ? 5.2 Est-ce que les personnes chargées de recueillir les données étaient aveugles concernant l'évaluation des résultats? (<i>Si le résultat était évalué par un test objectif, p.ex. une valeur biologique, ce critère est d'emblée acquis</i>). 5.3 S'il s'agit d'une étude de cohorte ou d'une étude transversale, est-ce que les mesures de résultat et de facteurs de risque des sujets ont été effectuées à l'aveugle ? 5.4 S'il s'agit d'une étude cas-témoins, est-ce que la définition d'un cas était explicite et son attribution au groupe « cas » non-influencée par le fait qu'il ait été exposé ou non au facteur étudié ? 5.5 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique, est-ce que les résultats du test étaient traités en aveugle, relativement à l'histoire du patient et aux résultats d'autres tests ?	O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA
6. Est-ce que <u>l'intervention</u>, les plans de traitement, les facteurs d'exposition ou la procédure, ainsi que les comparaisons ont été décrites en détail? 6.1 S'il s'agit d'un essai randomisé contrôlé ou d'une autre étude d'intervention, est-ce que les protocoles étaient décrits pour chacun des plans de traitement étudiés ? 6.2 S'il s'agit d'une étude d'observation, est-ce que les interventions, le cadre de l'étude et les professionnels impliqués étaient décrits? 6.3 Est-ce que l'intensité et la durée de l'intervention ou du facteur d'exposition étaient suffisantes pour produire un effet significatif? 6.4 Est-ce que l'ampleur de l'exposition et, le cas échéant, la compliance du sujet, était mesurée? 6.5 Est-ce que les co-interventions (traitements auxiliaires, autres thérapies, etc.)	O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA O-N-PP-NA

étaient décrites?	
6.6 Est-ce que les traitements supplémentaires ou non planifiés étaient décrits?	O-N-PP-NA
6.7 Est-ce que les données relatives aux questions, 6.4, 6.5, et 6.6 étaient évaluées de la même manière pour tous les groupes ?	O-N-PP-NA
6.8 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique, est-ce que la manière d'effectuer les tests et leur reproduction étaient suffisamment décrits ?	O-N-PP-NA
7. Est-ce que les <u>variables de résultat</u> étaient clairement définies et les <u>mesures valides et fiables</u>?	O-N-PP-NA
7.1 Est-ce que les critères de résultats (endpoints) primaires et secondaires étaient décrits et pertinents pour répondre à la question ?	O-N-PP-NA
7.2 Est-ce que les mesures nutritionnelles étaient appropriées pour étudier la question et les résultats d'intérêt ?	O-N-PP-NA
7.3 Est-ce que la période de suivi était suffisamment longue pour que les résultats puissent se produire ?	O-N-PP-NA
7.4 Est-ce que les observations et les mesures étaient basées sur des instruments, tests ou procédures de recueil de données standardisés, valides et fiables ?	O-N-PP-NA
7.5 Est-ce que la mesure de l'effet était d'un niveau de précision approprié ?	O-N-PP-NA
7.6 Est-ce que d'autres facteurs pouvant influencer les résultats étaient pris en compte?	O-N-PP-NA
7.7 Est-ce que les mesures étaient conduites de façon systématique dans chacun des groupes?	O-N-PP-NA
8. Est-ce que les <u>analyses statistiques</u> étaient appropriées pour le design d'étude et pour le type de variables de résultat ?	O-N-PP-NA
8.1 Est-ce que les analyses statistiques étaient suffisamment décrites et les résultats rapportés de manière adéquate ?	O-N-PP-NA
8.2 Est-ce que les tests statistiques utilisés étaient corrects et est-ce que les hypothèses des tests étaient respectées ?	O-N-PP-NA
8.3 Est-ce que les résultats statistiques étaient rapportés avec les niveaux de signification ou les intervalles de confiance ?	O-N-PP-NA
8.4 Est-ce que l'analyse des résultats était effectuée pour l'ensemble des sujets en «intention de traiter» ? (le cas échéant, y avait-il une analyse des résultats pour les personnes les plus exposées ou une analyse dose-effet) ?	O-N-PP-NA
8.5 Est-ce que des ajustements pour les facteurs de confusion potentiels étaient faits de manière adéquate ? (analyses multivariées p.ex.)	O-N-PP-NA
8.6 Est-ce que la signification clinique ainsi que la signification statistique étaient mentionnées ?	O-N-PP-NA
8.7 Si les résultats étaient négatifs, est-ce qu'un calcul de puissance permettait d'identifier une éventuelle erreur de type II ?	O-N-PP-NA

9. Est-ce que <u>les conclusions étaient étayées par les résultats</u> et tenaient compte des biais et des limites ?	O-N-PP-NA
9.1 Est-ce qu'il y a une discussion des résultats ?	O-N-PP-NA
9.2 Est-ce que les biais et les limites de l'étude sont identifiés et discutés ?	O-N-PP-NA
10. Est-ce qu'un biais dû au <u>financement ou au sponsoring</u> de l'étude est peu probable ?	O-N-PP-NA
10.1 Est-ce que les sources de financement et les affiliations des investigateurs sont mentionnées ?	O-N-PP-NA
10.2 Est-ce qu'il n'y avait pas de conflit d'intérêt apparent ?	O-N-PP-NA

Cotation

POSITIF (+)

Si la majorité des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Oui », y compris les critères 2, 3, 6 et 7 ainsi qu'au moins une réponse « Oui » à une autre question, l'article devrait être désigné par le symbole plus (+).

