

Synthèse

Pendant six mois trente-et-une Sociétés Savantes et d'Experts en Nutrition (liste p. 14) ont travaillé afin d'élaborer des propositions pour le Plan National Nutrition Santé 2011-2015. Leurs membres se sont rencontrés au cours d'un séminaire de 2 jours à Marseille le 16 et le 17 septembre 2010 pour échanger de manière pluridisciplinaire et valider l'ensemble des fiches – propositions qui sont présentées dans ce document.

Nous avons classé ces 40 fiches en 7 thématiques : gouvernance ; promotion de la santé ; communication, information, éducation ; repérage, dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels de l'enfant ; repérage, dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels de l'adulte ; activités physiques et sportives ; évaluation et recherche (des actions de recherches ciblées sont par ailleurs proposées dans de nombreuses fiches).

1^{RE} PARTIE - GOUVERNANCE

Le récent rapport de l'IGAS « Evaluation du programme national nutrition santé 2006-2010 » a identifié, dans le pilotage du précédent PNNS, des difficultés de gouvernance et d'articulation entre ce programme et les autres plans, programmes et politiques sectorielles. Les difficultés de pilotage du PNNS-2 ont été aussi liées au fait que les hospitalo-universitaires et les spécialistes des disciplines concernées (Nutrition, Pédiatrie et Santé Publique) n'ont été que peu associés au pilotage. C'est pourquoi, il est apparu important aux sociétés savantes et d'experts en Nutrition de faire des propositions dans ce domaine tant sur le plan national qu'europpéen.

Sur le plan national (Proposition n°1)

Les Sociétés Savantes et d'Experts en Nutrition ont noté avec satisfaction l'inscription du PNNS dans le code de la santé publique ainsi que l'annonce d'une mission spécifique « Obésité » ayant la charge de développer le volet « obésité » du PNNS sous forme d'un plan Obésité. Les sociétés savantes et d'experts en nutrition considèrent qu'il faut à l'échelon national créer :

- **un comité interministériel Nutrition-Santé ;**
- **un comité de pilotage du PNNS** comprenant tous les acteurs représentatifs impliqués dans le champ de la Nutrition et représentant un lieu d'échanges et de concertation ;
- **un comité scientifique** en charge d'assurer le support scientifique nécessaire au fonctionnement du PNNS, notamment pour la mise en place d'évaluation d'impact du PNNS sur les inégalités sociales de santé.

Elles considèrent qu'à l'échelon régional, c'est aux ARS, véritable colonne vertébrale de la politique de la santé dans la région, de mettre en œuvre le PNNS en l'inscrivant dans leur plan régional de santé et en s'appuyant sur les instances régionales, notamment la commission de coordination des politiques publiques « dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile », qui a pour vocation de soutenir les rapprochements entre les services de l'état et les collectivités territoriales (conseils généraux et communes). La coordination avec les autres plans régionaux, notamment avec le plan régional de l'alimentation devra être assurée. Les sociétés savantes et d'experts en nutrition recommandent aux ARS de travailler en lien avec les hospitalo-universitaires et les spécialistes régionaux qui ont une expertise médicale et scientifique reconnue dans le domaine de la nutrition.

Sur le plan européen (Proposition n°2)

L'OMS et la Commission européenne ont développé beaucoup d'activités autour de la nutrition. Des résolutions, des chartes, des livres blancs et des plans ont été élaborés à l'échelon européen, comportant des engagements plus ou moins contraignants pour les gouvernements. Il est important de maintenir des liens forts entre les actions et réflexions nationales et internationales, car d'une part les acteurs économiques de l'alimentation sont aujourd'hui très souvent internationaux (production et régulations) mais d'autre part les comportements des citoyens s'internationalisent aussi en matière de nutrition (goûts, habitudes, consommations, influences...).

Les Sociétés Savantes et d'Experts en Nutrition souhaitent une plus grande implication de la France au niveau européen et notamment :

- que **soit constitué un registre d'experts** mobilisables pour participer à des groupes d'experts internationaux. L'expertise scientifique doit être valorisée dans le cursus scientifique, hospitalier et universitaire, dont elle constitue actuellement un parent pauvre ;
- **que l'on veille à une bonne représentation des responsables du PNNS à tous les travaux européens sur la nutrition.**

