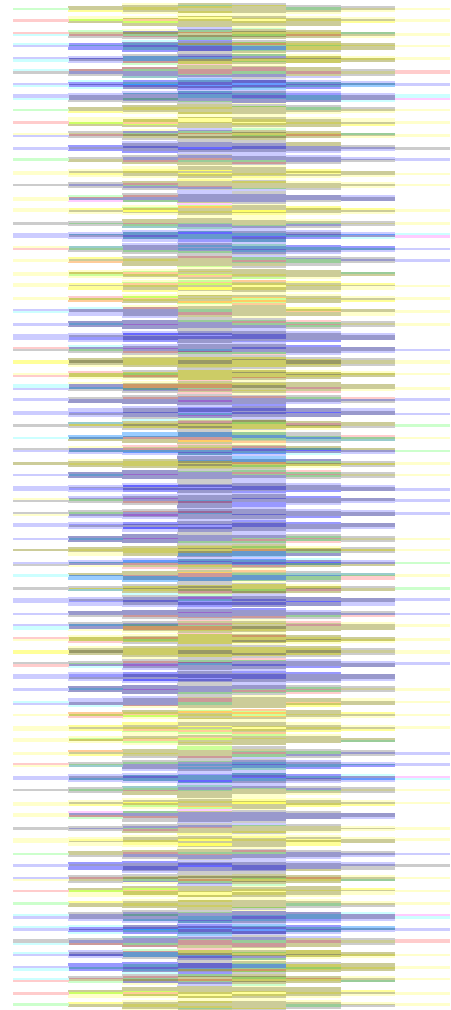


**Propositions pour le PNNS
2011-2015**

**des Sociétés savantes
et d'experts en nutrition**

Automne 2010



Sous la direction de
François Bourdillon (SFSP)
Noël Cano (SFNEP)
Jacques Delarue (SFN)
Dominique Turck (SFP)

**Réalisé par la Société française de santé publique
avec le soutien de la Direction générale de la santé**

Remerciements

Au groupe nutrition de la SFSP : Catherine Cecchi, Yves Charpak,
Jean-François Collin, Bernard Ledésert, Corinne Le Goaster,
Pierre Lombraïl et Renée Pomarède

Aux organisateurs du IV^e Congrès International d'Epidémiologie ADELf – EPITER
pour l'accueil et l'aide apportés dans l'organisation du séminaire de réflexion à Marseille

A l'équipe de la SFSP
en particulier, à Flore Aumaître, Déléguée générale
et à Isabelle Génovèse, Assistante de direction
pour la coordination de l'ouvrage, sa conception
et l'organisation du séminaire de réflexion à Marseille

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)

Sommaire

Sociétés savantes et d'experts en nutrition signataires	14
1^{re} PARTIE - GOUVERNANCE	15
Proposition n°1 - Structurer la gouvernance du PNNS	16
Proposition n°2 - Europe et nutrition	19
2^e PARTIE – PROMOTION DE LA SANTE.....	24
Proposition n°3 - Réduction des inégalités sociales de santé en matière d'alimentation et d'activité physique..	25
Proposition n°4 - Promotion de la santé, nutrition et activité physique	30
Proposition n°5 - Promouvoir une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière au sein d'une commune	37
Proposition n°6 - Adoption de la Charte mondiale de Toronto pour l'Activité physique	39
Proposition n°7 - Développement régional de réseaux-dispositifs « activité physique-santé »	41
3^e PARTIE – COMMUNICATION, INFORMATION, EDUCATION	44
Proposition n°8 - Créer un logo nutritionnel positif pour aider les consommateurs à repérer au moment de l'achat les produits alimentaires les plus favorables à l'équilibre nutritionnel global	45
Proposition n°9 - Réguler la publicité télévisée aux heures de grande écoute des enfants	51
Proposition n°10 - Prévenir le surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent en milieu scolaire et extra-scolaire	54
Proposition n°11- Promotion de l'allaitement maternel	56
Proposition n°12 - Réduire la fréquence du déficit en fer chez les enfants de 6 mois à 3 ans	61
Proposition n°13 - Promotion de la consommation de lait et laitages et amélioration du statut vitaminique D de l'adolescent	63
Proposition n°14 – Développement d'un guide pratique d'activités physiques de l'enfant en surpoids ou obèse	66
Proposition n°15 - Prise en charge des troubles du sommeil liés à l'obésité et à la prise de poids.....	68
Proposition n°16 - Prévention des risques, des conduites à risques, des dommages et de la dépendance, liés à la consommation d'alcool	71
4^e PARTIE – REPERAGE, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES NUTRITIONNELS DE L'ENFANT	74
Proposition n°17 - Dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire	75
Proposition n°18 - Place de la médecine de ville dans la prévention, le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant	78
Proposition n°19 - Favoriser la mise en place d'une prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant sur le modèle des réseaux RÉPPOP et en assurer la pérennité	81

Proposition n°20 - Dépister la dénutrition chez l'enfant hospitalisé	87
5° PARTIE – REPERAGE, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES NUTRITIONNELS DE L'ADULTE	89
Proposition n°21 - Prévention du diabète de type 2	90
Proposition n°22 - Dépistage et prise en charge des troubles du comportement alimentaire de l'adulte	93
Proposition n°23 - Rôle du médecin généraliste dans l'évaluation et la prise en charge nutritionnelle initiale de l'adulte.....	98
Proposition n°24 - Place du médecin libéral compétent en nutrition dans la prévention et la prise en charge de la surcharge pondérale et de l'obésité	100
Proposition n°25 - Organiser dans un délai de 5 ans dans toutes les régions de France une offre d'éducation thérapeutique du patient pour les personnes obèses.....	103
Proposition n°26 - Améliorer et structurer l'offre alimentaire en établissement de santé (MCO, psychiatrie, SSR, EPADH)	108
Proposition n°27 - Organisation transversale de la prise en charge des troubles nutritionnels en milieu hospitalier.....	110
Proposition n°28 - Prise en charge des problèmes nutritionnels des personnes âgées	113
Proposition n°29 - Nutrition péri-opératoire	116
Proposition n°30 - Nutrition et maladies chroniques d'organe (pulmonaires, rénales, cardiaques, hépatiques).....	122
Proposition n°31 - Surveillance et amélioration de l'état nutritionnel des patients atteints de cancer : impact sur la morbidité et la faisabilité des séquences thérapeutiques	125
Proposition n°32 - Prévention secondaire de l'obésité dans le cancer du sein : impact sur la récurrence.....	128
6° PARTIE – ACTIVITES PHYSIQUES.....	130
Proposition n°33 - Parcours activité physique-santé, plan personnalisé d'activité physique et bilan activité physique-santé	131
Proposition n°34 - Etablir des référentiels métiers en Activité Physique Adaptée et Sport Santé	134
7° PARTIE – EVALUATION ET RECHERCHE	136
Proposition n°35 - Les bonnes pratiques pour monter une étude	137
Proposition n°36 - Evaluer un programme ou des interventions dans le champ de la nutrition.....	139
Proposition n°37 - Carence en vitamine D (APOP).....	146
Proposition n°38 - Améliorer la qualité de vie des malades atteints de cancer par une éducation nutritionnelle appropriée, associée à l'exercice physique	151
Proposition n°39 - Mise en place d'études sur la souffrance des enfants obèses et l'éventuelle culpabilité de leurs parents.....	154
Proposition n°40 - Mener une 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	156
Liste des contributeurs.....	158

Sociétés savantes et d'experts en nutrition signataires

1. Association des Chercheurs en Activités Physiques et Sportives (ACAPS)
2. Association des Educateurs Médico-Sportifs (ADEMS)
3. Association Francophone en Activités Physiques Adaptées (AFAPA)
4. ANCREC – Coordination des réseaux diabète
5. Association des Epidémiologistes de Terrain (EPITER)
6. Association des Médecins Inspecteurs de Santé Publique (AMISP)
7. Association Française d'Etudes et de Recherches sur l'Obésité (AFERO)
8. Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA)
9. Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN)
10. Association Française des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF)
11. Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)
12. Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOP)
13. Collège des Enseignants de Nutrition (CEN)
14. Collège National des Cardiologues Français (CNCF)
15. Collège Universitaire des Enseignants en Santé Publique (CUESP)
16. Coordination nationale des Réseaux de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique (CN-RÉPPOP)
17. European Association for the Study of Obesity (EASO)
18. Fédération Française de Cardiologie (FFC)
19. Fédération Nationale des comités d'Education pour la Santé (FNES)
20. Ligue nationale de lutte contre le cancer
21. Nouvelle Société Française d'Athérosclérose (NSFA)
22. Société Française de Cardiologie (SFC)
23. Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG)
24. Société Française de Nutrition (SFN)
25. Société Française de Pédiatrie (SFP)
26. Société Française de Santé Publique (SFSP)
27. Société Française des Professionnels en Activités Physiques Adaptées (SFP-APA)
28. Société Française de Recherche et de Médecine du Sommeil (SFRMS)
29. Société Française Sport et Santé (SF2S)
30. Société Francophone du Diabète (SFD)
31. Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP)

1^{re} PARTIE - GOUVERNANCE

Proposition n°1 - Structurer la gouvernance du PNNS

Rédacteurs : François Bourdillon (SFSP), Jean-François Collin (SFSP), Bernard Ledésert (SFSP), Flore Aumaître (SFSP), Renée Pomarède (SFSP), Pierre Lombrail (SFSP), Dominique Deugnier (AMISP), Dominique Turck (SFP), Noël Cano (SFNEP), Jacques Delarue (SFN, CEN), Isabelle Parmentier (AFDN), Jean-Luc Grillon (SF2S)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

Le récent rapport de l'IGAS (1) « Evaluation du programme national nutrition santé 2006-2010 » a souligné que la reconduction du PNNS « *en l'état n'était pas souhaitable compte tenu des difficultés qu'elle (ndlr : l'IGAS) a identifiées entre ses fonctions de cadre de référence et ses responsabilités de conduite opérationnelle, mais aussi dans son dispositif de gouvernance et dans l'articulation entre ce programme et les autres plans, programmes et politiques sectorielles* ».

La gouvernance du plan 2006-2010 reposait essentiellement sur un comité de pilotage (2) ne disposant d'aucun pouvoir formel, dont le secrétariat était assuré par la Direction Générale de la Santé, qui rendait compte au conseil national de santé publique. Ce comité de pilotage était principalement « un lieu d'échanges et de concertation » ne disposant d'aucun pouvoir formel, en particulier décisionnel. Il se réunissait tous les mois. La communication institutionnelle était confiée à l'INPES.

L'IGAS en a souligné les faiblesses :

- d'une part sa composition mêlant l'administration, des personnes qualifiées et des représentants des collectivités et des parties prenantes « *dont l'assemblée empêche qu'il puisse avoir un quelconque rôle d'arbitrage, les points de vue devant déboucher, par construction, sur du consensus* » ;
- et d'autre part son pilotage par la seule DGS qui laisse « *les autres ministères face à leurs seuls intérêts et responsabilités* ». L'IGAS rappelle qu'il était prévu « *la création d'un comité interministériel de politique nutritionnelle avec un niveau de représentation ministériel qui n'a jamais été créé* ».

L'IGAS demande également une clarification de la gouvernance locale notamment une meilleure articulation des différents plans régionaux portant sur nutrition et alimentation, et souligne la limite de la démarche des appels à projets, qui maintient les projets dans le registre de l'expérimentation, ne donne pas une visibilité suffisante aux « bons projets » et évalue trop faiblement les actions développées.

L'IGAS recommande :

- l'officialisation du PNNS pour lui donner de la légitimité ;
- la création d'un pré-comité de pilotage interministériel réservé aux seules administrations ;
- la création d'un comité interministériel nutrition-santé ;
- une articulation cohérente entre le PNNS et le plan national alimentation ;
- la mise en place d'un dispositif d'évaluation ;
- la diffusion des résultats par tous moyens pertinents ;
- la généralisation des expériences reconnues comme les plus performantes en termes d'efficacité et d'impact.

Depuis l'été 2010, il faut noter plusieurs points cruciaux :

- l'inscription du PNNS dans le code de la santé publique (**LOI n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche**) article L. 3231-1 :
 - o Un programme national relatif à la nutrition et à la santé est élaboré tous les cinq ans par le Gouvernement.
 - o « Ce programme définit les objectifs de la politique nutritionnelle du Gouvernement et prévoit les actions à mettre en œuvre afin de favoriser :

- l'éducation, l'information et l'orientation de la population, notamment par le biais de recommandations en matière nutritionnelle, y compris portant sur l'activité physique ;
 - la création d'un environnement favorable au respect des recommandations nutritionnelles ;
 - la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels dans le système de santé ;
 - la mise en place d'un système de surveillance de l'état nutritionnel de la population et de ses déterminants ;
 - le développement de la formation et de la recherche en nutrition humaine ».
- l'annonce d'un Plan national Nutrition Alimentation (PNA) ;
 - 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 que :

- la multiplication de ces instances nationales, missions et plans ;
- la mise en place des ARS ;
- le rapport de l'IGAS et les enjeux multiples autour de cette thématique ;

nécessitent de mieux définir la gouvernance du PNNS aux niveaux national et régional.