NEGATIF (-)

Si la plupart ($\geq 6/10$) des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Non », l'article devrait être désigné par le symbole moins (-).

NEUTRE (⊖)

Si les réponses aux questions de validité 2, 3, 6 et 7 n'indiquent pas que l'étude est particulièrement robuste, l'article devrait être désigné par le symbole neutre (⊖).

III. Grille CASP d'analyse d'études qualitatives



CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is "yes", it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a "yes", "no" or "can't tell" to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference:

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	☐
Can't Tell	☐
No	☐

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
 - why it was thought important
 - its relevance

Comments:

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	☐
Can't Tell	☐
No	☐

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
 - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments:

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	☐
Can't Tell	☐
No	☐

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:



4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	☐
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	☐
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
- If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
- If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments:



6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	☐
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	☐
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments:



8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	☐
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	☐
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments:



Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments:

IV. Caractéristiques des études sélectionnées

Études	Lieu	Design	Échantillonnage	Taille de l'échantillon et cadre	Moyenne d'âge	Taux de réponse	Instruments (questionnaires)			Commentaires
							Test	Distribution	Administration	
Fieldwick D. & al (2019)	Zouvelle-Zelande	ET	Aléatoire	200 MGs	35% 50-59ans	43.5%	Sondage	E, P	Tout le pays	Qualité neutre
Bleich & al (2014)	USA	ET	Aléatoire	500 Is, Ds, Phas, SSMs	Inconnu	70%	Sondage	Plateforme « Medical Market Research »	Internet (USA)	Qualité neutre
Znyk M. & al (2019)	Pologne	ET	Aléatoire	200 MGs, secteur privé ou publique	64% > 40 ans	66%	Questionnaire auto-administré	Inconnu	Région de Piotrowski	Qualité neutre
Engström M. & al (2013)	Suède	ET	Aléatoire	247 Is en santé publique	51.3 ans	100%	Questionnaires auto-administrés anonymisation	Sur le lieu de travail	33 centres de soin en Suède	Qualité neutre
Ndetan H. & al (2010)	USA	EO	Inconnu	24'275 (Ms, Chs, patients)	47 ans	Inconnu	Sondage	Inconnu	Habitants USA	Qualité positive Grand échantillon
Binns & al (2007)	USA	ET	Aléatoire	387 Peds	Inconnu	55%	Questionnaires auto-administrés	P	Illinois	Qualité neutre
Williams L. & al (2006)	USA	EQ	Aléatoire	1'111 (611 Ms, 500 non-Ms)	Inconnu	Ms =24% Non-Ms =77%	Sondage	T	Tout le pays	Qualité positive Grand échantillon
Herring J. & al (2010)	USA	EQ	Aléatoire	58 (Is, Obs, SFs)	Inconnu	58%	Questionnaires auto-administrés	E	Harvard Vanguard Medical Associates Massachusetts	Qualité neutre
Smith A & al (2011)	USA	ET	Randomisation stratifiée	1211 (MFs, Obs)	Inconnu	64.5%	Questionnaires auto-administrés	-	Tout le pays	Qualité positive Grand échantillon
Fieldwick D. & al (2017)	Nouvelle-Zélande	ET/Q	Aléatoire	550 MGs	58% 40-59 ans	42.5%	Sondage internet	E	Tout le pays	Qualité neutre

Chs = chiropraticiens, Ds = Diététicien-ne-s, E = emails, ET = étude transversale, EQ = étude qualitative, EO = étude observationnelle, Is = infirmier-ère-s, MFs = médecins de famille, MGs = médecins généralistes, Ms = médecins, Obs = obstétriciens, P = envoyé par la poste, Peds = pédiatres, Phas = pharmaciens, SFs = sages-femmes, SSMs = spécialistes de la santé mentale, T = téléphone

V. Facteurs d'influence agissant sur les conseils des PS

Facteurs d'influence sur la qualité de la prise en charge lifestyle des patients		1 Binns et al. 2007	2 Bleich et al. 2019	3 Engström et al. 2013	4 Fieldwick et al. 2019	5 Fieldwick et al. 2017	6 Herring et al. 2010	7 Ndetan et al. 2010	8 Smith et al. 2011	9 Williams et al. 2006	10 Znyk et al. 2019
Professionnels de santé	Alimentation saine / Compléments	+				+				+	+
	Act. Physique						+				+
	Bonnes connaissances										+
	Expérience prof./âge			+					+		+
	Spécialité (HTA, Diabète, Gyn...)			+					-	+	
	Ethnie										
	État de santé	+									+
	Genre féminin						+			+	
	Poids (BMI)		+				+				
	-Normal										
	-Élevé		=								
	Représentations -négatives			-							
	-Positives			+							+
	Satisfaction corporelle						+				
Patients	Self-efficacy	+		+			+				
	Age (>40 ans)							+			
	Ethnie / Milieu socioéconomique défavorisé							+		+	
	Genre							+			
	-Femme										
	-Homme							-			
	Pathologies								+		+
	-Oui										
	-Non								-		
	Poids (BMI)										
	-Élevé				?	+		+	+		
	-Normal							-			