2^E PARTIE - PROMOTION DE LA SANTE

Les Sociétés Savantes et d'Experts en Nutrition souhaitent rappeler que le PNNS est en France un des rares plans de santé publique inscrit dans une démarche de promotion de la santé qui essaie de viser tous les déterminants d'une alimentation adaptée au maintien d'un état de bonne santé et d'une activité physique adéquate. **Il est souhaitable que cette démarche de promotion de la santé soit poursuivie et qu'une attention plus importante soit portée à la réduction des inégalités sociales de santé.** En effet, la France est l'un des pays européens qui présente les plus fortes inégalités sociales en matière d'obésité et de diabète. L'évaluation des PNNS 1 et 2 montre que la mise à disposition très large de repères de consommation (recommandations) a conduit à leur meilleure intégration et mise en pratique par les populations les plus favorisées, contrairement aux populations les plus défavorisées. Toute une série de propositions sont émises permettant à la fois d'agir sur les individus et sur leur environnement. Elles sont nécessairement plurielles et complémentaires. **On retiendra :**

- 1- les efforts à réaliser pour rendre plus accessibles aux populations défavorisées les aliments de bonne qualité nutritionnelle et gustative, en particulier les fruits, les légumes et le poisson (Proposition n°3).**
- 2- Le besoin de diffusion d'une culture de la promotion de la santé en région, sur les thèmes de la nutrition et de l'activité physique, en soutenant non seulement la formation des acteurs de la promotion de la santé (professionnels spécialisés et acteurs-relais) mais aussi celle des élus et des décideurs (Proposition n°4).**
- 3- la mise en œuvre de programmes et d'actions de longue durée, visant la promotion de l'activité physique et d'une alimentation favorable à la santé à l'échelon local et régional (Proposition n°4).**
- 4- la mobilisation des collectivités territoriales (Proposition n°5).** Les régions, les conseils généraux, les villes et les élus disposent de nombreux leviers pour promouvoir une alimentation de qualité et la pratique d'une activité physique régulière auprès des habitants : le développement d'une politique de transport favorisant les déplacements actifs, l'amélioration de la qualité nutritionnelle dans la restauration scolaire, la facilitation de l'accès des personnes défavorisées aux offres et services créés, la concertation des habitants, ou encore la sensibilisation des personnels municipaux.

La promotion de la santé s'appuie dans ses principes sur la charte d'Ottawa ; la promotion de l'activité physique s'appuie, quant à elle, sur **la toute récente Charte de Toronto de 2010 (Proposition n°6) qui devrait devenir le cadre de référence du volet activité physique du PNNS.** L'ambition est de favoriser une stratégie multisectorielle de prévention et de promotion de la santé par l'activité physique et/ou le sport en inscrivant **un volet « activité physique et santé » dans les schémas de prévention** que doivent élaborer les Agences Régionales de Santé **(Proposition n°7).**

3^E PARTIE - COMMUNICATION, INFORMATION, EDUCATION

Dans cette partie, plusieurs mesures majeures sont proposées :

- 1. Le besoin de faire progresser les politiques d'information et d'éducation nutritionnelle existantes pour aider les consommateurs à repérer au moment de l'achat les produits alimentaires les plus favorables à l'équilibre nutritionnel global (Proposition n°8).**

Pour faire progresser les politiques d'information et d'éducation nutritionnelle existantes, il serait souhaitable de fournir aux consommateurs une information fiable, simple et synthétique sur la qualité nutritionnelle des produits alimentaires effectivement commercialisés. Ceci viendrait utilement compléter les repères de consommation du PNNS qui conseillent des fréquences de consommation de grands groupes d'aliments. Des études suggèrent que l'introduction de logos nutritionnels a un impact positif sur la qualité nutritionnelle de l'alimentation. Des systèmes existent en Suède et au Royaume-Uni. C'est pourquoi, les sociétés savantes et d'experts en nutrition proposent :

- **l'élaboration d'un système de profilage** nutritionnel en accord avec les repères de consommation du PNNS, les Apports Nutritionnels Conseillés, et la démarche des *Chartes* d'engagement volontaire de *progrès nutritionnel* ;

- **le choix d'un logo permettant d'identifier les aliments ayant un bon profil nutritionnel** au titre de ce système ;
- **la définition du processus permettant de vérifier la conformité d'utilisation du logo.**

2. La régulation de la publicité télévisée aux heures de grande écoute des enfants et le développement en volume horaire des campagnes nationales nutrition santé (Proposition n°9)

Les habitudes alimentaires des enfants sont conditionnées par de multiples facteurs individuels, interpersonnels, communautaires et sociétaux (dont la publicité). L'exposition de l'enfant aux publicités a, selon une série de publications, un impact sur les préférences et les choix alimentaires, le grignotage, les connaissances nutritionnelles. C'est pourquoi les sociétés savantes et d'experts en nutrition proposent :