Gouvernance nationale

Les sociétés savantes et d'experts en nutrition considèrent qu'il faut à l'échelon national créer :

- un comité interministériel nutrition-santé présidé par une personnalité indépendante nommée par le premier ministre sur proposition du ministre de la santé, en charge de la mise en œuvre opérationnelle du PNNS. Ce Comité, composé des représentants des différents ministères concernés et des agences sanitaires, assurera également la bonne articulation entre les différents plans de santé publique en lien avec le PNNS (Plan Obésité, Plan de Santé à l'École, etc.) et les plans à dimension non sanitaire (Plan National Alimentation, Plan Aide alimentaire et plans relatifs aux transports, à la cohésion sociale, au développement durable, etc.). Il coordonnera l'action des agences sanitaires dans leurs contributions au PNNS ;
- un comité de pilotage du PNNS comprenant tous les acteurs 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'études d'impact du PNNS sur les inégalités sociales de santé.

Gouvernance régionale

Les ARS sont la colonne vertébrale de la politique de la santé dans la région. Elles ont pour mission de mettre en œuvre le plan régional de santé qui doit comporter un volet nutrition santé et de promouvoir une approche interministérielle et intersectorielle permettant d'agir sur les déterminants de santé, de soutenir les décideurs et les opérateurs locaux (3).

Pour assurer le lien entre le niveau national et le niveau régional, le maintien de correspondants régionaux PNNS (hier dans les DRASS) au niveau des ARS doit être promu.

Il n'est pas pertinent de recréer à l'échelle régionale des comités de pilotage pour chaque plan national. En revanche, il est important d'utiliser les instances régionales, prévues par les textes, pour assurer une gouvernance des plans, y compris du PNNS. 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 » de l'ARS créée par la Loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires a pour vocation de soutenir les rapprochements entre les services de l'état et les collectivités territoriales (conseils généraux et communes). Leur rôle dans la mise en œuvre du PNNS doit être précisé. A l'image du niveau national, la commission de coordination doit être intersectorielle afin de garantir la prise en compte des inégalités de santé et de disposer de leviers efficaces.

Il est indispensable d'organiser la coordination au niveau régional entre le plan régional de santé dans ses dimensions touchant à la nutrition et les autres plans mis en œuvre par les services de l'Etat (plan régional de

l'alimentation mis en œuvre par les DRAAF, ainsi que les plans des politiques sportives, de jeunesse et de cohésion sociale mises en œuvre par les DRJSCS).

La Conférence régionale de santé et de l'autonomie peut avoir un rôle majeur dans la communication sur le PNNS, en particulier parce qu'il lui appartient de déterminer les questions qui donnent lieu aux débats publics et font vivre la démocratie sanitaire et qu'elle peut créer des groupes de travail permanents sur des questions de santé.

Les interventions en matière de nutrition sont souvent menées dans un cadre local (à l'initiative d'une collectivité, d'un établissement scolaire, d'une entreprise, d'une association...). Il est donc important qu'elles puissent être valorisées et répertoriées sur le plan régional. Les outils de cartographie dynamique (3-4) sont un moyen de réaliser cet inventaire et de faciliter le pilotage, et d'assurer ainsi une fonction d'observation et de pilotage des interventions. La remontée régionale des projets locaux permet d'en faire une analyse, notamment de processus, et de privilégier ceux dont l'implantation est réussie.

Enfin, la mise en œuvre du PNNS doit s'appuyer sur des outils de contractualisation diversifiés : appel à projets, contractualisation pluriannuelle, contrats locaux de santé selon les opérateurs et leurs caractéristiques et les stratégies adoptées dans la durée, et doit se décliner dans la proximité en s'appuyant sur les délégations territoriales de l'ARS et les conférences de territoire.

Toutes ces articulations et ces déclinaisons supposent l'existence de « nœuds » de confluence de l'information « ascendante et descendante » ; un maillage du territoire par un référent régional identifié au sein de l'ARS, lui-même en lien avec un correspondant dans les différents territoires d'action de l'ARS (département avec sa délégation, territoires de santé), semble adapté.

Les sociétés savantes et d'experts en nutrition considèrent qu'il faut à l'échelon régional :

- favoriser les débats autour de la thématique nutrition - santé : la Commission régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) pourrait être sollicitée pour les organiser et les animer en lien avec les collectivités territoriales, les centres de ressources et de compétences en éducation pour la santé et les professionnels de la nutrition, de la santé publique et de la santé de l'enfant ;
- maintenir au sein des ARS des correspondants nutrition chargés du plaidoyer et de l'impulsion des politiques interministérielles et intersectorielles ;
- appuyer le développement des études d'impact aux échelons régionaux et infra régionaux de décisions et d'actions : impact des différentes mesures politiques sur la nutrition santé mais aussi sur les inégalités sociales de santé ;
- s'assurer que 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 » s'empare bien de la déclinaison régionale du PNNS.

Les sociétés savantes et d'experts en nutrition souhaitent également inciter les professionnels de la nutrition, de santé publique et les pédiatres à s'organiser au plan régional pour être force de propositions mais aussi pour aider les ARS par leur expertise au pilotage régional ; elles recommandent aux ARS de travailler avec eux.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

1. IGAS (Danièle Jourdain-Menninger, Gilles Lecoq, Jérôme Guedj, Pierre Boutet, Jean-Baptiste Danel, Gérard Mathieu). Evaluation du programme national nutrition santé 2006-2010. Avril 2010
2. Décret du 13 avril 2007 portant création du comité de pilotage du PNNS : 51 membres (25 membres de droit, 15 représentants des parties prenantes, 11 personnalités qualifiées)
3. Bourdillon F (sous la coordination). Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé. Editions INPES. Aout 2009 - <http://www.inpes.sante.fr/>
4. Leuridan N (sous la coordination). Agences régionales de santé. Financer, professionnaliser et coordonner la prévention. Editions INPES. Aout 2009- <http://www.inpes.sante.fr/>

Rédacteur principal : Yves Charpak (SFSP)

La nutrition est un thème récurrent des programmes européens de l’OMS, et plus récemment de la Commission Européenne. Des résolutions, des chartes européennes, des livres blancs et des plans européens ont été élaborés, tous comportant des engagements plus ou moins contraignants pour nos gouvernements respectifs qui ont étudié, amendé et validé ces textes.

Curieusement, lorsqu’il s’agit de passer à l’action au niveau national, il n’est plus fait référence à ces textes, comme s’il s’agissait d’une activité totalement indépendante. Clairement, il n’est pas raisonnable de déconnecter les travaux et propositions d’actions sur la nutrition des européens dans leur ensemble de ceux des citoyens français spécifiquement.

Et ce d’autant plus que, d’une part ce sont les mêmes experts qui travaillent souvent en amont à la rédaction des textes, basés sur les mêmes évidences scientifiques et, d’autre part, la production alimentaire et la régulation de sa distribution sont aujourd’hui mondialisées et quasi harmonisées au niveau européen.

Cette note citera brièvement quelques textes qui ont marqué la région européenne dans la dernière décennie et qu’il serait bien de confronter à nos travaux nationaux pour éviter redondance, incohérence parfois, et surtout pour les renforcer les unes les autres : l’aspect international peut donner du poids à des négociations nationales lorsque l’on rappelle aux décideurs les engagements qu’ils ont déjà pris par ailleurs avec leurs collègues d’autres pays !

1. Organisation Mondiale de la Santé

En septembre 2000, le Comité régional de l’Europe de l’Organisation mondiale de la santé (qui regroupe tous les représentants des Etats Membres de la région Europe de l’OMS, dont la France) a adopté le Premier Plan d’action 2000-2005 pour l’alimentation et la nutrition pour la Région européenne de l’OMS, qui demandait aux gouvernements d’élaborer explicitement des politiques alimentaires et nutritionnelles. Depuis, presque tous ont *a minima* des documents approuvés par leur gouvernement sur la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments. Plusieurs pays ont aussi élaboré des politiques et des plans d’action nationaux pour renforcer les moyens disponibles pour l’activité physique.

En mai 2004, la cinquante-septième Assemblée mondiale de la Santé (OMS, Genève) approuvait une Stratégie mondiale pour l’alimentation, l’exercice physique et la santé.

La Stratégie est l’aboutissement d’une large série de consultations avec toutes les parties intéressées, initiée en 2002 à la demande des Etats Membres. En particulier, elle s’appuyait sur le rapport d’un groupe international d’experts coordonnés par l’OMS et la FAO.

Les préconisations de la stratégie mondiale étaient relativement « modestes », en se contentant de définir des recommandations « réalistes » pour le contenu des aliments en termes de sucre, sel et graisses animales, ainsi que la richesse calorique en lien avec l’activité physique.

Mais cela a été l’occasion d’une remise en cause très brutale du rôle de l’OMS par certains Etats-Membres, USA en tête : l’alimentation serait une affaire de choix individuels, et donc de transparence et d’information sur les contenus, mais pas question de se mêler des choix industriels. D’ailleurs, lors de cette assemblée, le Ministre de la santé des USA a clairement annoncé qu’il avait un mandat des industries sucrières pour venir exprimer cette opinion (il a été très critiqué pour cela aux USA par de nombreuses organisations de consommateurs à son retour au pays). A l’opposé, de nombreux pays européens, épaulés par la représentation de l’Union Européenne auprès de l’OMS, étaient très en faveur de la stratégie.

2006, Istanbul, Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur la lutte contre l’obésité. Cette conférence a réuni les Ministres de la santé ou leurs représentants, ainsi que le Commissaire Européen à la Santé. Ce dernier, M. Kyprianou, a publiquement annoncé à cette occasion qu’il ferait de ce thème la priorité de santé publique de la Commission Européenne.

Une Charte Européenne sur l'obésité a été signée par l'ensemble des pays, engageant leur gouvernement.

17-20 septembre 2007, lors du comité régional de l'OMS Europe, les Etats-Membres de la région, dont la France, ont validé le Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle, qui est, entre autres, une mise en musique de la Charte Européenne :

Le Plan d'action vise les maladies non transmissibles liées à l'alimentation, l'obésité chez les enfants et les adolescents, les carences en micronutriments et les maladies d'origine alimentaire.

Le Plan recommande la prise des mesures suivantes :

1. objectifs nutritionnels :

- apport énergétique journalier provenant de matières grasses saturées < 10 % et provenant d'acides gras *trans* < 1 % ;
- apport énergétique journalier provenant de sucres libres < 10 % ;
- consommation journalière de fruits et de légumes > 400 g ;
- consommation journalière de sel < 5 g ;

2. un allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois et un allaitement constant au moins jusqu'à l'âge de un an chez au moins 50 % des nourrissons ;

3. des objectifs de la sécurité sanitaire des aliments reposant sur les risques et adaptés aux besoins de chaque État-membre (compte tenu de leur incidence actuelle de maladies d'origine alimentaire, de la prévalence de la contamination microbiologique et chimique et de la survenance d'une résistance aux antimicrobiens), la réduction de la contamination par des bactéries des genres *Campylobacter* et *Salmonella* dans la chaîne alimentaire et l'éradication de la brucellose étant des priorités ;

4. un objectif de réduction de 50 % de la proportion de personnes qui souffrent de sous-nutrition.

2. Union Européenne

3 juin 2005, le Conseil « Emploi, politique sociale, santé et consommateurs », sur le thème "Obésité, nutrition et activité physique, rappelle que la DG SANCO de la Commission européenne a officiellement lancé en **mars 2005** la plateforme d'action européenne « Alimentation, activité physique et santé ».

La création de cette plateforme s'inscrit dans le cadre d'une stratégie plus vaste mise en œuvre par la Commission européenne axée sur l'alimentation et l'activité physique, et fait suite à de nombreux mois de discussions entre les institutions et les différents acteurs concernés afin d'enrayer l'épidémie d'obésité en Europe. Elle inclut, entre autres, des industriels de l'agro-alimentaire, mais aussi des associations, des sociétés savantes médicales et autres et des organisations internationales concernées.

Les membres, issus de tous les pays européens qui le souhaitent, se sont engagés à agir et à consacrer plus de ressources dans la lutte contre l'obésité à travers la promotion des régimes alimentaires sains et de l'activité physique, à regrouper les connaissances présentes en Europe sur ce qui fonctionne – et ce qui ne fonctionne pas –, à diffuser les meilleures pratiques en la matière dans toute l'Union européenne et à « travailler ensemble ».

Les cinq champs d'action identifiés par les membres de la plateforme sont :

1. l'information des consommateurs, notamment à travers l'étiquetage ;
2. l'éducation ;
3. la promotion de l'activité physique ;
4. le marketing et la publicité ;
5. la composition et la commercialisation des produits alimentaires, l'offre et la disponibilité de choix alimentaires sains, la taille des portions.

Suite au lancement de la plateforme, les membres ont dressé un inventaire des actions actuellement menées par chacun pour favoriser les régimes alimentaires sains et encourager l'activité physique.

La Commission a clairement précisé aux membres de la plate-forme qu'elle attendait d'eux un changement significatif – c'est-à-dire une intensification notable – des efforts consacrés à la lutte contre l'obésité. Les gestes de pure forme ou la mise en œuvre de quelques initiatives seuls ne suffisent pas.

Au cas où cette expérience s'avérerait être un échec, la Commission a clairement annoncé qu'elle utiliserait d'autres moyens à sa disposition, réglementaires en particulier.