+ : amélioration de la prise en charge / - : détérioration de la prise en charge / = : pas d'impact / ? : impact peu précis

VI. Tableau synthétique des résultats

Effets sur la prise en charge	Facteurs intrinsèques aux professionnels de santé	Facteurs extrinsèques
Positifs	Poids corporel normal (IMC entre 18.5 et 24.9 kg/m ²)	Surpoids/obésité des patients (IMC > 24.9 kg/m ²)
	Forme physique et état de santé auto-perçus comme bon/très bons	Patients ayant une maladie chronique diagnostiquée liée au mode de vie ou au surpoids
	Bon niveau de connaissances spécifiques <i>lifestyle</i>	Patients âgés entre 40 et >60 ans
	Nombre d'années d'expérience >10 ans	Patientes de sexe féminin
	Représentation d'être obligé de donner des conseils lifestyle et perception de la thématique de l'obésité comme importante	Prise en charge de patients à risque : milieux défavorisés, minorités ethniques
	Perception d'être efficace pour donner des conseils	
	Être une PS de sexe féminin	
Négatifs	Un âge plus élevé	
	Haut niveau de satisfaction corporelle	
	Forme physique et état de santé auto-perçus comme moyens/mauvais	Patients de poids normal
	Être un PS de sexe masculin	Patients âgés entre 18 et <40 ans
	Représentations négatives sur l'obésité	Patients de sexe masculin

VII. Protocole du travail de Bachelor

De quelle manière les comportements alimentaires des professionnels de la santé pourraient influencer le contenu des conseils alimentaires transmis à la population adulte en santé ou malade ?

Protocole de Travail de Bachelor

Céline Moioli & Lola Rouvinez

15-310-493 & 15-132-996

Directeur de TBSc: Eliséo Montanini - Chargé de cours HES et diététicien ASDD

Genève, décembre 2019

Table des matières

1. Résumé	2
Introduction	2
But	2
Question de recherche	2
Méthode	2
3. Buts et objectifs	4
4. Question de recherche	5
5. Méthode	5
a. Design	5
b. Stratégie de recherche	6
c. Critères d'inclusion et d'exclusion	6
d. Population étudiée	6
e. Analyse et extraction des données	6
f. Sources bibliographiques	7
g. Mots clés utilisés	7
6. Organisation	7
7. Bénéfices et risques	7
8. Budget et ressources	8
9. Bibliographie	9
10. Annexes	10
Annexe 1 : Grilles d'analyse de la HEdS	10
Annexe 2 : Schéma de sélection des articles pour la revue systématique	19
Annexe 3 : Tableau de recherches par mots-clés	20
Annexe 4 : Gantt	21

1. Résumé

Introduction

Les personnes nécessitant une prise en charge nutritionnelle ne sont pas toujours conseillées, dépistées ou référées auprès d'un-e diététicien-ne lorsqu'elles passent par une structure de soin, que cela soit en ambulatoire ou durant une hospitalisation. Cela s'explique par le fait que les professionnels de santé ne possèdent pas forcément des outils et les connaissances et compétences nécessaires pour s'occuper de la partie nutritionnelle des prises en charge (1). De plus, les diététicien-ne-s sont peu nombreux parmi les autres professionnels de la santé, ils étaient environs 423 à travailler dans les hôpitaux suisses en 2017 (2), contre 57'887 infirmier-ère-s en 2014 (3), cela explique en partie des suivis nutritionnels insuffisants dans certains cas. Les contextes de soins sont toujours plus diversifiés et nécessitent une adaptation de la part des professionnels de la santé (3,4). L'interprofessionnalité est d'autant plus importante quand elle intervient en situation ambulatoire ou à domicile car la transmission des informations est limitée par l'aspect mobile des différents intervenants et dans certains cas, par manque de dossier commun (5).

But

Le but de notre travail de Bachelor est de déterminer l'influence du comportement alimentaire des infirmiers-ères et médecins sur les conseils qu'ils transmettent aux individus en santé ou malades. Une interview de trois professionnels de la santé différents (diététicien-ne, médecin, infirmier-ère) complètera notre analyse en nous donnant des données subjectives sur leur représentations, leurs connaissances et la perception qu'ils ont de leur rôle en nutrition.

Question de recherche

De quelle manière les comportements alimentaires des professionnels de la santé pourraient influencer le contenu des conseils alimentaires transmis à la population en santé ou malade ?

Méthode

Nous procéderons à une revue quasi-systématique de la littérature en présélectionnant différents articles sur les bases de données scientifiques Pubmed, Cochrane, Embase, PsycINFO, Google Scholar et CINAHL, grâce à des mots clés choisis en amont. Nous sélectionnerons les articles finaux en utilisant des critères d'inclusions/exclusions prédéfinis. Nous analyserons la qualité des articles avec les grilles qualitatives et descriptives de la HEdS. La population étudiée comprend les médecins, infirmier-ère-s et diététicien-ne-s travaillant dans des pays occidentaux. Les interviews des différents professionnels de la santé nous apporteront des données subjectives sur leurs connaissances et représentations en termes de nutrition, ainsi que sur l'impact que cela génère sur les conseils diététiques qu'ils transmettent, sur la perception de leur propre rôle dans la prise en charge nutritionnelle et sur leur manière de collaborer en interprofessionnalité. Ces interviews seront enregistrées puis retranscrites sous forme de résumés.