- **de réguler la publicité** aux heures de grande écoute des enfants **pour les produits particulièrement gras, sucrés ou salés sur la base de normes élaborées par des spécialistes de la nutrition et par le PNNS** ;
- **d'imposer un volume horaire minimal de campagnes nutrition INPES ou du PNNS** à ces heures à des tarifs préférentiels et ceci quel que soit le volume horaire ;
- **initier la réflexion en vue de réduire la pression publicitaire qui s'exerce sur les enfants via les autres canaux de communications** très largement utilisés par les industriels : Internet, merchandising, placement de produits dans les films, etc.

3. Le développement d'actions de prévention du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent en milieu scolaire et extra-scolaire (Proposition n°10). En France, l'évolution de l'alimentation, associée à une augmentation de la sédentarité, a entraîné des répercussions sur la santé de la population. En particulier l'obésité infantile qui, en France, aurait triplé entre 1960 et 1990. Prévenir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent est devenue une priorité. Cette prévention passe notamment par le renforcement des connaissances de groupes d'adultes relais en milieu scolaire et extra-scolaire sur l'alimentation des enfants et des jeunes, et la promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique quotidienne de l'enfance à l'adolescence. **Il est proposé des formations des professionnels et acteurs en contact avec les enfants et adolescents, des réunions thématiques auprès de parents, des interventions auprès des enfants, adolescents et jeunes adultes avec des animations pédagogiques adaptées en fonction des âges et des structures, des interventions auprès des adultes relais et des futurs et jeunes parents sur l'allaitement maternel et la diversification alimentaire du jeune enfant.**

4. La promotion de l'allaitement maternel et de la consommation de lait et de laitages

- a. Allaitement maternel (Proposition n°11).** L'allaitement a de nombreux effets bénéfiques sur la santé de l'enfant à court et long terme, et sur la santé de sa mère. Malgré une augmentation récente, la prévalence et la durée de l'allaitement en France sont parmi les plus faibles d'Europe, alors que les femmes expriment clairement leur souhait d'allaiter plus souvent et plus longtemps, sans pour autant obérer leur carrière professionnelle.
- b. Laits supplémentés en fer jusqu'à l'âge de 3 ans (Proposition n°12).** En l'absence d'allaitement, la consommation de laits supplémentés en fer est, jusqu'à l'âge de 3 ans, un moyen de réduire la fréquence du déficit et de la carence en fer. Cette dernière est responsable notamment d'anémie ferriprive et de troubles de la croissance staturo-pondérale.
- c. Lait et laitages chez les adolescents (Proposition n°13).** L'insuffisance de la consommation de lait et de laitages pendant l'adolescence, avec l'apport très insuffisant de calcium qui en résulte à cette période de la vie déterminante pour la minéralisation osseuse, est un problème majeur, en particulier chez les filles. La promotion de la consommation de lait et laitages à cette période de la vie est donc importante.

5. La promotion de l'activité physique chez les enfants obèses avec la réalisation de guides pratiques d'activités physiques : un guide pour les professionnels et un guide grand public (Proposition n°14). Les informations présentes dans les deux guides du PNNS consacrés à l'activité physique représentent

une mise au point remarquable mais demeurent très générales. Il manque des outils pratiques, détaillés pour faciliter l'activité physique des enfants et adolescents obèses sous la conduite des professionnels de l'activité physique et aider au respect des contraintes médicales individuelles. La transposition des résultats des recherches existantes en est la base.

6. **La promotion du sommeil (Proposition n°15).** Une trentaine d'études épidémiologiques transversales et longitudinales menées dans sept pays, dont la France, et sur de larges populations, ont montré un lien entre un sommeil court et l'élévation de l'indice de masse corporelle (IMC), à la fois chez l'adulte et l'enfant. Les campagnes de communication destinées à promouvoir des mesures simples pour assurer un meilleur sommeil méritent d'être poursuivies : il semble pertinent, à titre préventif pour les personnes à risque en matière d'obésité, d'ajouter aux prescriptions de régime et d'exercice physique des conseils comportementaux relatifs au sommeil.
7. **La prévention des risques, des conduites à risques, des dommages et de la dépendance, liés à la consommation d'alcool (Proposition n°16).** L'alcool n'est pas un aliment, ni un alicament, encore moins un médicament. En revanche, l'alcool est un composant des boissons souvent associées à l'alimentation. Il a donc toute sa place dans le plan national nutrition et santé. Les deux premiers PNNS comportaient d'ailleurs un volet alcool. Le nouveau PNNS devra poursuivre la promotion des repères de consommation, les recommandations d'abstinence chez les femmes enceintes, les actions de prévention et promotion de la santé auprès des jeunes. Devra également être étudié le renforcement de l'encadrement de la publicité (notamment sur internet).
8. **La prévention de la perte d'autonomie au cours des affections liées à l'âge par l'alimentation et l'activité physique (Proposition n°28).** Elle est fondamentale : il s'agit d'une forte préoccupation des personnes âgées et des familles, des associations les regroupant, ainsi que des établissements de santé et médico-sociaux. Les messages nutritionnels doivent être amplifiés et clarifiés, les prises en charge à domicile doivent être développées, par exemple par le moyen de réseaux de santé, afin de limiter les recours au secteur hospitalier.