Une évaluation vient d'être rendue publique sur le fonctionnement de la plateforme. Elle montre que les différents acteurs ont effectivement appris à se connaître, comprennent mieux les enjeux des uns et des autres, mais les collaborations et la confiance réciproque ne sont pas au rendez-vous : il semble qu'il persiste des enjeux irréconciliables à ce stade.

8 décembre 2005, Bruxelles, avec l'appui de l'OMS et de ses réseaux d'experts, et dans les suites des tensions sur le sujet lors de l'assemblée mondiale de l'OMS, la Commission Européenne, sur invitation du Conseil, a publié un « **LIVRE VERT** », visant à « Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique: une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques ».

Il était rappelé que la Communauté Européenne dispose en effet d'une compétence univoque dans ce domaine : l'article 152 du traité européen exige qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine soit assuré dans la définition et l'application de toutes les politiques et actions de la Communauté. Le Conseil a souligné que le caractère multi-causal de l'épidémie d'obésité appelait des stratégies mobilisant de multiples parties prenantes, d'où la justification de la création en mars 2005 de la plateforme décrite ci-dessus.

30 mai 2007, publication du livre blanc « Stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité ».

Avec ce livre blanc, la Commission dessine une stratégie européenne et tente d'avancer des mesures concrètes susceptibles d'être prises au niveau communautaire.

Afin de traiter ce problème de santé publique, la Commission privilégie une intégration généralisée des politiques en matière d'alimentation et de consommation mais également dans le domaine du sport, de l'éducation et des transports. En outre, elle rappelle qu'il est essentiel de prendre en compte la dimension socio-économique du problème puisque que ce sont les couches défavorisées qui souffrent le plus d'obésité. Selon la Commission, les mesures communautaires contre l'obésité doivent reposer sur quatre piliers :

1. la réduction sensible des risques liés à la santé (mauvaise alimentation, manque d'exercice physique) ;
2. la transversalité, les mesures doivent toucher l'ensemble des politiques gouvernementales à tous les niveaux et user d'une batterie d'instruments adéquats comme la législation, le partenariat public/privé, le dialogue avec la société civile ;
3. la participation des acteurs du privé, comme l'industrie agro-alimentaire et la société civile ainsi que des acteurs locaux ;
4. l'évaluation systématique et le suivi de ces mesures afin d'observer ce qui fonctionne.

Parmi les actions communautaires, il est proposé que la Commission crée **un groupe de haut niveau sur la santé**, la nutrition et l'activité physique, avec pour mission de veiller à ce que les États membres échangent les idées et les bonnes pratiques dans l'ensemble de leurs politiques gouvernementales. La France y est représentée et le groupe s'est réuni pour la dernière fois le 10 février dernier, pour discuter entre autres de l'évaluation de la plate forme nutrition...

Parmi les pistes de travail de la stratégie du livre blanc :

- refonte de l'étiquetage nutritionnel ;
- réglementation concernant les allégations des fabricants et fiabilité des données scientifiques et nutritionnelles transmises par les producteurs ;
- promotion de codes de conduite dans le domaine de la publicité et du marketing dont le message influence le régime alimentaire, notamment celui des enfants. Démarche volontaire favorisée par la Commission, mais suivie d'évaluations (prévue en 2010) et, le cas échéant, changements de stratégie ;
- campagnes d'information et d'éducation spécifiques (mauvaise nutrition, surcharge pondérale) à destination de publics vulnérables et en coopération avec les États membres et les parties prenantes concernées.

- utilisation de la politique agricole commune (PAC) comme outil pour la Commission dans la réalisation des objectifs en matière de santé publique. La réforme de l'Organisation commune de marché (OCM) pour les fruits et légumes est l'un de ces outils : encourager la distribution de la surproduction aux établissements d'enseignement publics et aux centres de vacances pour enfants.
- analyses de la composition des produits manufacturés et rôle de la reformulation des denrées alimentaires (étude annoncée à ce sujet en 2008) ;
- encourager des actions localement ciblées sur des populations jeunes (0-12 ans) dans le domaine de l'éducation nutritionnelle et l'éducation physique ;
- approfondir les connaissances au sujet des déterminants des choix alimentaires notamment à travers le volet santé et alimentation du 7^e programme-cadre de recherche de l'UE. Des appels spécifiques à des projets autour de la nutrition sont en préparation (impact des innovations en matière agro-alimentaire sur la santé) ;
- renforcement du suivi des données sur l'obésité et la surcharge pondérale sur trois niveaux primordiaux :
 - au niveau macro pour obtenir des données cohérentes et comparables sur les indicateurs globaux de progrès dans le cadre des indicateurs de santé de la Communauté européenne (ECHI) liés au régime alimentaire et à l'activité physique ;
 - au niveau des États-membres pour évaluer les actions en cours et leur impact ;
 - au niveau des programmes individuels.

Recommandations

La liste des actions internationales proposée est loin d'être exhaustive et elle mériterait d'être étendue à ce qui touche d'autres secteurs d'activités et d'autres acteurs de la santé (ONG, sociétés savantes, etc.).

Mais elle illustre déjà bien le fait que de nombreuses activités ont lieu à l'échelle européenne, souvent alimentées par des experts et représentants français, qui éventuellement ne se parlent pas entre eux et n'ont pas forcément de liens avec les sociétés savantes du secteur.

Une cohérence « scientifique » et technique est indispensable pour maintenir une légitimité de l'expertise. Un lien devrait être aussi systématiquement garanti 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 citoyens aussi s'internationalisent en matière de nutrition (goûts, habitudes, consommations, influences...).

Propositions

1. Les sociétés savantes pourraient alimenter un registre commun d'experts potentiellement mobilisables pour, soit relire des positions françaises diverses, soit participer à des groupes d'experts internationaux (selon leur disponibilité bien entendu). L'expertise scientifique doit être valorisée dans le cursus scientifique, hospitalier et universitaire, dont elle constitue actuellement un parent pauvre. Un lien avec le Ministère des Affaires Étrangères sur cette proposition pourrait être utile, car il a pour mission de renforcer la mobilisation de l'expertise française.

2. Veiller à une bonne représentation des responsables du PNNS à tous les travaux européens sur la nutrition (Plateforme nutrition de la DG SANCO, suivi du plan nutrition Europe de l'OMS, *High Level Group* nutrition de la Commission).

2. Il faut entrer dans la « cuisine » de chacune des organisations internationales.

Pour l'OMS, il serait important de suivre les résolutions proposées pour le Comité régional Europe chaque année (septembre), pour le comité exécutif de l'OMS à Genève (janvier) qui prépare les résolutions pour l'assemblée mondiale en mai. Les commentaires d'un groupe de sociétés savantes auprès de nos représentants seraient légitimes en amont de ces événements (Affaires Européennes et Internationales de la DGS et DAEI).

La participation aux groupes de travail qui préparent le cas échéant ces résolutions demande plus d'insertion auprès des responsables techniques de programmes à l'OMS.

Pour l'Union Européenne : suivi des ordres du jour des conseils santé ; contacts avec la représentation permanente de la France à Bruxelles et des représentants de la France au *High Level Group* nutrition de la DG Sanco ; contacts avec le comité de liaison des organismes de recherche français à Bruxelles ; et, là aussi, avis et commentaires auprès de la DGS et de la DAEI et des représentants de la France à Bruxelles (représentation permanente).

Références :

1. Premier Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition. Région européenne de l'OMS, 2000-2005. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (document EUR/01/5026013 ; <http://www.euro.who.int/Document/E74104.pdf>).

2. Comparative analysis of nutrition policies in the WHO European Region. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2006 (document EUR/06/5062700/BD/2 ; http://www.euro.who.int/Document/NUT/Instanbul_conf_%20ebd02.pdf).
3. Rapport sur la santé dans le monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/fr/>).
4. Marketing of food and non-alcoholic beverages to children. Report of a WHO forum and technical meeting. Oslo, Norway, 2–5 May 2006. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/en/>).
5. Stratégie mondiale pour l’alimentation, l’exercice physique et la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_french_web.pdf).
6. Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2005 (www.euro.who.int/Document/RC55/fdoc06.pdf).
7. Charte européenne sur la lutte contre l’obésité. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2006 (document EUR/06/5062700/8 ; <http://www.euro.who.int/document/e89568.pdf>).
8. Steps to health: a European framework to promote physical activity for health. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E90191.pdf>).
9. Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d’une consultation OMS/FAO d’experts. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (OMS, Série de rapports techniques, n° 916 ; <http://www.fao.org/WAIRDOCS/WHO/AC911F/AC911F00.HTM>).
10. Une Stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l’obésité. Bruxelles, Commission des Communautés européennes, 2007 (COM (2007) 279 final ; http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_fr.pdf

2^e PARTIE – PROMOTION DE LA SANTE

Proposition n°3 - Réduction des inégalités sociales de santé en matière d'alimentation et d'activité physique

Rédacteurs principaux : Nicole Darmon (SFN), Monique Romon (SFN), Christine Ferron (FNES), Marion Boucher (FNES), Olivier Aromatario (FNES), Céline André (FNES), Katia Castetbon (ADELF), François-Marie Caron (AFPA), Jean-Marc Barbin (SFP-APA), Aymeric Dupon (SFP-APA), Matthieu de palma (SFP-APA), Laureline Salaun (SFP-APA), Gilles Thoni (SFP-APA), David Communal (SFP-APA), Aurélie Baillet (SFP-APA), Dominique Turck (SFP), François Bourdillon (SFSP)

Les politiques publiques les plus efficaces en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS) « portent d'abord sur des domaines extra-sanitaires » (D. Fassin, directeur d'études à l'EHESS) : « éducation, logement, habitat, emploi, conditions de travail, protection au travail. Les politiques redistributives sont indispensables, elles peuvent se décliner dans les différents domaines précédents. L'aide apportée aux élèves en difficulté, l'attribution de logement aux plus défavorisés, l'indemnisation des personnes privées d'emploi », sont les mesures les plus efficaces sur la santé. Se fixer pour objectif de « réduire les inégalités sociales de santé en nutrition » ne peut donc se concevoir, de manière réaliste, que dans un contexte global de lutte contre l'injustice sociale, dont l'OMS rappelle qu'elle « tue à grande échelle ». C'est pourquoi il est indispensable de concevoir le PNNS sous l'angle d'une responsabilité collective, en n'oubliant aucun des axes d'intervention de la promotion de la santé, et en visant tous les déterminants d'une alimentation équilibrée ou d'une activité physique adéquate.

Pourquoi traiter spécifiquement la question des ISS dans le cadre du PNNS 3 ?

- La France est l'un des pays européens qui présente les plus fortes inégalités sociales en matière d'obésité et de diabète [1, 2]. La prévalence de l'obésité augmente régulièrement quand le niveau socio-économique diminue (que l'on considère le niveau de revenus ou le niveau de diplôme). Cette différence est davantage marquée chez les femmes que chez les hommes. La dernière enquête Obépi indique qu'en 2009, la prévalence de l'obésité était près de 4 fois plus élevée chez les adultes vivant dans un foyer appartenant aux 10% les plus pauvres par rapport à ceux vivant dans un foyer appartenant aux 10% les plus aisés financièrement (22% vs 6%) [3].
- Cet écart, qui tend à se creuser au fil des années [4], est peu apparent lorsqu'on observe la population dans son ensemble. A titre d'exemple, les chiffres de certaines études régionales montrent une stabilisation (voire une réduction) de la prévalence de l'obésité infantile en population générale qui peut masquer un creusement de l'écart entre les enfants des différents groupes sociaux (au bénéfice des plus dotés) [5, 6]¹.
- 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.

Aussi, en l'absence d'une politique appropriée (à la fois sanitaire et sociale), le risque est réel d'augmenter les ISS en termes d'alimentation et d'activité physique tout en améliorant la situation de la population générale (au détriment des publics les plus en difficulté).

Comment expliquer les comportements défavorables en matière d'alimentation et d'activité physique des publics défavorisés ?

L'inégalité socio-économique reste la principale source d'inégalités en matière d'alimentation ou d'activité physique favorables à la santé.

En matière d'alimentation, sans nier l'importance des facteurs comportementaux individuels, il convient de prendre en considération les facteurs inhérents au contexte de précarité économique, qui influencent les comportements de façon considérable [8, 9]:

¹ A noter : entre INCA1 et INCA2, l'obésité infantile semble s'être stabilisée ; les différences sociales ont persisté mais ne semblent pas s'être creusées [7].

- les foyers à faibles revenus se concentrent généralement dans « des aires résidentielles dépourvues des infrastructures adéquates, avec des commodités d'approvisionnement limitées et un réseau de transport insuffisant » qui pèsent particulièrement sur tous les ménages pauvres ne disposant pas d'une voiture [10] ;
- on constate un repli sur l'unité familiale et ses valeurs collectives, au sein desquelles l'alimentation joue un rôle fort de cohésion : « la stratégie adoptée par les pauvres évite tout risque en ne retenant que ce qui est déjà familier, ce qui maintient l'estime de soi et l'identité, et constitue une réponse parfaitement rationnelle » [8] ;
- « les régimes "adaptés" aux faibles revenus, qui ne font qu'accroître la distance aux consommations ordinaires du reste de la société, contribuent à une marginalisation et une stigmatisation de ces populations » [11] ;
- « un changement pour un régime de santé à faible coût qui nécessiterait plus qu'un changement minimal dans l'alimentation n'est simplement pas une option. Cela demande essais et erreurs, et les familles à faibles revenus n'ont aucune marge d'erreur possible » [11] ;
- Enfin, « les connaissances en nutrition peuvent atténuer l'impact négatif des contraintes de coûts, mais seulement chez des personnes soumises à une contrainte budgétaire modérée et prêtes à s'écarter considérablement des habitudes alimentaires françaises » [12].