Conclusion

Notre démarche permettra de déterminer si des mesures sont nécessaires pour mieux former les professionnels de la santé ainsi que d'encourager l'interprofessionnalité et promouvoir le rôle et la place des diététicien-ne-s, ceci, dans une optique de promotion de santé pour la population générale.

2. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (6), les professionnels de la santé ont un devoir de promotion de la santé auprès de la population. Leur formation leur apportant de vastes connaissances sur la physiologie et la physiopathologie humaines, ils sont généralement reconnus, parfois à tort, comme des modèles de comportements sains (7). Une alimentation saine est fondamentale afin de garantir une santé optimale. Contrairement aux diététicien-ne-s, qui sont spécialistes du domaine de la nutrition, les autres professionnels de la santé détiennent des connaissances de base, parfois insuffisantes dans ce domaine. Ce manque de connaissances pourrait favoriser la transmission d'informations ou de conseils erronés aux patients.

L'observatoire des statistiques de la santé (Obsan) a publié, dans son rapport sur "*l'État des lieux et projection à l'horizon 2030*" (8), des statistiques qui montrent qu'en 2014 le nombre de diététicien-ne-s à travailler en hôpital était de 724, dont 234 en suisse latine (Romandie et Tessin). Comparativement, en hospitalier, on dénombrait 12'537 infirmier-ère-s en 2014 et 17'119 médecins en 2016 (9). Comme les diététicien-ne-s sont en nombre restreint dans les structures de santé, les personnes nécessitant une prise en charge diététique ne sont pas toujours en contact direct avec un-e diététicien-ne durant leur séjour hospitalier, lors d'un suivi ambulatoire ou durant les soins à domicile. C'est pourquoi, il est d'autant plus important de permettre, au personnel de santé qui est en première ligne dans la prise en charge d'un individu, l'acquisition de connaissances et de compétences de base solides dans le domaine de la nutrition. Il est aussi souhaitable que ces professionnels participent au dépistage des personnes nécessitant une prise en charge nutritionnelle et qu'elles reconnaissent leurs limites afin de les référer rapidement aux diététicien-ne-s, experts dans ce domaine.

Nous constatons que les formations universitaires en médecine et celles des Hautes Écoles de Santé en Soins infirmiers ne laissent pas beaucoup de place dans leur cursus aux cours sur la nutrition, faute de temps. À l'université de médecine de Genève, le curriculum possède seulement quatre heures de cours dédiés à la "Nutrition, Digestion et Métabolisme" sur 6 ans d'études (10). La Haute École de Santé (HEdS) de Genève ne prévoit pas, dans le curriculum dédié aux soins infirmiers, de cours spécifiques sur la nutrition (11). Le fait de travailler dans le milieu de la santé ne garantissant pas une expertise dans le domaine de la nutrition, nous souhaitons investiguer par interview dans quelle mesure trois personnes travaillant dans différents domaines de la santé se situent face à l'aspect diététique d'une prise en charge, que cela soit en structure hospitalières ou dans un cadre ambulatoire (santé publique, soins à domicile...).

Le manque de formation et de connaissances préalables s'avère problématique lorsque l'on doit conseiller un individu, car l'absence d'expertise ne permet pas une transmission adéquate de conseils et d'informations. De plus, le sentiment de légitimité du soignant ou du professionnel de santé sera diminué, dans la mesure où il s'aventure dans un sujet qu'il ne maîtrise pas (1). L'ensemble de ces problématiques entraîne inévitablement une baisse de la qualité des soins (12).

Le contexte des soins influence grandement, lui aussi, la qualité des prises en charge. En effet, comme les différents acteurs de la santé ne travaillent plus uniquement au sein du même établissement, le partage des connaissances et de l'expertise entre les différents professionnels est plus délicat à mettre en place. La Confédération Suisse favorise les soins à domicile et les structures intermédiaires qui constitue une alternative plus économique pour les soins longue

durée (13,14). Ces prises en charges bénéficient majoritairement à la population senior et constituent un véritable challenge pour les professionnels de la santé. Les dossiers médicaux des personnes prestataires de soins à domicile sont parfois inexistantes ou incomplets ce qui entrave la collaboration entre les différents intervenants (5). Par ailleurs, il existe un grand nombre de plateformes différentes gérant les informations relatives aux patients, dont l'accès n'est pas possible pour tous les intervenants. La communication entre ces différentes plateformes n'étant pas garantie, cela peut entraîner une importante perte d'informations.

Dans notre travail, nous souhaitons interroger un médecin, un-e infirmier-ère et un-e diététicien-ne chef-fe travaillant dans différents établissements de santé pour recueillir des données subjectives sur leurs connaissances et représentations sur le sujet de la nutrition. Il serait intéressant de leur demander l'impact que cela génère sur les conseils diététiques qu'ils transmettent aux patients et à la population en général. Nous nous intéresserons également au niveau de compétences en nutrition qu'ils ont acquis durant leurs études ainsi qu'à la place qu'ils pensent eux-mêmes tenir dans leurs différentes professions face aux questions nutritionnelles et diététiques. Finalement, nous voudrions savoir, en pratique, comment ils collaborent de manière interprofessionnelle et notamment avec les diététicien-ne-s.