4^E PARTIE - REPERAGE, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES NUTRITIONNELS DE L'ENFANT

Cette partie consacrée aux enfants et adolescents souhaite insister sur 4 points :

- 1- **La structuration du dépistage et de la prise en charge du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire (Proposition n°17).** L'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité ces dernières années a nécessité la mise en place de plusieurs actions de prévention et de prise en charge. Organiser le dépistage repose sur la mobilisation des PMI, de la santé scolaire et des autres professionnels de santé, notamment les pédiatres et les médecins généralistes. Au-delà du dépistage, se pose la question de la prise en charge des enfants dépistés. Ne pas assurer l'aval d'une façon structurée et cohérente explique l'inefficacité souvent affichée des actions menées en milieu scolaire. **Dans un esprit de mise en place d'un dépistage répondant aux règles de bonnes pratiques, il apparaît nécessaire de définir les modalités de prise en charge des enfants dépistés :** identification des professionnels auxquels les enfants dépistés peuvent être adressés pour confirmation diagnostique et mise en place d'une stratégie de prise en charge, lien entre ces professionnels et les pédiatres et médecins généralistes assurant le suivi des enfants.
- 2- **La place de la médecine de ville dans la prévention, le dépistage et la prise en charge du surpoids de l'obésité de l'enfant (Proposition n°18).** Les médecins de proximité sont bien placés pour dépister les enfants à risque, et les prendre en charge. Cependant, ils sont très souvent en difficulté. La formation initiale est devenue insuffisante. L'excès de poids, chez l'enfant, a un statut ambigu, ce n'est pas une maladie, mais un état qui prédispose à l'excès de poids à l'âge adulte, lui-même facteur de risque vis-à-vis d'une kyrielle de maladies. **C'est pourquoi, il apparaît important d'assurer une formation adéquate pour les médecins de proximité, pédiatres ou généralistes sur la parentalité, les risques de la société moderne, l'alimentation et la nutrition, le dépistage et l'orientation** en développant la possibilité de recours à des structures externes de type réseau pour prendre en charge les enfants en surpoids et obèses.

- 3- **Le travail en réseau (Proposition n°19).** Les réseaux permettent un maillage étroit autour de l'enfant obèse et de sa famille, de réunir les multiples compétences professionnelles des acteurs concernés, professionnels de la santé de l'enfance, et de favoriser un véritable parcours de soin de l'enfant en surpoids ou obèses incluant les différents niveaux de prise en charge : du médecin libéral de premier recours au service hospitalier spécialisé. La complexité de la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant, la certitude que c'est dans l'enfance que tout se joue, incite à recommander aux ARS de favoriser le développement de structures en réseau dans leur région.
- 4- **Le dépistage de la dénutrition chez l'enfant hospitalisé (Proposition n°20).** Une dénutrition est fréquemment observée chez les enfants hospitalisés. Elle concerne particulièrement le jeune enfant (50% avaient moins de 1 an dans une enquête hospitalière récente). La présence d'une dénutrition allonge en moyenne la durée d'hospitalisation de 45 % ; elle constitue un facteur d'aggravation de la pathologie causale et de la survenue de complications, et augmente par conséquent le coût pour la société. **Il est proposé de développer une stratégie de dépistage systématique de la dénutrition de l'enfant hospitalisé basé sur les courbes de corpulence (IMC) du PNNS et d'intégrer ces indicateurs dans le programme IPQASS de la HAS.**

5^E PARTIE - REPERAGE, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES NUTRITIONNELS DE L'ADULTE

Dans cette partie sont abordées de nombreuses problématiques relatives aux questions de prévention du diabète, du repérage-dépistage des troubles du comportement alimentaire, du rôle des médecins généralistes, du développement de l'éducation thérapeutique ; à l'amélioration et à la structuration de l'offre alimentaire et à l'organisation de la prise en charge des différents types de troubles nutritionnels en milieu hospitalier, depuis la dénutrition la plus sévère jusqu'à l'obésité massive, incluant les troubles du comportement alimentaire.

