Consensus canadien sur la nutrition féminine : adolescence, reproduction, ménopause et au-delà

Directive clinique préparée par le groupe de travail sur la nutrition. Approuvée par Les diététistes du Canada, par l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes et par la Société canadienne de nutrition. Revue par le Comité consultatif des médecins de famille, le Comité de pratique clinique – obstétrique et le Comité de pratique clinique – gynécologie de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC); le Bureau des sciences de la nutrition et le Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition de Santé Canada; les docteurs Debra Katzman et Alison Rodrigues, rattachées au service de médecine de l'adolescence du *Hospital for Sick Children*. Approuvée par le conseil d'administration de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA NUTRITION

AUTEURES PRINCIPALES

Deborah L. O'Connor, Ph. D., Dt.P., Toronto (Ont.)
Jennifer Blake, MD, Ottawa (Ont.)
Rhonda Bell, Ph. D., Edmonton (Alb.)
Angela Bowen, Ph. D., inf. aut., Saskatoon (Sask.)

Mots-clés : Nutrition, lifecycle, female, women, food, eating, nutriments, vitamins, minerals, macronutriments, energy, adolescence, pre-conception, pregnancy, postpartum, lactation, menopause, older women, eating disorders, weight loss, health, chronic disease, deficiency, supplements

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.05.008>

Jeannie Callum, MD, Toronto (Ont.)
Shanna Fenton, MD, Saskatoon (Sask.)
Katherine Gray-Donald, Ph. D., Montréal (Qc)
Melissa Rossiter, Ph. D., Dt.P., Charlottetown (Î.-P.-É.)

CO-AUTEURES

Kristi Adamo, Ph. D., Ottawa (Ont.)
Kendra Brett, Ph. D., Ottawa (Ont.)
Nasreen Khatri, MD, Toronto (Ont.)
Nicole Robinson, MA, Ottawa (Ont.)
Lindsay Tumback, MSc, Dt.P., Saskatoon (Sask.)

COLLABORATEUR SPÉCIAL

Anthony Cheung, MD, Vancouver (C.-B.)

Tous les membres des comités ont déposé leur déclaration de divulgation. Nestlé Nutrition a versé une subvention de formation sans restrictions à la SOGC. Le contenu de la présente directive a été élaboré de façon entièrement indépendante. Il est demeuré sous embargo tout au long de ce processus, jusqu'à la date de publication. Les bailleurs de fonds collaborateurs ne sont pas intervenus dans l'élaboration du contenu.

Les auteures tiennent à remercier Julia Ewaschuk, Ph. D., rédactrice médicale, pour son expertise et son aide à la préparation de la présente directive, et Becky Skidmore, analyste de recherche médicale, SOGC pour son soutien bibliographique et ses recherches documentaires.

Résumé

Objectifs : Doter les professionnels de la santé du Canada de connaissances et d'outils de base, afin qu'ils puissent prodiguer des conseils nutritionnels aux femmes tout au long de leur cycle de vie.

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(6):555–609

Copyright © 2016 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.
Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

Ce document fait état des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans la permission écrite de l'éditeur.

Critères d'évaluation des données probantes et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Évaluation de la qualité des données probantes*	Classification des recommandations†
I : Données obtenues à partir d'au moins un essai clinique aléatoire convenable.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Données obtenues à partir d'essais cliniques non aléatoires bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Données obtenues à partir d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Données découlant de comparaisons entre différents moments ou lieux, ou selon qu'on ait eu ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non contrôlées (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine (fondées sur l'expérience clinique), études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des données fournies dans la présente directive a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

†Les recommandations comprises dans la présente directive ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Résultats : L'alimentation optimale a fait l'objet d'une évaluation tout au long du cycle de vie de la femme. Cette évaluation portait en particulier sur l'adolescence, la période préconceptionnelle, la grossesse, la période postpartum, la ménopause et au-delà. Le

présent document fournit d'abord des directives abrégées à l'intention de toutes les femmes. Ces directives sont suivies de chapitres proposant un examen des données probantes, ainsi que des recommandations sur la promotion d'une alimentation saine et d'un poids santé à chaque étape de la vie. Par ailleurs, tous les chapitres présentent une analyse de nutriments d'intérêt particulier ainsi que d'autres aspects propres à chaque étape de la vie.

ABRÉVIATIONS

AAL	acide alpha-linolénique
ADH	acide docosahexaénoïque
AMT	apport maximal tolérable
ANR	apport nutritionnel recommandé
ANREF	apports nutritionnels de référence
AS	apport suffisant
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ATN	anomalie du tube neural
BME	besoin moyen estimatif
DASH	régime DASH (acronyme de Dietary Approaches to Stop Hypertension)
DG	diabète gestationnel
GAC	Guide alimentaire canadien
GAG	gros par rapport à l'âge gestationnel
GPG	gain pondéral gestationnel
IMC	indice de masse corporelle
MCV	maladie cardiovasculaire
PAG	petit par rapport à l'âge gestationnel
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
SOPK	syndrome des ovaires polykystiques
WHI	Women's Health Initiative

Données probantes : Des documents publiés, des rapports d'organismes gouvernementaux et de santé, des directives cliniques, de la documentation parallèle et des extraits de manuels ont servi à étayer les recommandations formulées dans le présent document.

Valeurs : L'évaluation de la qualité des données probantes repose sur les critères décrits dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Chapitre 2 : Conseils généraux sur l'alimentation féminine

Déclarations sommaires

1. Une alimentation variée et équilibrée est riche en légumes, en fruits, en céréales entières, en produits laitiers sans gras ou faibles en gras, en fruits de mer, en légumineuses et en noix. Elle est modérée en alcool (chez les femmes non enceintes et qui n'allaitent pas) et pauvre en viandes rouges et transformées, en boissons sucrées et en céréales raffinées. L'alimentation saine réduit le risque de maladies chroniques, notamment le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et le cancer. (II-2)
2. Les facteurs psychosociaux, économiques ou géographiques qui composent l'environnement alimentaire des femmes peuvent avoir une incidence négative sur leur santé, y compris leur état nutritionnel. Les obstacles à une alimentation saine peuvent englober des facteurs individuels (p. ex. capacité physique, revenu), des facteurs sociaux (p. ex. situation familiale, soutien social), des facteurs communautaires (p. ex. proximité des épiceries) et des politiques pertinentes (p. ex. admissibilité aux programmes d'aide sociale). Les femmes exposées à un risque élevé de mauvais état

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3960314>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3960314>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)