Il est important pour nous de savoir de quelle manière la qualité des soins pourrait être améliorée et plus particulièrement par quels biais les diététicien-ne-s pourraient participer à cette évolution.

3. Buts et objectifs

Le but de notre travail de Bachelor est de sélectionner et comparer les résultats de plusieurs études afin de déterminer l'influence du comportement alimentaire des infirmiers-ères et médecins sur les conseils qu'ils transmettent aux individus en santé ou malades. Nous nous questionnons si les connaissances, représentations, habitudes, comportements en lien avec l'alimentation influencent les conseils que les médecins et infirmiers-ères donnent aux patients. En effet, les conseils ont toujours une part subjective selon l'interprétation personnelle des connaissances. Nous nous demandons si les professionnels de la santé arrivent à se détacher de leur subjectivité pour donner des conseils nutritionnels à leurs patients.

Nous compléterons nos recherches par des entretiens qualitatifs avec 3 professionnels de la santé, de professions différentes, à savoir un médecin, un-e infirmier-ère, un-e diététicien-ne. Notre démarche permettrait de déterminer s'il est utile que les diététicien-ne-s prennent une place de formateurs afin de faire des autres professionnels de la santé des multiplicateurs relais (15). Les diététicien-ne-s ne seront pas substitués mais cette démarche permet la transmission de conseils de meilleure qualité à un nombre plus large de personnes. Le tout s'inscrit finalement dans une optique de promotion de santé pour la population générale.

L'objectif général de ce travail :

Etudier et comprendre l'influence du comportement alimentaire et de ses composantes sur la qualité des conseils alimentaires donnés par les médecins et infirmiers-ères aux individus en santé ou malades.

Contribuer à la promotion de la santé de la population en décelant les lacunes de la prise en charge nutritionnelle effectuée par les médecins et/ou infirmiers-ères auprès des personnes qui en ont besoin.

Mettre en évidence le rôle de diététicien-enne au sein de l'équipe interprofessionnelle en tant que référent concernant l'alimentation et potentiel formateur pour les autres professionnels.

L'objectif de notre revue quasi-systématique :

Déterminer comment le comportement alimentaire des médecins et infirmiers-ères influent sur les conseils alimentaires transmis à la population en bonne santé ou malade.

L'objectif de nos 3 interviews :

Analyser les connaissances, représentations, habitudes, comportements alimentaires et autres composantes de 3 professions différentes (médecin, infirmier-ère, diététicien-ne) pour obtenir des informations suivantes :

- Se sentent-ils légitimes de donner des conseils alimentaires aux individus en bonne santé ou malades, si oui/non pour quelles raisons ?
- Ressentent-ils un besoin de formation plus adapté concernant l'alimentation ?
- Quelle est leur vision du rôle des diététicien-ne-s et quel est le leur ?
- Comment se déroule en pratique leur collaboration avec les autres professionnels ?

4. Question de recherche

Notre question de recherche est la suivante :

De quelle manière les comportements alimentaires des professionnels de la santé pourraient influencer le contenu des conseils alimentaires transmis à la population en santé ou malade ?

Notre question formulée sous forme PICO se présente de la manière suivante :

Population : Médecins, infirmiers -ères et diététicien-ne-s

Intervention/Exposition : Comportement alimentaires

Comparaison : Pas de comparaison

Outcome/résultat : Transmission de conseils alimentaires à la population en santé ou malade

5. Méthode

a. Design

Le design de notre travail consiste en une revue quasi-systématique de la littérature. Ce type de revue est une compilation de plusieurs études et de leurs résultats pour explorer une question de recherche et répondre à une problématique prédéfinie. Les études sont analysées de manière critique afin de déceler leurs forces ainsi que leurs failles en minimisant les biais. Les revues quasi-systématiques permettent de synthétiser les connaissances existantes sur un sujet donné. Sa structure est précise et contient plusieurs étapes d'analyse (sélection d'études, évaluation de la qualité des études, combinaison des données...), cela permet d'évoquer de manière systématique tous les aspects importants de chaque étude analysée.

Nous ajouterons 3 entretiens de type qualitatifs avec un-e infirmier-ère, un-e médecin- un-e diététicien-ne de structures différentes. Ces entretiens seront enregistrés afin de nous aider pour l'analyse et dans un second temps, retranscrits sous forme de résumés.

b. Stratégie de recherche

Dans un premier temps, nous avons sélectionné les articles sur la base de leur titre et abstract pour déterminer ceux qui semblaient pertinents. Une lecture approfondie des abstracts, introductions et conclusions pourra ensuite permettre de faire un second tri en utilisant les critères d'inclusions et d'exclusions définis et obtenir les articles finaux. Ensuite nous lirons l'entièreté des articles pour les analyser qualitativement et quantitativement grâce aux grilles d'analyse de la HEdS (Annexe 1).