1. **La prévention du diabète de type 2 (Proposition n°21).** Le diabète de type 2 et le pré-diabète progressent dans le monde entier. En France métropolitaine, la prévalence du diabète traité était de 4% en 2007 contre 2,7% en 2000 et 3,6% en 2005. La prévention du diabète de type 2 implique plusieurs actions complémentaires : sensibiliser la population générale à la progression de la maladie et aux possibilités existantes de limiter cette progression, identifier les sujets à risque, estimer correctement le risque de diabète en recourant à un score validé, établir une stratégie consensuelle de dépistage précoce du pré-diabète, convaincre le patient et entretenir sa motivation à entreprendre une démarche de prévention.
2. **Le dépistage des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) (Proposition n°22).** Les TCA regroupent un ensemble de pathologies se caractérisant par des comportements pathologiques addictifs de type restrictif (anorexique), compulsif (boulimique) ou mixte (alternance des deux précédents). Alors que les pédiatres et pédopsychiatres sont bien sensibilisés au repérage et à la prise en charge de l'anorexie et de la boulimie, les TCA de l'adulte restent largement méconnus du grand public, et même de nombreux professionnels de santé, voire ignorés, alors que le nombre de patients adultes des deux sexes touchés est très important (au moins 5% de la population générale). Les structures de prise en charge spécialisées pour les TCA de l'adulte, nécessairement interdisciplinaires, restent très insuffisantes, voire totalement absentes dans certaines régions, avec de multiples conséquences dont les plus importantes sont une errance médicale avant le diagnostic et une perte de chance, avec le passage à la chronicité de diverses complications somatiques et co-morbidités psychiatriques. Les TCA étaient absents des objectifs des PNNS 1 et 2. C'est pourquoi **il est proposé une stratégie de dépistage, le financement de structures spécialisées de référence et de prise en charge dans chaque région, pour l'accueil des formes complexes ou sévères, ainsi que des actions de formation continue pour les différents professionnels de santé et la prise en compte des TCA dans la formation initiale.**
3. **Le rôle du médecin généraliste dans l'évaluation et la prise en charge nutritionnelle initiale de l'adulte (Proposition n°23).** Le médecin généraliste (MG) rencontre au quotidien de nombreux patients présentant une obésité, un trouble du comportement alimentaire (TCA) ou une dénutrition, qui représentent les troubles nutritionnels les plus fréquents chez l'adulte. Il est donc essentiel que le MG puisse assurer une évaluation nutritionnelle permettant le repérage de ces troubles et orienter leur prise en charge initiale. **Il est proposé de former les MG à l'évaluation nutritionnelle, à la mise**

en œuvre d'une prise en charge initiale de proximité et à l'orientation des personnes souffrant de troubles nutritionnels graves ou complexes.

4. **La définition du rôle du médecin libéral compétent en nutrition (Proposition n°24).** Le médecin libéral compétent en nutrition prend en charge des patients en surcharge pondérale ou atteints d'obésité, avec ou sans co-morbidité, et dans 90% des cas en deuxième recours. En dehors des réseaux de prise en charge de l'obésité, dont les moyens sont aujourd'hui insuffisants pour satisfaire la demande, le manque de coordination entre les différents acteurs de santé affecte la qualité de prise en charge des patients obèses ou à risque de le devenir. Les recommandations de la HAS existantes et en cours d'élaboration doivent aussi pouvoir s'appuyer sur un terrain libéral sensibilisé et effectif. Le médecin libéral compétent en nutrition, en association avec le médecin traitant, peut devenir un pivot du parcours de soins. Son action s'inscrit dans un parcours multidisciplinaire médical, paramédical et social. C'est pourquoi, il est proposé de bien définir les missions du médecin libéral compétent en nutrition sur la base des propositions en :
 - confortant son rôle dans la prise en charge et dans la coordination des soins des patients en surcharge pondérale ou atteints d'obésité, avec ou sans co-morbidité ;
 - et en soulignant le rôle qu'ils peuvent jouer dans le développement professionnel continu et dans les réseaux de santé.