De même, on constate qu'une multiplicité de facteurs influence l'engagement des personnes dans une activité physique favorable à la santé [13] : des considérations culturelles, des niveaux de revenu empêchant l'accès aux installations sportives, des rythmes de vie limitant le temps libre, une mobilité limitée, des environnements ni aidants ni engageants, etc.

Ce que suggèrent fortement ces données, c'est la nécessité d'envisager des interventions visant une approche territoriale des questions de nutrition ou d'activité physique, au plus près des populations, de leurs besoins et demandes. En effet, l'usage exclusif de campagnes de communication médiatique, de guides alimentaires et d'actions d'information, tend à creuser l'écart entre les personnes les mieux informées et les autres et à accroître les inégalités sociales de santé, en ne répondant ni aux impératifs éthiques, ni aux impératifs d'efficacité du PNNS.

En complément de ce chapitre sont présentés en annexe des éléments explicatifs des comportements défavorables en matière d'alimentation, d'activités physiques et de sédentarité des publics précaires.

Quels sont alors les axes prioritaires à développer pour lutter contre les ISS en matière d'alimentation et d'activités physiques ?

De façon générale, il est d'emblée nécessaire d'**envisager des approches plurielles** (à la fois sur les individus et sur leur environnement) permettant d'appréhender les causes profondes et multiples des problématiques nutritionnelles des publics défavorisés.

1. Pérenniser les actions efficaces en termes de lutte contre les ISS

Une action efficace doit respecter les critères de promotion de la santé décrits par l'OMS et s'adapter à la problématique de la réduction des inégalités de santé en matière d'alimentation, d'activité physique et de sédentarité, à savoir :

Agir sur les politiques publiques :

Accroître les ressources financières et donc le pouvoir d'achat alimentaire des populations les plus défavorisées.

Agir sur les environnements physiques et sociaux :

Améliorer la qualité de vie de ces populations en leur permettant de vivre dans des environnements physiques et sociaux encourageant l'adoption d'un mode de vie physiquement actif et d'une alimentation favorable à la santé.

Développer la santé communautaire auprès des individus et des groupes :

Soutenir l'empowerment² de ces populations et leur pouvoir d'influence sur les politiques menées dans leurs territoires (communes, quartiers, communautés...).

Développer les aptitudes individuelles :

Développer les savoirs, ressources et compétences de ces populations leur permettant de jouer un rôle actif dans l'amélioration de leurs cadres et modes de vie.

Réorienter les services pour qu'ils prennent mieux en compte les besoins des populations qu'ils servent :

Favoriser les collaborations entre les secteurs sanitaires, sociaux et éducatifs, de façon à améliorer la circulation des connaissances et pratiques de prévention et de prise en charge.

² L'empowerment ou le renforcement des compétences consiste à mettre en évidence les racines des inégalités sociales et à donner à ceux qui en souffrent les moyens (individuels et collectifs) d'agir sur ces facteurs d'inégalité.

2. Développer une méthodologie d'intervention probante pour une meilleure évaluation et adaptation aux populations, afin de leur permettre de faire des choix favorables à la santé dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique (allaitement, consommation d'eau, de fruits, de légumes, de poisson, pratique régulière d'activité physique...), à savoir :

Au niveau des territoires, mettre en œuvre une méthodologie :

- **Reposant sur un état des lieux de la situation** sur le plan de l'alimentation et de l'activité physique de la population, en privilégiant des méthodes qualitatives (observations, entretiens...). Cet état des lieux concernera non seulement la population, mais aussi les intervenants sur le territoire (acteurs associatifs, professionnels libéraux, centres médicaux, épiceries sociales...), les institutions présentes (délégations territoriales de l'ARS, assurance maladie, écoles, centres de loisirs, lieux de culte...), les commerçants, les élus... Cet état des lieux permettra :

- D'identifier les personnes-clés du territoire qui seront directement partie prenante de l'action, et donc impliquées à chacune des étapes suivantes.
- D'établir des priorités d'action sur tous les axes de la promotion de la santé :
 - Actions en direction des acteurs politiques, des élus et des pouvoirs publics (lobbying, engagement militant...);
 - Actions sur les environnements physiques (offre de bons produits abordables financièrement, accès aux loisirs...) et sociaux (formation des intervenants sur le territoire, prise en compte de ces problématiques par les institutions...);
 - Actions d'éducation pour la santé visant l'empowerment des populations par le développement des aptitudes à s'exprimer dans l'espace public, l'amélioration de l'image de soi, de l'estime de soi et de la confiance en soi, le renforcement des liens sociaux et du sens de la communauté ou de la solidarité collective ;
 - Etablissement de partenariats entre les structures de soins et les structures d'éducation pour la santé.
- De fixer des objectifs partagés en matière d'alimentation et d'activité physique.

Au niveau des groupes prioritaires³ parmi lesquels les femmes (notamment en situation de monoparentalité), les jeunes (enfants, adolescents, étudiants) et les personnes âgées, mettre en œuvre une méthodologie :

- **Reposant sur un diagnostic auprès des groupes concernés** par l'action, permettant de repérer les leviers de motivation, les contraintes et les ressources locales (par le biais de focus groupes, d'observations et d'entretiens plutôt que par questionnaires) ;

- **Privilégiant les actions communautaires insérées dans le tissu social**, notamment menées en partenariat avec les réseaux locaux et les collectivités territoriales ; les lieux comme les centres sociaux ou les maisons de quartier sont propices à de telles actions ;

- **Dépassant l'information seule et dépassant l'approche strictement sanitaire** en favorisant des actions où les publics échangent, expérimentent et construisent par eux-mêmes ;

- **Améliorant l'accès** des publics défavorisés ou en insécurité alimentaire :

- à des aliments de bonne qualité nutritionnelle et gustative, en particulier **aux fruits et légumes et au poisson**, spécifiquement dans les **points d'approvisionnement de ces publics** : les marchés et magasins de quartier, les hard discounters ;
- à des **lieux favorables à l'exercice d'une activité physique** que ce soit pour le quotidien (trajets habituellement empruntés par les enfants et les adultes, de façon sécurisée et agréable) ou pour la pratique d'activités physiques de loisirs et sportives (parcs, parcours santé, gymnases, terrains de sport, zones de jeu pour les enfants et les adolescents en particulier).

Au niveau des professionnels :

- **En fournissant aux acteurs ressources des clés de compréhension** concernant les problématiques nutritionnelles des publics défavorisés et en insécurité alimentaire et **des approches probantes (en termes de méthodologie d'intervention)** par la formation et l'accompagnement méthodologique des projets orientés vers ces publics (en s'appuyant sur les structures reconnues comme les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé). Sont concernés en priorité les professionnels de santé de proximité (PMI, médecins traitants, réseaux de soins, pharmaciens...), les travailleurs sociaux, les décideurs et opérateurs des collectivités locales concernées.

³ Prioritaires car à risque plus grand d'être en situation d'insécurité alimentaire.

- En se donnant les moyens de mesurer les évolutions des ISS en général et plus spécifiquement en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique

Dans un rapport daté de décembre 2009 [14], le Haut Conseil de la Santé Publique insiste sur la nécessité de:

- Produire et analyser de façon régulière les données sur les ISS en matière d'alimentation et d'activité physique
- Développer et assurer la cohérence des productions de données locales et territoriales
- Développer des indicateurs de l'accès des populations les plus défavorisées aux professionnels locaux de la santé et du social, et à la prévention

Annexe

Comment expliquer les comportements défavorables en matière d'alimentation, d'activité physique et de sédentarité des publics précaires ?

Dans les publics en situation de précarité, on observe globalement **un mode de vie prédisposant aux maladies nutritionnelles**, avec notamment des consommations de fruits et de légumes, de poisson et de certains produits laitiers inférieures par rapport à celles des populations plus favorisées d'un point de vue économique, et une consommation plus élevée de produits sucrés [15]. Des données issues de l'enquête INCA2 indiquent que 12 % des adultes vivent en France dans un foyer en situation d'insécurité alimentaire pour raisons financières⁴ [16]. Ces personnes ont une très faible consommation de fruits et légumes et de poisson, et une consommation élevée de produits sucrés, boissons sucrées notamment. Par rapport aux personnes en situation de sécurité alimentaire, leur alimentation a une qualité nutritionnelle médiocre : densité énergétique élevée, densité nutritionnelle faible, forte teneur en sel/sucres/acides gras saturés.

Un faible statut socio-économique est associé chez l'adulte [17] à une pratique sportive moins fréquente et chez l'enfant [18] à une plus grande sédentarité (télévision, jeux vidéo...). Des facteurs très précoces ont également un rôle majeur dans l'observation des inégalités nutritionnelles : tabagisme ou gain de poids trop élevé pendant la grossesse, moindre prévalence et plus faible durée de l'allaitement associées à une croissance plus rapide au début de la vie et à un risque augmenté (+ 20 à 25%) de surpoids et d'obésité pendant l'enfance et l'adolescence [19].

Des facteurs économiques: Les faibles ressources financières orientent les achats alimentaires *de facto* vers des aliments à forte densité calorique pour assurer un apport suffisant en énergie [20]. Les produits gras et sucrés représentent les calories les plus économiques mais aussi les plus pauvres en micronutriments, à l'inverse des fruits et légumes [21]. Il est observé que les personnes en grande précarité ont un budget alimentaire inférieur à 3€/j.personne [22] ; or il n'est pas possible de manger de façon équilibrée avec moins de 3,6 €/j.personne [12], un chiffre récemment réévalué à 4€/j (N Darmon, communication personnelle). Dans ce cadre, l'accessibilité économique des aliments de bonne valeur nutritionnelle est un élément clé pour l'amélioration des comportements alimentaires chez les populations défavorisées. Dans le même ordre d'idées, l'accès à une activité physique au quotidien, de façon sécurisée, de façon complémentaire à des infrastructures sportives accessibles, dans les zones géographiques où vivent les populations défavorisées est probablement charnière pour améliorer les pratiques.

Des facteurs environnementaux :

- L'accès « physique » à une alimentation de qualité et à des infrastructures permettant l'activité physique au quotidien et la réduction de la sédentarité : bien que les informations soient encore partielles en France à ce sujet [23], il est probable que l'environnement alimentaire et d'activité physique ait un impact direct sur les comportements nutritionnels en France, et en conséquence sur les prévalences de surpoids, d'obésité et des principaux facteurs de risque cardiovasculaires d'origine nutritionnelle. Par exemple, la présence de fast food à proximité, ou au contraire, l'absence d'infrastructures sportives contribue, de façon indépendante au niveau socioéconomique de la population concernée, à expliquer les variations de prévalences de ces marqueurs de l'état nutritionnel entre les zones géographiques. Notons également l'importance des transports en commun dans l'amélioration de l'accessibilité de ces éléments contribuant à la santé nutritionnelle.
- **l'exposition à la publicité** : ces populations seraient davantage exposées et sensibles à des messages de publicité favorisant la consommation d'aliments gras ou de boissons sucrées, qui sont davantage présents dans les magazines qui sont les plus lus par ces classes sociales[24] comme cela a été montré dans les pays anglo-saxons. De plus la télévision est beaucoup plus regardée dans ces familles et notamment chez les enfants [18]. La pression est d'autant plus importante que les produits ainsi valorisés représentent leur seul accès possible à la société de consommation [25]. Des données de ce type manquent en France mais il est probable que ce déterminant puisse entrer en ligne de compte. *A contrario*, il est nécessaire de développer des outils efficaces pour améliorer l'impact de l'information nutritionnelle d'origine institutionnelle sur les populations défavorisées.

⁴ L'insécurité alimentaire est mesurée à partir d'un questionnaire évaluant les difficultés ressenties vis-à-vis de l'accès à une alimentation satisfaisante sur le plan quantitatif et qualitatif, et ce, pour des raisons financières.

- **Des facteurs psycho-individuels** : Les personnes en situation de précarité sont souvent en grande difficulté de vie ; la santé ne peut être une priorité car « noyée » au milieu d'autres contraintes lourdes aux conséquences immédiatement perceptibles.