Le schéma de sélection des articles pour notre revue systématique se trouve en Annexe 2.

c. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Tout type d'étude	
Adultes (≥ 18 ans) et personnes âgées	Enfants, adolescents jusqu'à 17 ans y compris
Les diététiciens-ennes, médecins et personnel soignant (infirmiers-ère-s, sages-femmes, ASSC, aide-soignant-e-s)	Autres professionnels que ceux cités et étudiants
Pays industrialisés	Pays en voie de développement
Langues : anglais, français et allemand	
Études traitant des représentations, croyances, connaissances, habitudes des soignants et médecins sur le sujet de l'alimentation	Interventions en promotion de santé

d. Population étudiée

Nous chercherons des articles incluant des professionnels de la santé, plus particulièrement, aux médecins et/ou infirmier-ère-s et/ou diététicien-ne-s pratiquant dans des structures de santé hospitalières ou non.

e. Analyse et extraction des données

L'analyse et l'extraction des données seront effectuées grâce aux trois grilles d'analyse descriptives et qualitatives qui se trouvent en Annexe 2. Elles nous permettront de retirer les informations importantes des études et d'évaluer leur qualité afin d'avoir un point de vue critique concernant les résultats.

Nous mettrons les données principales des études dans un tableau récapitulatif afin de saisir les aspects importants et de pouvoir comparer les articles. Nous n'avons pas encore finalisé l'ébauche du tableau car nous aimerions l'adapter au fur et à mesure de nos lectures. En effet, il est difficile de se représenter ce qui devra y figurer sans avoir lu la totalité des articles.

f. Sources bibliographiques

Les moteurs de recherche que nous allons utiliser sont : Pubmed, CINAHL, Embase, Cochrane, PsycINFO et Google Scholar. Ces moteurs concernent le milieu de la santé, le milieu médical ou infirmier. Google Scholar permet d'avoir un champ plus large d'articles pour trouver d'éventuels articles manquants qui ne seraient pas apparus dans les autres bases de données.

Les mots utilisés pour nos recherches ont été clarifiés sur le thésaurus de HeTOP afin d'englober tous les thèmes de notre recherche de la manière la plus précise possible.

g. Mots clés utilisés

Le tableau contenant les mots clés des recherches effectuées se situe en Annexe 3.

Les termes en italiques sont des termes non considérés comme MeSH mais nécessaires pour notre recherche.

L'équation de recherche utilisée pour la recherche sur PubMed est la suivante :

((health personnel[MeSH Major Topic]) AND nutrition* knowledge) AND health promotion[MeSH Terms]

6. Organisation

Afin de clarifier notre travail, nous avons utilisé un diagramme de Gantt (Annexe 4). Il nous a permis de fixer des délais de travail ainsi que de nous donner une vision globale de l'avancée de notre travail. Nous avons fixé des suivis réguliers avec notre directeur de Bachelor afin de discuter de l'avancement du travail et synthétiserons les discussions sous forme de procès-verbaux disponibles sur Google drive, notre plateforme de travail commune. Un journal de bord avec la distribution des différentes activités, les tâches réalisées, ainsi que les personnes rencontrées complètera l'organisation de notre travail.

7. Bénéfices et risques

Notre travail est majoritairement basé sur une revue de littérature. Pour cette partie-là, la discussion sur les bénéfices et risque n'est pas nécessaire et la soumission à une commission d'éthique non plus.

Concernant les interviews effectués, nous allons recruter 3 personnes en leur donnant au préalable un maximum d'informations sur le but et déroulement de l'interview, tout en leur laissant à tout moment le choix de se rétracter. Ces personnes devront signer une décharge attestant qu'elles ont été mises au courant du déroulement et qu'elles acceptent que nous utilisions les informations récoltées et anonymisées pour apporter des compléments à notre travail de Bachelor.

Tout le long du travail, nous ferons preuve de bienveillance, respecterons la déontologie et l'éthique professionnelle des diététicien-ne-s suisses (16).

8. Budget et ressources

Notre budget servira principalement à l'obtention des revues scientifiques dont nous aurons besoin ainsi qu'à leur impression. Grâce à la Haute École de santé qui nous offre 10 articles scientifiques payants par personne, nous pourrions utiliser 20 articles payants. L'obtention de deux grilles d'analyse descriptives ainsi que d'une dizaine de grilles d'analyse qualité, qui coûtent 2.40CHF l'unité, nous reviendra, selon estimation, à 24.20 CHF.

Les ressources humaines dont nous bénéficierons sont :

- Notre directeur de travail de bachelor : M. Eliseo Montanini.
- Nos enseignantes du module "Méthodologie de recherche 3" : Mme Maaïke Kruseman, Mme Sophie Bucher Della Torre et Mme Isabelle Carrard.
- Le bibliothécaire du centre de documentation du site des Caroubiers : Jean-David Sandoz.
- Les différentes personnes qui interviendront dans la relecture de notre travail.
- Les professionnels de la santé qui participeront au contenu de notre projet et aux interviews.