5. **L'organisation dans un délai de 5 ans dans toutes les régions de France d'une offre d'éducation thérapeutique du patient pour les personnes obèses (Proposition n°25).** L'éducation thérapeutique constitue une approche globale pluri-professionnelle et multidisciplinaire basée sur des concepts pédagogiques et un modèle bio-psycho-social, qui est adapté à la prise en charge de l'obésité. Elle permet à la personne de travailler ses représentations et de s'investir progressivement dans une démarche de changement durable de comportement. Elle est reconnue comme une activité de soins à part entière (loi HPST). Son organisation pour les personnes obèses doit être définie dans une logique de proximité pour les prises en charge tout venant et dans une logique de recours pour les obésités graves ou présentant des complications multiples.

6. **L'organisation hospitalière**
 - a. **L'amélioration et la structuration de l'offre alimentaire en établissement de santé (MCO, psychiatrie, SSR, EPADH) (Proposition n°26).** La restauration à l'hôpital doit remplir une double mission : la première est de participer à l'acte de soin. C'est le cas lorsqu'elle découle d'une prescription médicale, et parce que l'on se doit de donner à l'ensemble des patients une alimentation en accord avec leurs besoins nutritionnels. La seconde mission de la restauration hospitalière est de participer au confort du malade en apportant un service de qualité conforme à ses attentes de patient hospitalisé. Ces deux objectifs sont d'autant plus difficiles à atteindre que la population d'un établissement de santé présente de nombreux profils alimentaires et nutritionnels différents. En effet, on retrouve tous les âges de la vie, même les extrêmes, ainsi qu'un très large panel de pathologies et de spécialités. **Afin de faciliter la structuration et l'adaptation de l'offre alimentaire dans les établissements, il est proposé la définition de tables ou grilles de repas spécifiques des différentes conditions physiologiques et pathologiques afin de standardiser l'offre alimentaire tout en l'individualisant.**

 - b. **L'organisation transversale de la prise en charge des troubles nutritionnels en établissement hospitalier (Proposition n°27).** Les établissements de santé regroupent, en général, l'ensemble des compétences nécessaires à la prise en charge des pathologies nutritionnelles. Mais aujourd'hui il existe une inégalité des soins nutritionnels du fait d'un dépistage des troubles nutritionnels non systématique, de pratiques professionnelles des diététiciens non encadrées par un projet médical en nutrition, d'une intégration souvent plus que succincte de la nutrition dans la prise en charge globale de la pathologie. **Devant la complexité des problèmes nutritionnels rencontrés, il est proposé la création d'un département de Nutrition comprenant une unité médicale spécialisée en nutrition et une Unité Transversale de Nutrition Clinique (UTN) auquel est fonctionnellement rattaché le service diététique.**

7. Dénutrition

Une attention toute particulière doit être portée à la prise en charge :

- a. **des problèmes nutritionnels des personnes âgées (Proposition n°28).** Les troubles nutritionnels sont fréquents chez les personnes âgées, et ceci d'autant plus que l'âge avance, que les personnes sont en institution et qu'elles sont atteintes de démence. Les troubles nutritionnels sont plus souvent une dénutrition qu'un excès pondéral, et ils sont liés à de multiples pathologies. Plusieurs enquêtes hospitalières ont montré que la dénutrition reste insuffisamment détectée et prise en charge et que des efforts restent à faire dans ce domaine. **Le dépistage de la dénutrition des personnes âgées doit être systématique et suivi d'une prise en charge précoce.**
- b. **des personnes opérées (nutrition péri-opératoire) (Proposition n°29).** Chez un patient devant bénéficier d'une intervention chirurgicale, la présence d'une dénutrition en préopératoire constitue un facteur de risque indépendant de complications postopératoires. La dénutrition augmente la morbidité (infections, retard de cicatrisation), la mortalité, la durée de séjour et les coûts, et retentit sur la qualité de vie des patients. Dix à vingt pour cent des malades devant être opérés sont dénutris. **Le dépistage et la prise en charge précoce de la dénutrition sont indispensables lors de la période péri-opératoire, dans l'objectif d'améliorer le pronostic et l'évolution clinique postopératoires.**
- c. **des personnes atteintes de maladies chroniques d'organe (pulmonaires, rénales, cardiaques, hépatiques) (Proposition n°30).** Les maladies chroniques d'organes, pulmonaires, rénales, cardiaques et hépatiques, sont fréquemment associées à des troubles nutritionnels qui sont dominés par la dénutrition. Sa prévalence est en moyenne de 40% et va de 20 à 70% selon le degré d'évolution de l'affection considérée. Or la dénutrition est, de manière indépendante, corrélée à la survenue de complications, à l'importance du handicap, à la nécessité de recours aux soins, au nombre et à la durée des hospitalisations ainsi qu'à la mortalité. **C'est pourquoi il convient de rendre systématique le dépistage de la dénutrition, de mettre en place un suivi diététique et une surveillance de l'état nutritionnel et d'instaurer une prise en charge intégrée de la dénutrition chez tous les patients atteints de maladies chroniques graves.**
- d. **des patients atteints de cancer (Proposition n°31).** La dénutrition est le corollaire du développement tumoral. Prévenir son développement et/ou la ralentir est un enjeu thérapeutique majeur. La dénutrition chez le malade atteint de cancer, si elle n'est pas dépistée et prise en charge, entraîne de ce fait *une perte de chance*. **C'est pourquoi il est proposé d'améliorer le dépistage et le diagnostic des troubles nutritionnels en cancérologie ainsi que leur prise en charge dès le moment du diagnostic, pendant et après le traitement. Pour le cancer du sein (Proposition n°32), après la maladie, les publications confirment qu'un régime alimentaire associé à une activité physique régulière diminue le risque de rechute et la mortalité par cancer du sein. C'est pourquoi, il est proposé de systématiser l'entretien diététique et/ou nutritionnel dès l'annonce du diagnostic et si besoin de proposer aux patientes de participer à un programme d'éducation thérapeutique.**