Bibliographie

- [1] Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J. *et al.* - Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N. Engl. J Med.*, 2008, **358**, 2468-2481.
- [2] Roskam A.J., Kunst A.E. - Chapter 22. European overview of educational disparities in diabetes and the role of obesity. *Final Eurothine report (Tackling Health Inequalities in Europe)*, 2007
- [3] INSERM, TNS Sofres/Roche. Obépi: enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 2009.
- [4] Charles M.A., Eschwege E., Basdevant A. - Monitoring the obesity epidemic in France: the Obepi surveys 1997-2006. *Obesity (Silver. Spring)*, 2008, **16**, 2182-2186.
- [5] Romon M., Duhamel A., Collinet N., Weill J. - Influence of social class on time trends in BMI distribution in 5-year-old French children from 1989 to 1999. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2005, **29**, 54-59.
- [6] Feur E., Labeyrie C., Boucher J. *et al.* - Excès pondéral chez les collégiens et lycéens du Val de Marne, France, en 1998 et 2005 selon leurs caractéristiques sociales et économiques [Overweight (obesity included) in high school teenagers, Val-de-Marne – France, in 1998 and 2005 according to social and economic characteristics]. *Bull Epidemiol Hebd*, 2007, **4**, 29-36.
- [7] Lioret S., Touvier M., Dubuisson C. *et al.* - Trends in child overweight rates and energy intake in France from 1999 to 2007: relationships with socioeconomic status. *Obesity*, 2009, **17**, 1092-1100.
- [8] Dowler, E., Barlösius, E., Feichtinger, E. & Köhler, B.M. Poverty, food and nutrition. In: Köhler, B.M., Feichtinger, E., Barlösius, E. & Dowler, E. (eds) *Poverty and food in welfare societies*. Sigma edition. Sigma, Berlin, 1997, pp 17-30.
- [9] Darmon N., Drewnowski A. - Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr*, 2008, **87**, 1107-1117.
- [10] Caraher M., Dixon P., Lang T., Carr-Hill R. - Access to healthy foods: part I. Barriers to accessing healthy foods: differentials by gender, social class, income and mode of transport. *Health Education Journal*, 1998, **57**, 191-201.
- [11] Dobson, B. The paradox of want amidst plenty: from food poverty to social exclusion? In: Köhler, B.M., Feichtinger, E., Barlösius, E. & Dowler, E. (eds) *Poverty and food in welfare societies*. Sigma edition. Sigma, Berlin, 1997,
- [12] Darmon N., Ferguson E.L., Briand A. - Impact of a cost constraint on nutritionally adequate food choices for French women: an analysis by linear programming. *J. Nutr Educ. Behav.*, 2006, **38**, 82-90.
- [13] WHO regional office for Europe. - The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Edited by F. Branca, H. Nikogosian, and T. Lobstein, 2007.
- [14] Haut Conseil de la Santé Publique & Ministère de la santé et des sports. Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité. In: Anonymous 2009,
- [15] Caillavet F., Darmon N., Lhuissier A., Régnier F. - L'alimentation des populations défavorisées en France: synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel. *Les travaux 2005-2006 de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, La documentation Française*, 2006.
- [16] Darmon N., Bocquier A., Vieux F., Caillavet F. - L'insécurité alimentaire pour raisons financières en France. in *Les travaux de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale 2009-2010.*, 2010, *La documentation Française* Editeurs, pp141-161.
- [17] Drees. - L'état de santé de la population en France. *La Documentation Française*, 2007,
- [18] Lioret S., Maire B., Volatier J.L., Charles M.A. - Child overweight in France and its relationship with physical activity, sedentary behaviour and socioeconomic status. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 2007, **61**, 509-516.
- [19] Turck D. - Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. « *Plan d'action : Allaitement maternel* », 2010.
- [20] Darmon N., Ferguson E.L., Briand A. - A cost constraint alone has adverse effects on food selection and nutrient density: an analysis of human diets by linear programming. *J. Nutr.*, 2002, **132**, 3764-3771.
- [21] Maillot M., Darmon N., Darmon M., Lafay L., Drewnowski A. - Nutrient-Dense Food Groups Have High Energy Costs: An Econometric Approach to Nutrient Profiling. *J Nutr*, 2007, **137**, 1815-1820.
- [22] Bellin-Lestienne C., Deschamps V., Noukpoapé A., Darmon N., Hercberg S., Castetbon K. - Consommations alimentaires et place de l'aide alimentaire chez les personnes incluses dans l'étude Abena, 2004-2005. *Bull Epidemiol Hebd*, 2006, **11-12**, 79-81.
- [23] Billaudeau N., Oppert J.M., Simon C. *et al.* - Investigating disparities in spatial accessibility to and characteristics of sport facilities: Direction, strength, and spatial scale of associations with area income. *Health Place*, 2010,
- [24] Adams J., White M. - Socio-economic and gender differences in nutritional content of foods advertised in popular UK weekly magazines. *Eur J Public Health*, 2009, **19**, 144-149.
- [25] Kumanyika S., Grier S. - Targeting interventions for ethnic minority and low-income populations. *Future. Child*, 2006, **16**, 187-207.

Proposition n°4 - Promotion de la santé, nutrition et activité physique

Rédacteur principal : FNES

Une définition

Outre les actions destinées à renforcer la capacité de chacun à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres, relevant de l'éducation pour la santé, la promotion de la santé comprend un ensemble d'activités à portée sociale et politique. Ces activités visent à :

- changer le contexte social, politique, économique, et les conditions de vie des personnes, dans un sens favorable à leur santé ;
- donner aux personnes et aux groupes des moyens pour agir sur les déterminants de leur santé, c'est-à-dire tous les facteurs qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches.

Les déterminants sur lesquels on peut agir en santé publique sont de plusieurs ordres :

- déterminants personnels : ressources physiques, psychologiques et sociales ; habitudes de vie ayant un rapport avec la santé (alimentation, activité physique...)
- déterminants environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail...)
- déterminants sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics...) et économiques (niveau de revenus, statut sur le plan de l'emploi...)
- déterminants liés au système de santé (accès aux soins, qualité des soins...).

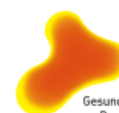
Une autre logique de classification s'avère plus opérationnelle et plus adaptée aux interventions en promotion de la santé ; il s'agit de classer les déterminants selon leur niveau dans la chaîne causale de la santé : des déterminants les plus directement liés au résultat que l'on souhaite obtenir en matière de santé (par exemple, comportement alimentaire et santé cardio-vasculaire) aux déterminants plus lointains, qui agissent *via* les déterminants les plus proches (par exemple, déterminants socioculturels du comportement alimentaire, lui-même déterminant de la santé cardiovasculaire). Plus précisément, le *Center for Disease Control and Prevention Public Health Practice Program Office* a proposé la classification suivante :

- le déterminant proprement dit, qui a une relation directe avec l'état de santé (par exemple, l'insuffisance pondérale à la naissance, qui est un déterminant des affections du nouveau-né) ;
- le facteur direct, qui agit directement sur le déterminant (par exemple, les soins prénataux qui agissent sur le poids de naissance) ;
- le facteur indirect, qui agit sur le facteur direct (par exemple, les transports publics qui favorisent ou pas l'accès des mères aux centres où elles pourront bénéficier des soins prénataux).

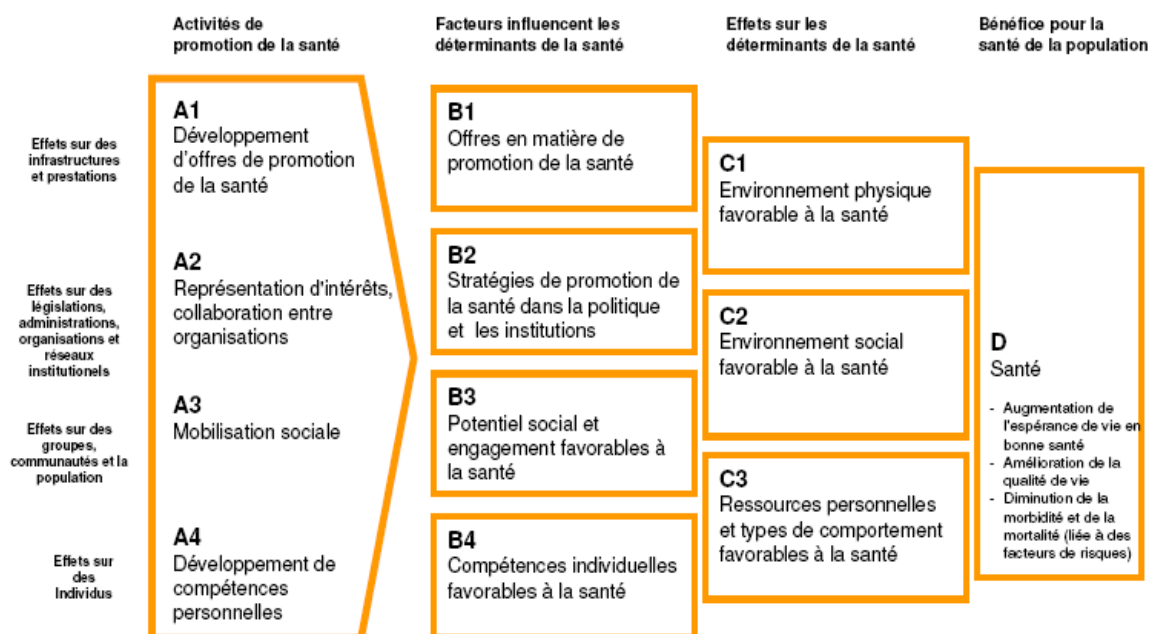
Cette conception des déterminants de la santé a été à l'origine d'outils de planification et d'évaluation des interventions en promotion de la santé prenant en compte à la fois la nature et le niveau des déterminants de la santé. C'est le cas, par exemple, de l'outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé, développé par Promotion Santé Suisse.

Ce modèle met en évidence la chaîne causale reliant les activités de promotion de la santé (colonne A) aux déterminants de la santé (colonne C), en passant par les facteurs agissant sur ces déterminants (colonne B). Les effets ou résultats finaux visés par les activités de promotion de la santé – l'amélioration de la santé de la population – figurent dans la colonne D.

Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera



Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spömi-Fahmi, Adrian
© Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats: www.promotionsante.ch

La promotion de la santé s'appuie sur une conception positive et globale de la santé, comme un état de bien-être physique, psychologique et social, et comme une ressource pour la vie.

Elle utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes, sur l'implication des communautés, et sur la mobilisation des ressources présentes dans chaque territoire.

Ces principes et méthodes d'intervention sont également valables dans le domaine de la nutrition ou de l'activité physique (cf. schéma suivant réalisé à partir de l'outil de catégorisation des résultats).

Activités de promotion de la santé

Facteurs influençant les déterminants de la santé

Effets sur les déterminants

Bénéfice pour la santé de la

Effets sur des infrastructures et prestations

A1

Développement d'offres de promotion de la santé
 - Développement de l'offre en modes de transports actifs
 - Formation des personnes chargées de la distribution de l'aide alimentaire

Effets sur des législations, administrations, organisations et réseaux institutionnels

A2

Représentation d'intérêts, collaboration entre organisations
 - L'adhésion à la charte de Toronto pour l'activité physique est discutée entre décideurs issus du domaine de la santé, du transport, de l'environnement, etc.

Effets sur des groupes, des communautés et la population

A3

Mobilisation sociale
 - Les habitants sont associés à la réflexion sur le développement d'aménagements propices à l'activité physique dans leur quartier
 - Les élèves participent à la conception de menus équilibrés dans leur cantine

Effets sur des Individus

A4

Développement de compétences personnelles
 - Programme de promotion de la santé nutritionnelle et de l'activité physique à destination des salariés de l'entreprise

B1 Offres en matière de promotion de la santé

- La population, les personnes relais, les professionnels, les institutions, les médias etc. connaissent mieux les différentes offres existantes en matière de promotion de la santé concernant la nutrition et l'activité physique.
- Amélioration de l'accessibilité des publics cibles aux offres existantes (attrait, coût, accessibilité temporelle et géographique, correspondance entre publics cibles prévus et atteints)
- Les publics cibles utilisent l'offre disponible et sont satisfaits des résultats qu'elle produit
- L'offre est pérenne (organisation stabilité organisationnelle, mise en réseau...)
- Les intervenants relais sont plus compétents pour promouvoir la santé nutritionnelle et l'activité physique ainsi que pour mener des actions

B2 Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions

- Les décideurs et personnalités clés (aux différents échelons de la société) s'engagent publiquement en faveur de la santé nutritionnelle
- Des bases écrites contraignantes permettent la mise en œuvre d'actions significatives (lois, chartes, plans...)
- Des modifications organisationnelles sont effectivement mises en œuvre
- Amélioration de l'efficacité des échanges et coopérations

B3 Potentiel social et engagement favorables à la santé

- Des groupes actifs de la population se mobilisent sur les questions de la santé nutritionnelle et de l'activité physique, des personnes jusqu'alors non actives dans ce champ se mobilisent.
- Les questions de promotion de la santé nutritionnelle et de l'activité physique sont plus largement diffusées et mieux connues des publics.
- Les publics cibles considèrent cette question comme importante et se l'approprient

B4 Compétences individuelles favorables à la santé

- Les personnes connaissent les repères du PNNS, et les services auxquels elles peuvent faire appel en cas de besoin
- Elles jugent comme positifs les messages qui leur sont adressés ; elles souhaitent et se sentent capables d'adopter des comportements nutritionnels favorables à leur santé

C1 Environnement matériel favorable à la santé

- Amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire
- Installations et produits favorables à une alimentation équilibrée, à la pratique du sport et à l'activité physique

C2 Environnement social/sociétal favorable à la santé

- Le climat dans les communes, l'école, les quartiers, les loisirs, etc. encourage une alimentation favorable et la pratique d'une activité physique
- Amélioration de l'accès des personnes défavorisées et précaires à une alimentation favorable à leur santé et à la pratique d'une activité physique

C3 Ressources personnelles et types de comportement favorables à la santé

- Les personnes sont plus conscientes des enjeux d'une alimentation saine et de la pratique d'une activité physique
- Les personnes se sentent en capacité de s'alimenter plus favorablement et d'avoir une activité physique régulière
- Le comportement alimentaire et l'activité physique de la population se rapprochent des recommandations du PNNS
- Augmentation du nombre de personnes en bonne forme physique

D

Santé

Amélioration de la santé de l'ensemble de la population

Quels enjeux ?