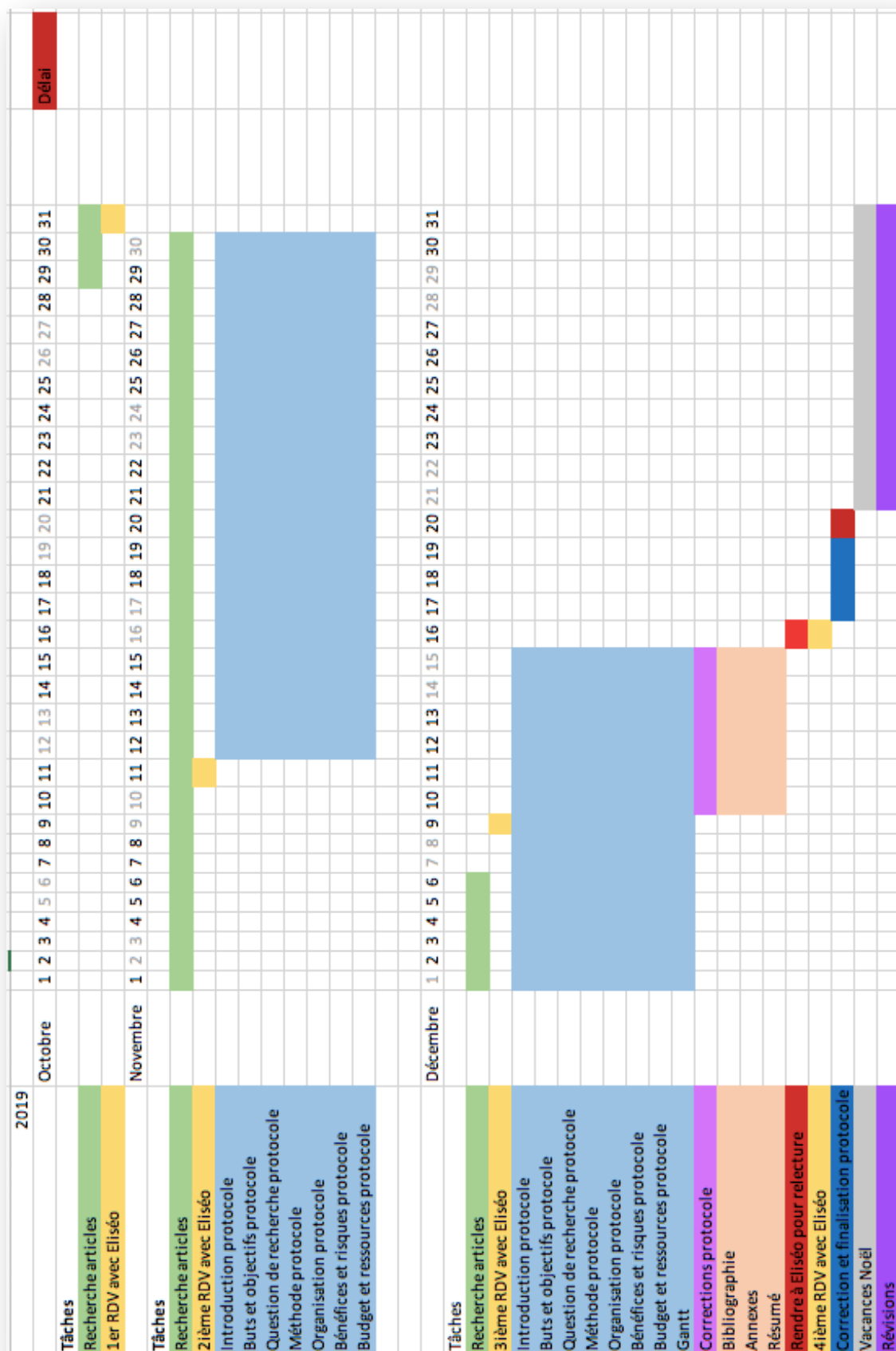
Les ressources matérielles que nous utiliserons durant le travail sont :