6^E PARTIE - ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

Le chapitre « activités physiques et sportives » souligne à quel point les sociétés savantes médicales se sont ouvertes sur leur environnement. Parmi les mesures proposées, il faut noter :

- la **création d'un parcours activité physique-santé (Proposition n°33)** établi à partir d'un plan personnalisé d'activité physique pour différents publics, dont les patients porteurs de pathologie chronique ou en situation de handicap physique, mental ou social. La prise en charge doit être graduée en fonction des besoins ;
- la **réalisation de fiches descriptives sur les activités physiques et sportives, et l'établissement de référentiels métiers et de certification (Proposition n°34)** pour promouvoir l'activité physique

adaptée au sein des services des secteurs sanitaires, dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient et d'accompagnement et enfin dans les dispositifs Sport et santé.

7^E PARTIE - EVALUATION ET RECHERCHE

1- Evaluation

Les Sociétés Savantes et d'Experts en nutrition recommandent la promotion :

- **de bonnes pratiques pour monter une étude (Proposition n°35).** Le PNNS se concrétise par la mise en œuvre sur le terrain, à des niveaux territoriaux très variables, d'actions de prévention et de promotion de la santé ou d'actions de prise en charge de la population en situation de surcharge pondérale ou de dénutrition. Dans un certain nombre de cas, en amont de ces actions, une phase de diagnostic est nécessaire pour faire un état des lieux de la situation, déterminer les cibles d'actions ou servir de point de départ à une démarche d'évaluation. Ces études peuvent servir à déterminer l'état nutritionnel d'une population, sa pratique de l'activité physique ou ses connaissances, attitudes, comportements et pratiques ainsi que ses représentations dans le domaine de la nutrition, ou plusieurs de ces aspects de façon concomitante. La variété de ces travaux menés à des niveaux géographiques variés, selon des protocoles différents et avec des outils divers, ne permet pas toujours de comparer dans l'espace et dans le temps les résultats obtenus entre l'une ou l'autre de ces enquêtes. De ce fait, les possibilités d'exploitation et d'utilisation de cet ensemble très riche de travaux restent limitées. Par conséquent, des actions sont nécessaires pour promouvoir des méthodologies et des outils pouvant être partagés entre les études nutritionnelles réalisées à différents niveaux géographiques et populationnels. **Un guide « Harmoniser les études en nutrition : un guide de bonnes pratiques pour les études régionales et locales » a été élaboré en 2008-2009 par la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS), à la demande de la DGS. Sa promotion est maintenant d'actualité.**
- **de l'évaluation (Proposition n°36).** Dans le champ de la nutrition, de multiples interventions sont réalisées pour favoriser une nutrition bénéfique à notre santé. Elles sont soumises à des évaluations. Ces évaluations, parties prenantes de la gestion d'une intervention, suscitent bon nombre d'interrogations liées à la complexité des concepts sous-jacents et des applications pratiques de l'évaluation. C'est pourquoi il est apparu nécessaire de proposer des modalités d'évaluation adaptées au contexte des interventions ou programmes nutritionnels. Afin de favoriser une culture de l'évaluation partagée entre les acteurs et les commanditaires, permettant de mettre en œuvre des évaluations clairement différenciées selon les contextes des interventions et programmes dans le champ de la nutrition, **il est proposé la réalisation d'un guide d'évaluation des interventions liées à la nutrition et d'organiser des formations pour les acteurs du champ.**

2- Recherche

La commande de propositions d'actions pour le nouveau PNNS n'était pas axée sur la recherche.