Le Plan national nutrition santé doit prioritairement s'attacher à :

- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, qu'elles soient à l'origine de problèmes relevant de la nutrition ou de l'activité physique, ou qu'elles en soient les conséquences ;
- améliorer la qualité de vie liée à la santé ;
- promouvoir les comportements favorables à la santé.

Compte tenu de la multiplicité des déterminants des comportements de santé, les enjeux autour des questions de nutrition et d'activité physique apparaissent multiples :

- le développement du travail en intersectorialité et en pluridisciplinarité ;
- le décloisonnement des secteurs du soin et de la prévention ;
- l'évolution des environnements physiques et sociaux comme des facteurs favorisant sur le plan de la nutrition et de l'activité physique ;
- le soutien aux actions d'éducation pour la santé de proximité visant le développement de l'empowerment des personnes et des groupes, au moyen de méthodes de pédagogie active fondées sur la participation.

Quelle logique d'action ?

La Charte d'Ottawa de promotion de la santé définit cinq axes stratégiques d'intervention :

1. Des politiques publiques favorables à la santé

Il s'agit non seulement des politiques de santé, mais aussi des politiques sociales, économiques, éducatives, de l'emploi et des loisirs, de l'environnement, de l'habitat et de l'urbanisme. Promouvoir la santé dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique suppose l'interpellation directe des décideurs sur **leur responsabilité et l'impact de leurs décisions sur les habitudes alimentaires des personnes et leur niveau d'activité physique**. Le cas échéant, cette interpellation doit se doubler de propositions alternatives concrètes émanant des professionnels de la promotion de la santé et des personnes ou communautés elles-mêmes.

2. Des environnements favorables à la santé et soutenant

Il s'agit de créer des environnements de vie et de travail qui soient à la fois sûrs et respectueux des équilibres et ressources naturels. Il s'agit aussi d'environnements sociaux aptes à soutenir les personnes et les communautés dans leurs efforts de changement, vers plus de bien-être et de qualité de vie.

Les environnements doivent évoluer sur ces deux plans, dans le sens du développement de **la qualité, de l'accessibilité et de la pérennité de l'offre en matière de nutrition et d'activité physique**. Les décideurs, les acteurs de la promotion de la santé, mais aussi les personnes ou les communautés elles-mêmes, ont un rôle à jouer dans cette évolution des environnements.

3. La participation effective des individus et des communautés à la définition des priorités, à la prise de décision et à la réalisation des actions.

C'est l'action communautaire, qui consiste à mobiliser les personnes et les groupes les plus directement concernés par la problématique nutritionnelle ou d'activité physique identifiée, pour fixer les objectifs des interventions, ainsi que leurs modalités de mise en œuvre et d'évaluation. Cette implication directe des communautés a pour effet **leur « empowerment », c'est-à-dire leur capacité à prendre en charge elles-mêmes les questions de nutrition ou d'activité physique qui les concernent**.

4. La réorientation des services de santé, dans le sens d'une plus grande prise en compte des besoins des populations qu'ils servent

Cette nouvelle orientation des services de santé suppose :

- d'une part, **un décloisonnement entre les activités curatives et la prévention** : par exemple, la prise en charge globale des personnes atteintes d'obésité ou de surpoids permet évidemment de promouvoir leur santé, et la mise en place d'un accompagnement éducatif adéquat exerce une influence positive sur l'évolution de leurs comportements de santé ;
- d'autre part, le **développement de la démocratie sanitaire et la prise en compte de la parole des usagers des services de santé concernés par les questions de nutrition et d'activité physique**⁵ ; il s'agit :
 - d'encourager le rôle actif et la participation des patients selon leurs possibilités spécifiques, le

⁵ Extrait de la Déclaration de Vienne.

- développement des droits des patients, l'amélioration de leur bien-être ;
- de créer un environnement "promoteur de santé" pour les patients et leurs proches ;
- d'améliorer la communication entre le personnel de l'institution et les patients de manière à ce qu'elle soit guidée par le respect et les valeurs humaines ;
- d'accroître la quantité et la qualité des informations, de la communication et des programmes éducatifs destinés aux patients et à leurs proches.

5. L'acquisition, par les individus, des aptitudes qui leur permettent de s'impliquer dans les quatre axes définis ci-dessus (contribution à des décisions politiques, création d'environnements sains, développement communautaire, évolution du système de santé)

Il s'agit de fournir aux individus les moyens affectifs et cognitifs de s'informer, de connaître, de comprendre les enjeux en matière de nutrition et d'activité physique, de clarifier leurs croyances et leurs valeurs personnelles et culturelles en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique, de développer leur estime de soi et des autres, de les entraîner à la responsabilité et à la décision, de les amener à prendre conscience de l'influence des facteurs sociaux, économiques et politiques sur leur alimentation et leur niveau d'activité physique, et de favoriser leur engagement dans des projets de santé communautaires concernant la nutrition et l'activité physique.⁶

La Charte de Toronto pour l'activité physique invite les pays et les organismes à :

1. adopter des stratégies fondées sur des données probantes pour cibler des populations entières et des groupes particuliers, notamment ceux qui doivent surmonter des obstacles importants ;
2. opter pour une approche fondée sur l'équité afin de réduire les inégalités sociales liées à la santé, à l'accès aux services, aux infrastructures et aux équipements sportifs et récréatifs ;
3. cibler les déterminants environnementaux, sociaux et individuels de l'inactivité physique ;
4. entreprendre des actions partenariales intersectorielles durables à l'échelle nationale, régionale et locale afin d'en maximiser l'effet ;
5. renforcer les capacités de toutes les personnes et organismes concernés en investissant dans la recherche, dans l'amélioration des pratiques, dans l'élaboration de politiques, dans l'évaluation de l'efficacité des mesures mises en place ainsi que dans la surveillance de l'état de santé de la population ;
6. élaborer une approche qui s'adapte à l'évolution des besoins des personnes tout au long de leur vie ;
7. plaider auprès des décideurs et de la population l'importance d'intensifier l'engagement politique et les ressources allouées à l'activité physique ;
8. tenir compte du contexte culturel et moduler les stratégies en fonction des réalités locales, des contextes et des ressources disponibles ;
9. faire en sorte que le choix d'être physiquement actif soit accessible à tous.

Rôle des ARS en matière de promotion de l'activité physique et d'une alimentation favorable à la santé :

- Assurer la 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 ;
- Favoriser 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, notamment, en établissant des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens avec les intervenants spécialisés en promotion de la santé ;
- Promouvoir la mise en œuvre en région de programmes et d'actions de promotion de la santé de qualité, sur les thèmes de la nutrition et de l'activité physique, c'est-à-dire : s'appuyant sur des référentiels partagés et des recommandations de bonnes pratiques, favorisant la pluridisciplinarité et l'intersectorialité, intégrant des protocoles d'évaluation rigoureux ;
- Soutenir la recherche et l'expertise en promotion de l'activité physique et d'une alimentation favorable à la santé, en finançant des projets de recherche dans ce domaine, et en favorisant les échanges entre chercheurs et acteurs de terrain.

⁶ D'après M. Demarteau

Quels métiers ?

Le réseau de la FNES met à disposition de cette politique :

Des chargés de projets et conseillers méthodologiques en promotion de la santé : chargés de concevoir, coordonner, mettre en place, accompagner et évaluer, de façon participative et partenariale,

- des projets et des actions de promotion de l'activité physique et d'une alimentation favorable à la santé visant à :
 - contribuer à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé ;
 - créer des environnements favorables à la santé et soutenant ;
 - favoriser la participation effective des individus et des communautés à la définition des priorités, à la prise de décision et à la réalisation des actions ;
 - réorienter les services de santé, dans le sens d'une plus grande prise en compte des besoins des populations qu'ils servent ;
 - développer les capacités et le pouvoir des personnes, des groupes et des institutions, à faire des choix favorables à la santé et à la qualité de vie.
- des formations initiales et continues en promotion de la santé, incluant des volets spécifiques « Nutrition » et « Activité physique », et mettant l'accent sur la formation à l'approche collective dans ce cadre (animation de groupes, formations de formateurs, accompagnements méthodologiques de projets d'équipes ou de services, etc.) ;
- des études et des recherches-actions en réponse aux besoins de développement spécifiques de la promotion de l'activité physique et d'une alimentation favorable à la santé.

Des documentalistes : chargés d'assurer une veille et des recherches documentaires dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique (dans une perspective de promotion de la santé et d'éducation pour la santé), et de mettre à disposition une documentation spécialisée dans ces deux champs.

Tous ces acteurs capitalisent et valorisent les résultats et les enseignements des actions menées, dans une logique de production et de transfert de connaissances, de méthodes et d'outils, destinés aux professionnels et aux responsables institutionnels de la santé, de l'éducation et du travail social.

Le réseau de la FNES, acteur incontournable de cette politique

Les atouts du réseau :

- le niveau de qualification élevé des professionnels du réseau (et par suite, le niveau élevé de la qualité des actions) ;
- les compétences méthodologiques pointues mobilisables chez ces professionnels ;
- la capacité de ces acteurs à s'engager dans des démarches qualité ;
- le portage et la coordination, par le réseau de la FNES, des Pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé, soutenus par l'Inpes, et l'accent mis dans ces Pôles :
 - d'une part, sur des modalités d'intervention s'inspirant des concepts et méthodes de la promotion de la santé ;
 - d'autre part, sur les missions « support » des professionnels de la promotion de la santé (documentation, formation initiale et continue, évaluation, outils pédagogiques, communication...).

Eléments bibliographiques

- F. Alla. Les déterminants de la santé. In : Traité de prévention. F. Bourdillon, dir. Paris : Flammarion, coll. Médecine – Sciences ; 2009.
- M. Bantuelle, G. Langlois & M. Schoene, La démarche communautaire en santé. In : Traité de prévention, Paris : Médecine – Sciences Flammarion, 2009
- J.P. Deschamps, La promotion de la santé. In : Bourdillon Traité de prévention, Paris : Médecine – Sciences Flammarion, 2009
- C. Ferron, Les comités d'éducation pour la santé. In : Bourdillon Traité de prévention, Paris : Médecine – Sciences Flammarion, 2009
- J. Green & K. Tones. Health Promotion – Planning and strategies, 2nd edition. Los Angeles : Sage Publications ; 2010.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, Plan national d'éducation pour la santé, janvier 2001
- D. Nutbeam, Health Promotion Glossary. Geneva : World Health Organization, 1998
- Organisation Mondiale de la Santé. Ottawa Charter for Health Promotion. Genève : World Health Organization; 1986.

Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de Vienne. Genève : World Health Organization ; 1997.

Global Advocacy Council of Physical Activity, International Society for Physical Activity and Health. La Charte de Toronto pour l'activité physique : un appel mondial à l'action ; 20 mai 2010

Promotion Santé Suisse. Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention, 2^e version. Berne : Promotion Santé Suisse ; 2005.

JF Toussaint, Retrouver sa liberté de mouvement. PNAPS. Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive, Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative, 2008/12, 295 p.

S. Caillet, Ré-activité ... sédentarité et surpoids : promouvoir l'activité physique auprès de tous les jeunes, CRAES-CRIPS Rhône-Alpes, DRDJS Rhône-Alpes, 2007/09, 79 p.

P. Edwards, A. Tsouros, Promoting physical activity and active living in urban environments. The role of local governments, OMS-bureau régional de l'Europe, 2006, 66 p.

Proposition n°5 - Promouvoir une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière au sein d'une commune

Rédacteur principal : FNES

Les collectivités locales, 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 font partie des nombreuses pistes d'action sur lesquelles les Villes peuvent s'engager.

Les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) sont des acteurs-clefs pour accompagner les collectivités territoriales dans la mise en œuvre d'un projet de promotion de la santé dans le champ de la nutrition et de l'activité physique.

Objectifs de l'action

Objectif général

Promouvoir une alimentation équilibrée et la pratique régulière d'une activité physique chez les habitants de la commune.

Objectifs opérationnels

- Adhérer à la Charte Ville Active PNNS et participer au réseau des villes actives.
- Relayer les campagnes nationales et locales sur la nutrition et l'activité physique.
- Organiser des événements grand public sur les thèmes de l'alimentation et de l'activité physique.
- Améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire dans les restaurants scolaires et dans le cadre des événements organisés par la ville.
- Développer des actions auprès des enfants à l'école et dans les centres de loisir sur la nutrition et l'activité physique.
- Former les personnels des centres de loisirs et les enseignants.
- Informer et sensibiliser les parents et les employés municipaux travaillant avec les enfants.
- Consulter les habitants et favoriser leur implication dans la mise en œuvre des différentes actions.
- Développer les offres de services, les équipements et les aménagements urbains favorisant la pratique d'une activité physique et une alimentation équilibrée.
- Améliorer l'accessibilité de tous les groupes de la population aux services, équipements et aménagements contribuant à l'amélioration de la nutrition et de l'activité physique (coût, attrait, horaires...).