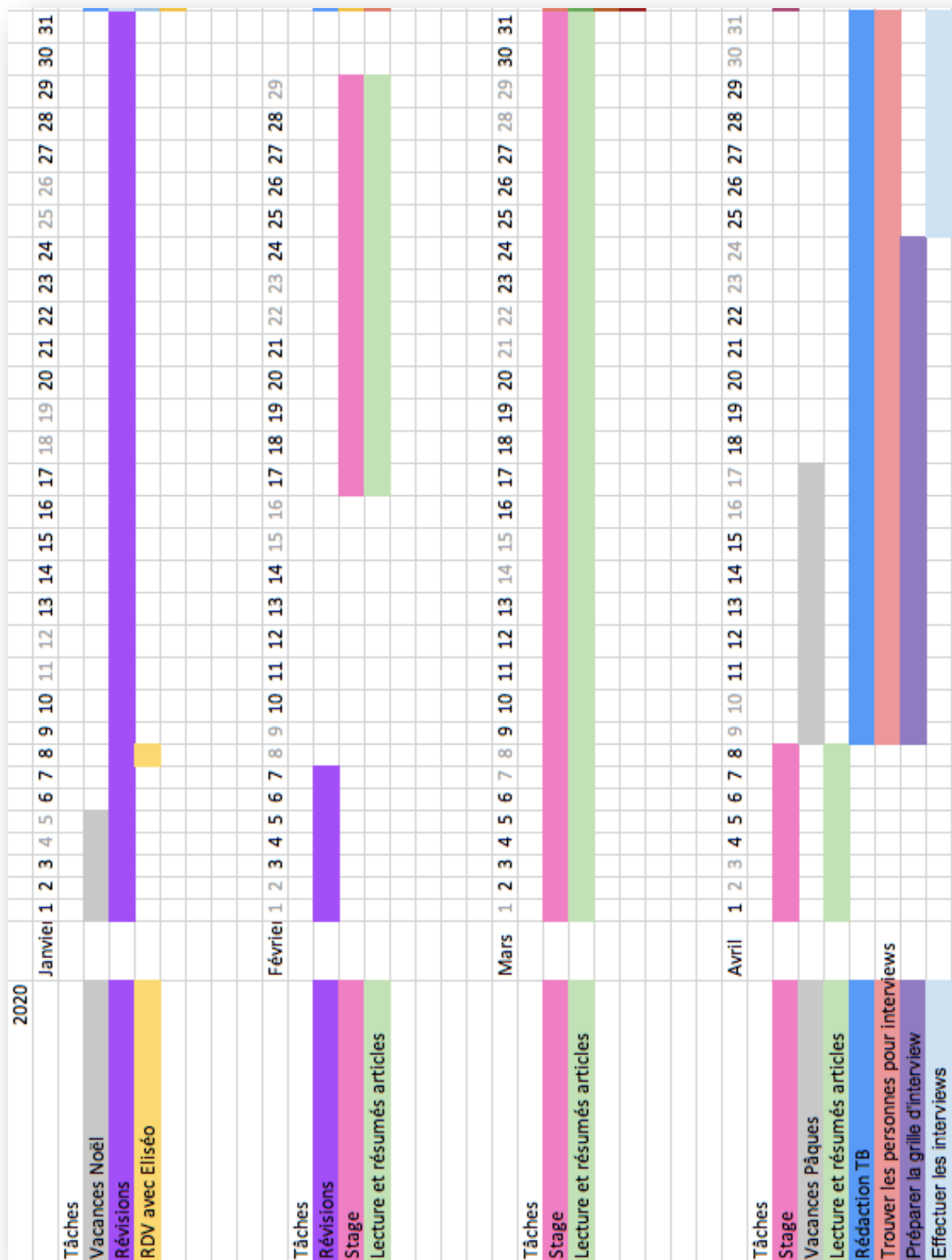
- Nos ordinateurs, imprimantes, le logiciel Open Office (Excel, Word, Powerpoint...), Google Drive, le logiciel Zotero pour notre bibliographie ainsi que l'application Whatsapp et Outlook de l'école pour communiquer au sein du binôme et avec notre directeur de Bachelor.
- Les MeSH terms seront recherchés sur le Thésaurus de HeTOP.
- Plusieurs sites web et bases de données tels que Pubmed, CINAHL, Cochrane, PsycINFO, Google Scholar et Embase.
- Tous les supports de cours de la HEdS.

9. Bibliographie

1. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*. avr 2008;27(2):196-202.
2. Mahlstein A, Weishaupt E. Statistique professionnelle sur les diététicien-ne-s en Suisse – résultats 2017. :52.
3. Recours aux soins à domicile | OBSAN [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/recours-aux-soins-domicile>
4. Robinson GE, Cryst S. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2018 Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitian Nutritionists (Competent, Proficient, and Expert) in Post-Acute and Long-Term Care Nutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. sept 2018;118(9):1747-1760.e53.
5. Stuck A, Crowley C, Martinez T, Wittgrove A, Brennan J, Chan T, et al. Perspectives on Home-based Healthcare as an Alternative to Hospital Admission After Emergency Treatment. *Western Journal of Emergency Medicine*. 1 juin 2017;18(4):761-9.
6. World Health Organisation. The World Health Report 2006: working together for health [Internet]. 2006 [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2006/en/>
7. Blake H, Harrison C. Health behaviours and attitudes towards being role models. *Br J Nurs*. 24 févr 2013;22(2):86-94.
8. Merçay C, Burla L, Widmer M. Personnel de santé en Suisse: état des lieux et projections à l'horizon 2030. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2016.
9. Statistique médicale 2016 de la FMH – 36175 médecins en exercice. *Bulletin des Médecins Suisses*. 29 mars 2017;98(13):394-400.
10. Bachelor et Master en médecine humaine - Faculté de médecine - UNIGE [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.unige.ch/medecine/fr/enseignement1/bachelor-et-master-en-medecine-humaine/>
11. Programme d'études | HEdS [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.hesge.ch/heds/formation/soins-infirmiers/etudes/programme-detudes>
12. Kelly M, Wills J, Sykes S. Do nurses' personal health behaviours impact on their health promotion practice? A systematic review. *Int J Nurs Stud*. nov 2017;76:62-77.
13. OFSP O fédéral de la santé publique. Rapports du Conseil fédéral [Internet]. [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>
14. Höpflinger F, Bayer-Oglesby L, Zumburn Kohler A. La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée: scénarios actualisés pour la Suisse. 1. éd. Bern: Huber; 2011. 136 p. (Cahiers de l'Observatoire de la Santé).
15. Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030 | GE.CH – République et canton de Genève [Internet]. [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ge.ch/document/concept-cantonal-promotion-sante-prevention-2030>
16. Éthique professionnelle et déontologie [Internet]. SVDE ASDD. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.svde-asdd.ch/fr/profession/ethique-professionnelle-et-deontologie/>

Diagramme de GANTT : Planification du travail de Bachelor





			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Tâches	Mai																																
Rédaction TB																																	
Effectuer les interviews																																	
Retranscrire et analyser les interviews																																	
Réalisation poster																																	
Tâches	Jun		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Rédaction TB																																	
Réalisation poster																																	
Relecture par Eliséo (durée indéterminée)																																	
Tâches	Juillet		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Relecture par Eliséo																																	
Corrections																																	
Finalisation et impression																																	
Rendu TB																																	
Tâches	Août		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Préparation de la soutenance																																	