Il est cependant absolument indispensable que soit maintenu, dans les appels d'offres ANR, un volet Nutrition dont une partie doit être indépendante de l'industrie. De même, il est indispensable que soit pérennisé, dans le PHRC, un thème Nutrition.

En dehors de nombreuses propositions ciblées de recherche attachées aux différentes fiches, nous sont parvenues quatre propositions de dimension plus transversale que nous présentons ci-dessous :

- 1- **Recherche sur la carence en vitamine D (Proposition n°37).** Du fait de la présence de récepteurs de la vitamine D dans de nombreux tissus, la carence en vitamine D a des effets osseux et extra-osseux multiples et bien documentés, notamment musculaires et neuro-cognitifs, qui sont un vaste champ d'intérêt actuel. Bien que son déficit apparaisse comme fréquent, **nous manquons en France d'études épidémiologiques d'ampleur permettant de cibler et de traiter les populations à risque, en particulier les adolescents.** En parallèle, les seuils doivent être précisés par l'étude de paramètres fonctionnels, d'autant que l'âge, le surpoids et l'obésité modifient le métabolisme de la vitamine D.

- 2- **Recherche sur la qualité de vie et l'alimentation dans le domaine de la pathologie cancéreuse (Proposition n°38).** La qualité de vie des malades atteints de cancer est améliorée par une éducation nutritionnelle appropriée, associée à l'exercice physique. La fatigue « cancéreuse », avec son impact sur la qualité de vie, se différencie de la fatigue ordinaire (sans substratum pathologique), car elle est plus sévère, épuisante, persistante et non réversible par le repos. Des tentatives de thérapies psychosociales (sommeil, groupe de parole), éducatives (éducation thérapeutique), diététiques, et corporelles (exercice physique) semblent prometteuses dans l'atténuation de la fatigue « cancéreuse ». Compte tenu de l'enjeu, les sociétés savantes et d'experts en nutrition recommandent de soutenir les études permettant de montrer le rôle de l'éducation nutritionnelle associée à l'activité physique sur la qualité de vie et la survie des malades atteints de cancer et d'en diffuser les résultats.
- 3- **Mise en place d'études sur la souffrance des enfants obèses et sur l'éventuelle culpabilité de leurs parents (Proposition n°39).** Les professionnels de terrain rapportent une majoration de la stigmatisation des enfants et adolescents obèses contribuant à accroître leur souffrance et leur discrimination. La discrimination des adolescents obèses est connue depuis longtemps, mais aucune étude n'a démontré qu'il existait effectivement un accroissement de la souffrance des enfants obèses et de la culpabilité de leurs parents. Il est donc intéressant de se poser la question et d'y apporter une réponse objective.
- 4- **Expérimentation tarifaire sur le remboursement de consultation d'activité diététique sur prescription hospitalière dans le cadre d'un parcours de soin et d'un suivi protocolisé (Proposition n°40).** De nombreuses pathologies chroniques requièrent un suivi et une éducation nutritionnelle en ville par un diététicien, notamment pour les personnes obèses ou à risque (de l'enfant à l'adulte). De nombreux troubles nutritionnels ne nécessitent pas un suivi en milieu hospitalier mais plutôt un suivi de proximité avec une éducation diététique régulière. Mais, du fait de l'absence de remboursement des actes de soin diététique, l'accès à une consultation avec un diététicien en ville est problématique pour bon nombre de personnes. Ainsi, il existe aujourd'hui une véritable inégalité sociale d'accès aux soins diététiques. L'intérêt du remboursement de l'activité diététique sur prescription hospitalière dans le cadre d'un parcours de soin et d'un suivi protocolisé devrait pouvoir être envisagé sous la forme d'une expérimentation tarifaire pour les patients les plus gravement atteints afin de faciliter les prises en charge.

Telles sont les propositions d'actions pour le nouveau PNNS 2011-2015 des 31 Sociétés Savantes et d'Experts en Nutrition à l'issue d'un travail de remontée de propositions des acteurs de terrain.

François Bourdillon (SFSP)
Noël Cano (SFNEP)
Jacques Delarue (SFN)
Dominique Turck (SFP)