Description des modalités de l'action

Cible de l'action

Population de la commune en général, petite enfance, population scolaire des écoles maternelles et élémentaires, publics précaires, personnes âgées, professionnels de la santé, du social, de l'éducation, de la commune, parents.

Partenaires de l'action

Médecine scolaire, Associations de parents d'élèves, Inspecteur de la circonscription, CCAS de la commune

Description du dispositif

Dans les écoles et/ou centres de loisirs

- Offre de repas de qualité dans les restaurants scolaires (conformes aux repères PNNS).
- Séances d'éducation au vélo.
- Opération « un fruit pour la récré » : un fruit distribué par semaine à l'ensemble des élèves des écoles.

- Formation des personnels des centres de loisir et des enseignants aux questions de nutrition et d'activité physique.
- Offre d'un suivi individuel pour les enfants repérés par la médecine scolaire.
- Diffusion d'un livret éducatif à destination des enfants, aides mémoire des ateliers suivis sur les temps de CLSH.
- Organisation de réunions à destination des parents d'élèves pour les informer sur les actions mises en œuvre avec les enfants et les sensibiliser sur ces questions.
- Elaboration d'un document à destination des familles pour identifier les 9 repères de consommation du PNNS.
- Actions sur les déplacements actifs domicile-école.

Dans la commune

- Adhésion à la Charte Ville Active PNNS et participation au réseau ville active.
- Modification des apéritifs proposés par la commune lors des événements en mettant en valeur les fruits et les légumes et en proposant une alternative à l'alcool comme boisson (suppression totale).
- Mise en place d'une campagne de sensibilisation des employés municipaux travaillant avec les enfants (atsem, cuisiniers, animateurs).
- Organisation d'événements pour sensibiliser la population, et plus particulièrement le public scolaire et les parents lors de la "semaine de l'environnement" sur les déplacements actifs en associant les habitants, les associations, les enfants et adolescents à l'organisation et à l'animation des actions.
- Mise en place de fontaines à eaux dans les bâtiments publics.
- Organisation d'un nouveau marché « fruits&légumes ».
- Ouverture d'une épicerie sociale.
- Un vélo de service pour les personnels de la commune volontaires.
- Création de nouvelles pistes cyclables et de chemins piétonniers.
- Construction de nouveaux équipements sportifs.
- Aménagement de nouvelles aires de jeux dans les parcs.
- Relais des campagnes nationales de sensibilisation et communication sur les actions mises en œuvre par la ville (presse, affichage, radio...).

Principaux indicateurs d'évaluation

Indicateurs d'évaluation du processus

- Réalisation des activités planifiées (prévu/réalisé).
- Couverture du programme : territoires touchés et populations touchées par l'action prévu/réalisé.
- Ressources mobilisées.
- Freins et éléments facilitateurs identifiés, propositions d'améliorations.

Indicateurs d'évaluation des résultats

- Acquisition de connaissances et de compétences des enseignants et professionnels en contact avec les enfants et les adolescents sur la nutrition, l'activité physique, l'éducation pour la santé.
- Acquisition de connaissances et de compétences des élèves et de leurs parents en matière de nutrition et d'activité physique.
- Implication des acteurs et des habitants dans la mise en œuvre des actions.
- Evolution de l'utilisation des offres et équipements destinés à améliorer l'alimentation et l'activité physique.

Indicateurs d'évaluation de la qualité

- Taux de satisfaction des participants concernant les différentes actions.
- Demandes de renouvellement des actions.
- Mise en œuvre de nouvelles actions.
- Initiation de nouveaux partenariats et renforcement des partenariats existants.

Cette proposition est inspirée du programme « Bien manger, bien bouger, c'est bon pour la santé ! » mis en œuvre par la Ville de Mouans Sartoux dans les Alpes Maritimes.

Plus de précisions sur : http://www.villesactivespnns.fr/upload/Mouans_Sartoux_PNNS.pdf

Proposition n°6 - Adoption de la Charte mondiale de Toronto pour l'Activité physique

Rédacteurs principaux : ACAPS, ADEMS, AFAPA, ANCREC, SF2S, SFP-APA

Problématique, contexte, rappel des actions menées

En mai 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté la « *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé, cadre mondial visant à promouvoir l'activité physique et une alimentation plus saine* »⁷.

En septembre 2006, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a élaboré un document de travail intitulé « *Promouvoir l'activité physique au service de la santé : cadre d'action dans la Région européenne de l'OMS* ». Ce document a pour but de centrer l'attention sur l'activité physique et d'aider les États membres, les experts et les responsables politiques à concevoir et à mettre en œuvre des politiques et des mesures de promotion de l'activité physique à l'appui de leur programme national de santé publique et dans le cadre d'une coopération multisectorielle. En novembre 2006, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a organisé une Conférence ministérielle sur la lutte contre l'obésité pour engager les milieux politiques à agir dans la Région. A cette occasion, a été adoptée la « *Charte européenne sur la lutte contre l'obésité* »⁸.

Dans la continuité de l'action de l'OMS, la commission européenne a publié, en mai 2007, un livre blanc intitulé « *Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité* ». Ce Livre blanc s'inspire d'initiatives de la Commission européenne, notamment la plate-forme européenne d'action pour la nutrition, l'activité physique et la santé⁹, lancée en mars 2005 et le Livre vert intitulé « *Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique: une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques* », paru en Décembre 2005¹⁰. Ce Livre vert a été suivi d'une résolution du Parlement européen « *Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique : une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques* », adoptée le 1^{er} février 2007 et venant renforcer ces messages. Enfin, des « *Lignes d'action recommandées par l'Union Européenne en matière d'activité physique. Actions politiques recommandées dans le cadre du soutien d'une activité physique favorable à la santé* » ont été publiées en Octobre 2008¹¹.

Dans ce contexte, et pour soutenir plus spécifiquement la promotion de l'activité physique, une charte pour l'activité physique a été élaborée en mai 2010 : la **Charte de Toronto pour l'activité physique : un appel mondial à l'action**¹². La Charte de Toronto est :

- un appel lancé à tous les pays, les invitant à faire de l'activité physique une priorité. Elle sert de cadre à l'élaboration de mesures et à la création de partenariats entre différents secteurs et avec les collectivités, pour que celles-ci soient en santé, actives et écologiquement viables ;
- le fruit de deux années de concertation internationale et de consultations à grande échelle. La consultation globale a permis de recueillir plus de 400 réponses individuelles et organisationnelles provenant de 55 pays, de même que 1 700 commentaires et suggestions ;
- un plaidoyer conçu pour les décideurs, en vue d'établir des partenariats vers l'engagement politique et l'attribution des ressources nécessaires à l'amélioration de la santé par l'augmentation de la participation aux activités physiques, et ce, partout dans le monde.

En matière de promotion de l'activité physique, à l'échelle européenne, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe collabore étroitement avec le réseau européen pour la promotion de l'activité physique favorable à la santé (*Health-Enhancing Physical Activity*, HEPA Europe)¹³. En Suisse, un réseau HEPA a été mis en place

⁷ http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9242592226_fre.pdf

⁸ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/87458/E89568.pdf

⁹ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm

¹⁰ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_fr.pdf

¹¹ http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_fr.pdf

¹² http://www.cflri.ca/icpaph/fr/charte_toronto.php

¹³ <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/hepa-europe>

(www.hepa.ch) et une plateforme nationale alimentation et activité physique a été proposée dans le Programme national alimentation et activité physique 2008-2012.

En France, l'inscription de la Charte de Toronto dans le Programme National Nutrition Santé et la mise en place d'un réseau national activité physique et santé doté d'une plateforme (www.hepa.fr) permettraient de contribuer à la promotion d'une activité physique pour tous favorable à la santé. Cette plateforme constituerait un outil d'expertise, de soutien et d'évaluation, permettant aux différents acteurs concernés de se mobiliser de manière coordonnée et de travailler en interdisciplinarité, assurant l'observation, la mutualisation et la diffusion des bonnes pratiques françaises et européennes, la valorisation des expériences innovantes, le développement des savoir-faire et l'évaluation. Elle pourrait ainsi devenir le relais privilégié des ministères dans le domaine des activités physiques et sportives et de la santé et le guichet unique des associations, des collectivités territoriales et des différents acteurs souhaitant investir ce champ.

Objectifs et résultats attendus

1. Faire de la Charte de Toronto le cadre de référence pour le volet activité physique du PNNS.
2. Développer des partenariats d'action :
 - Centraliser les informations (recensement d'actions sport-santé, de recommandations, constitution d'annuaires...).
 - Offrir des ressources (notamment mise à disposition des informations recensées, élaboration de cahiers des charges).
 - Recenser et faire connaître les acteurs (publics et privés).
 - Favoriser la collaboration entre les acteurs, la collaboration intra- et intersectorielle.
3. Consolider le système de surveillance de l'activité physique (ENNS, INPES, INCA).

La mise en place d'une plateforme nationale activité physique dotée de moyens spécifiques permettrait de mieux répondre à ces objectifs.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

- Charte de Toronto http://www.cflri.ca/icpaph/fr/charte_toronto.php
- Expertise collective. Activité physique. Contextes et effets sur la santé. Editions Inserm, Paris, 2008
- OMS Réseau HEPA Europe <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/hepa-europe>

Proposition n°7 - Développement régional de réseaux-dispositifs « activité physique-santé »

Rédacteurs principaux : ACAPS, ADEMS, AFAPA, ANCREC, SF2S, SFP-APA

Problématique, contexte, rappel des actions menées

La politique nationale menée en faveur de l'activité physique est un élément important pour permettre à la population d'adopter un comportement actif et de pratiquer une activité physique régulière. Les déterminants associés à l'activité physique sont nombreux (individuels, environnementaux), multifactoriels et ont des interactions entre eux. Une meilleure collaboration et une meilleure coordination intra-sectorielle ainsi qu'une meilleure collaboration et une meilleure coordination multisectorielle sont indispensables pour agir de manière plus efficiente.

En s'appuyant sur la Charte de Toronto et en s'inscrivant dans la dynamique du réseau européen de promotion de l'activité physique favorable à la santé (Health-Enhancing Physical Activity, HEPA Europe) (cf. proposition n°6), il apparaît indispensable que le PNNS favorise le développement des **politiques territoriales de promotion de l'activité physique** sur le modèle élaboré en Région Bretagne¹⁴ : « Kino-Bretagne¹⁵ : pour une stratégie régionale de prévention et de promotion de la santé par l'activité physique et le sport » et de favoriser les initiatives telles que Ville ludique & sportive¹⁶ organisée par la Fifas¹⁷ (Fédération Française des Industries du Sport et des Loisirs) et le Groupe Moniteur¹⁸ (Services d'information pour les acteurs publics et privés de la Construction et des Collectivités Locales). Cette politique passe par une planification régionale « activité physique et santé », composante du projet régional de santé, initiée, pilotée, financée et évaluée au sein des instances de l'Agence Régionale de Santé (Conseil de Surveillance, commissions de coordination des politiques publiques de santé, Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et conférences de territoires). Cette planification est adaptée aux différentes situations (notamment âge, état de santé) et permet d'articuler, en complémentarité et en cohérence, les dynamiques interinstitutionnelles (champs sanitaire, médico-social, social, éducatif et de l'animation, du travail, de la justice, sportif, des collectivités territoriales, de l'économie, de l'environnement,...) et les différents plans de santé publique dans lesquels les activités physiques et sportives ont ou peuvent avoir leur place. **Cette planification est initiée à l'échelon national (Plan National Activité Physique et Santé), mise en œuvre dans le cadre du Projet Régional de Santé** (axe transversal intégrant les différents schémas et programmes) et déclinée au sein des différents territoires de santé. Elle rend possible pour chacun l'accès à un plan personnalisé d'activité physique composé à partir des offres de l'espace de proximité (cf. proposition n°33). La mise en place de **réseaux/dispositifs activité physique et santé** sur le territoire français permet de faire le lien entre les usagers/patients, les acteurs (du dépistage, des soins, et de l'accompagnement éducatif et motivationnel) et les prestataires d'activités physiques et sportives. Ainsi, la pratique d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive visant l'autonomie et la participation sociale (tissu de soutien) est possible pour chacun, en lien avec les autres réseaux, de santé, médicosociaux ou sociaux, potentiellement concernés.

¹⁴ Conseil Economique et Social de Bretagne. A vos marques, prêts... bougez ! En avant pour une région active et sportive, mars 2010. http://www.bretagne.fr/internet/jcms/preprod_67911/a-vos-marques-prets-bougez-en-avant-pour-une-region-active-et-sportive-2010.

¹⁵ En référence à Kino-Québec, programme canadien visant à promouvoir un mode de vie physiquement actif pour contribuer au mieux-être de la population québécoise. <http://www.kino-quebec.qc.ca>.

¹⁶ <http://villeludique-et-sportive.fr>. Ce label a pour objectif de promouvoir les collectivités qui encouragent l'activité physique pour tous par l'aménagement des aires de jeux et des équipements sportifs en accès libre.

¹⁷ <http://www.fifas.com>

¹⁸ <http://www.groupemoniteur.fr>

Objectifs et résultats attendus

- Pour la planification transversale au niveau régional :
 - Favoriser une stratégie multisectorielle de prévention et de promotion de la santé par l'activité physique et/ou le sport qui passe par l'élaboration d'un plan territorialisé de prévention et de promotion de la santé par l'activité physique et/ou le sport appelé « Kino-territoire », dont la dénomination varie selon le territoire considéré (Kino_nom de la région, Kino_nom du département, Kino_nom de la commune...).
 - Créer une commission ou un groupe de travail activité physique au sein de la Conférence Régionale de Santé, en lien avec le PNNS en respectant la parité entre les acteurs de l'activité physique et les acteurs de l'alimentation dans le comité de pilotage.
 - Elaborer un axe transversal activité physique dans le projet régional de santé qui se décline dans les différents secteurs (sanitaire, médico-social et social) et schémas d'organisation (prévention, soins, médico-sociale).
 - Identifier un référent activité physique - santé au sein des ARS.
- Pour le réseau/dispositif régional/territorial :
 - Fédérer et coordonner les partenaires; résultats attendus : mise en place d'une structure support du réseau régional et réunissant les acteurs.
 - Evaluer les réseaux/dispositifs.
 - Mettre en place des « Unités d'accompagnement en Activité Physique et Santé » de proximité.
 - Elaborer des protocoles collaboratifs permettant d'établir des bilans en cohérence et en complémentarité avec les différents acteurs.
 - Proposer des parcours activité physique-santé autour du plan personnalisé d'activité physique pour tous les usagers et patients, avec gradation de la prise en charge.
 - Evaluer les résultats de la prise en charge des usagers et patients à partir de la base de données du réseau/dispositif.
 - Mobiliser et coordonner les acteurs. Permettre aux acteurs du dépistage d'être en lien avec les acteurs de l'accompagnement éducatif et motivationnel et avec les opérateurs des activités physiques et sportives.
 - Proposer des plans personnalisés d'activité physique en relation avec les médecins traitants et les spécialistes concernés.
 - Permettre l'accès aux offres de services d'activité physique.
 - Améliorer les pratiques professionnelles.
 - Evaluer les réseaux/dispositifs.

Description des modalités de l'action

- Cible de l'action

Pour la planification : l'équipe de pilotage stratégique et de la performance de l'ARS, les partenaires des commissions de coordination des politiques publiques de santé et les membres de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (120 personnes).

Pour le réseau/dispositif : les professionnels de santé et de l'activité physique et les publics bénéficiant de la prise en charge, du conseil ou de l'accompagnement, notamment les personnes ne pouvant pas commencer ou recommencer de façon volontariste une pratique physique ludique et efficace. Parmi ces impossibilités, peuvent être déclinés : le manque de moyens financiers (il existe une sociologie de l'obésité) ou plus largement l'impossibilité de rejoindre des clubs de sport ou de gym.

- Résultats attendus :

Pour la planification : élaboration, mise en place et suivi de l'axe transversal sanitaire, médico-social et social.

Pour le réseau/dispositif : adhésion de 10 % des professionnels de santé par région et de 10 % des différents publics atteints de maladies chroniques. En deux ans, partout où ces structures seront créées, un fonctionnement à plein temps serait le gage d'une réponse réelle à un besoin d'identifier un lieu où l'on apprend à être actif dans le plaisir, et ce quelle que soit sa condition physique ou financière qui sont les deux obstacles majeurs à une activité physique régulière.

- Opérateurs de l'action / partenaires

ARS et DRJSCS en particulier, avec le réseau/dispositif régional/territorial activité physique-santé comme opérateur associé et les autres services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité

sociale comme partenaires. Le réseau régional travaille en étroite relation avec les réseaux de santé thématiques ou populationnels.

Indicateurs d'évaluation

- Nombre de plans territorialisés de prévention et de promotion de la santé par l'activité physique et/ou le sport.
- Existence d'une stratégie multisectorielle.
- Existence et fonctionnement d'une commission activité physique au sein de la CRSA.
- Existence d'un axe activité physique transversal aux différents schémas au sein des ARS.
- Nombre de parcours prévention-santé élaborés (par type de pathologie, par type de publics).
- Nombre de plans personnalisés d'activité physique élaborés.
- Nombre de « bilans sport santé » réalisés par territoire.
- Nombre de réseaux/dispositifs créés.
- Nombre et type de professionnels de santé adhérant au réseau/dispositif.
- Nombre d'usagers et de patients adhérant au réseau/dispositif.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

- Rapport d'expertise du plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (PNAPS) 2008. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000769/index.shtml>
- Il existe des schémas régionaux transversaux sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur la thématique addiction qui ont reçu l'agrément de l'ensemble des acteurs et institutions (exemple : Champagne-Ardenne, Picardie¹⁹).
- L'efficacité apportée par ce schéma transversal est supérieure à celle de schémas séparés car il existe une cohérence et une complémentarité dans les prises en charge et l'accompagnement des publics.
- L'efficience se déduit du type de montage qui évite les doublons et les doubles financements.
- Un réseau régional activité physique santé est opérationnel depuis plus de 3 ans dans 3 régions (Midi-Pyrénées, Champagne-Ardenne et Franche-Comté) et il est en phase de structuration dans 2 autres régions (Lorraine et Picardie).
- Toutes les régions disposent des ressources pour mettre en place ce réseau.
- L'intégration de 50 % des personnes dans des clubs sportifs à l'issue des différents programmes d'accompagnement éducatif et motivationnel, constaté dans un nombre significatif de structure de prise en charge est un bon indicateur de l'efficacité de celle-ci

¹⁹[http://www.picardie.sante.gouv.fr/doc/santepub/addictologie/schema-addictologie-Picardie-2009-2013%20\(sans%20annexe\).pdf](http://www.picardie.sante.gouv.fr/doc/santepub/addictologie/schema-addictologie-Picardie-2009-2013%20(sans%20annexe).pdf)

3^e PARTIE – COMMUNICATION, INFORMATION, EDUCATION

Proposition n°8 - Créer un logo nutritionnel positif pour aider les consommateurs à repérer au moment de l'achat les produits alimentaires les plus favorables à l'équilibre nutritionnel global

Rédacteur principal : Nicole Darmon (SFN)

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.

Une proposition de loi "visant à instaurer un label PNNS pour les produits alimentaires permettant d'informer les consommateurs et d'encadrer la publicité sur les écrans enfants", a été récemment déposée par plusieurs députés [1]. Ce texte stipule que le logo PNNS devrait être facilement identifiable pour aider les consommateurs à reconnaître les produits les plus favorables à l'équilibre alimentaire global. Ce logo pourrait s'inspirer du logo scandinave "clef verte" (décrit dans le paragraphe Faisabilité), apposé sur certains aliments en Suède depuis plus de 20 ans [2].

Problématique et contexte de la proposition : les profils nutritionnels en Europe

La proposition d'un logo nutritionnel pour les aliments s'inscrit dans un débat européen plus large sur les "profils nutritionnels". Ce concept a été introduit dans le règlement européen N°1924/2006 du 20 décembre 2006 sur les allégations nutritionnelles et de santé [3], dont l'objectif est de limiter l'accès aux allégations nutritionnelles et de santé aux seuls aliments dont le profil nutritionnel serait jugé favorable (les conditions d'application de ce texte ne sont toujours pas définies avec certitude.). Le profil nutritionnel d'un aliment synthétise sa qualité nutritionnelle et doit permettre d'estimer sa capacité à favoriser l'équilibre alimentaire. L'introduction de ce concept marque un tournant majeur dans l'évolution des réflexions autour de la notion "d'équilibre alimentaire". En effet, cette notion implique un jugement de valeur sur les aliments et suppose qu'il est possible de les classer et de les comparer entre eux sur la base de caractéristiques nutritionnelles [4].

Le profilage nutritionnel est amené à devenir un outil majeur des politiques nutritionnelles dans les années à venir. Outre la proposition initiale d'utiliser les profils pour règlementer l'accès à la publicité et aux allégations, les profils pourraient être utiles aux industriels pour faire évoluer la qualité nutritionnelle de leurs produits, aux distributeurs et aux restaurateurs (restauration collective notamment) pour orienter les choix des produits à référencer. L'utilisation des profils est également envisagée pour véhiculer une information nutritionnelle synthétique dans le cadre de l'étiquetage, sur le produit lui-même ou sur les linéaires.

L'objectif de la proposition est de créer un logo positif pour :

- aider les consommateurs à identifier les aliments de bon profil nutritionnel au moment de l'achat ;
- inciter les industriels à reformuler leurs produits pour pouvoir bénéficier du logo.

Rappel des actions menées : guide alimentaire, chartes d'engagement, Oqali...

- Elaboration des repères de consommation du PNNS, et diffusion de ces repères à travers : le Guide alimentaire pour tous (et les guides PNNS spécifiques), les campagnes d'information et d'éducation nutritionnelle (presse, radio, télévision, affiches) et les bandeaux d'information sur les publicités alimentaires.
- Instauration des chartes d'engagement nutritionnel, qui incitent industriels et distributeurs à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits sur la base d'un engagement volontaire. A ce jour 19 chartes ont été signées sur 35 soumises en tout au comité des chartes d'engagement PNNS.
- Création de l'observatoire de la qualité de l'alimentation (Oqali), qui incite les partenaires privés à communiquer la composition nutritionnelle, le prix et toutes les informations présentes sur l'étiquetage des produits (notamment la liste ordonnée des ingrédients et l'étiquetage de type I, voire II quand il est présent).

Justification : les profils nutritionnels sont le *chaînon manquant* entre les recommandations sur les nutriments et les guides alimentaires

- Les Apports Nutritionnels Conseillés (ANC) en *nutriments* sont extrêmement détaillés et scientifiquement fondés mais sont inutilisables par les consommateurs car exprimés en une dimension qui leur est inaccessible: les nutriments, alors que ce sont des aliments qu'ils consomment.

- L'étiquetage nutritionnel a un impact limité, non seulement car ce sont les consommateurs appartenant aux catégories les plus aisées qui lisent les étiquettes, mais aussi car cet étiquetage est peu utilisé, même par les personnes qui le comprennent bien [5, 6].

- Les guides alimentaires, tels que les repères de consommation du PNNS délivrent des messages généraux sur l'équilibre entre *grands groupes d'aliments*. En France, certains de ces messages sont maintenant bien connus du public [7]. Ces guides présentent cependant deux limites : a) ils n'aident pas le consommateur à choisir entre deux aliments qui semblent appartenir au même groupe (par exemple entre un dessert lacté et un yaourt, ou bien entre des céréales du petit déjeuner et du pain); b) Ils ne donnent pas non plus de conseils quant à la consommation des produits élaborés industriellement tels que les plats préparés ou les snacks, qui contiennent des ingrédients appartenant à des groupes d'aliments différents.

Les profils nutritionnels sont aujourd'hui devenus nécessaires pour compléter les guides alimentaires car ils permettent de comparer *les aliments* sur la base de leurs caractéristiques nutritionnelles.

Description des modalités de l'action

- Elaboration d'un système de profilage en accord avec : les repères de consommation du PNNS, les ANC, et la démarche des Chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel.

- Choix d'un logo permettant d'identifier les aliments ayant un bon profil nutritionnel au titre de ce système, en prenant en compte les attentes spécifiques des consommateurs français en matière d'étiquetage, telles qu'elles ont été exprimées, notamment dans le cadre de l'étude réalisée par la CLCV et la DGAL [8].

- Décision du caractère obligatoire ou volontaire d'utilisation du logo. Le projet de loi sur le logo PNNS propose notamment que le logo soit attribué par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'ANSES (ex-AFSSA) [1].

- Définition du processus permettant de vérifier la conformité d'utilisation du logo.

Opérateurs de l'action / Partenaires

- Nutritionnistes, Technologues, Economistes, spécialistes du comportement alimentaire et des sciences de l'éducation, au sein de l'INSERM, l'INRA, l'INPES, l'OQALI...

- Experts auprès de : PNNS, ANSES (ex-AFSSA), EFSA

- Ministères : DGS, DGAL, DGCCRF

Indicateurs d'évaluation

- Suivi des ventes et de la qualité nutritionnelle des aliments porteurs du logo

- Perception, compréhension et utilisation du logo (Inpes, Baromètre Santé Nutrition, CLCV)

- Impact de l'introduction du logo sur la qualité de l'offre alimentaire (Oqali) et sur les apports nutritionnels (ENNS, INCA).

Niveaux de preuve

De nombreux travaux ont démontré la pertinence du concept de profil nutritionnel des aliments.

La plupart des systèmes de profilage nutritionnel (existants ou proposés) sont en accord avec les guides alimentaires : c'est-à-dire qu'il valorisent des aliments dont la consommation est encouragée par les guides alimentaires, et discriminent négativement ceux que les guides alimentaires conseillent de consommer en quantité modérée [9,10]. Ces systèmes sont également compatibles avec les recommandations basées sur les nutriments (notamment, le système SAIN,LIM est en accord avec le respect de l'ensemble des ANC [11]). Il a aussi été montré que la plupart de ces systèmes classent les aliments de façon relativement similaire entre eux et en accord avec les classements opérés par des experts [12-14]. D'autres études ont vérifié que les aliments jugés comme ayant un bon profil nutritionnel selon tel ou tel système étaient effectivement consommés préférentiellement par les personnes ayant une alimentation globalement équilibrée, cet équilibre étant lui-même défini à partir de scores globaux de qualité de l'alimentation, tels que les critères Eurodiet [15,16], le Diet Quality Index [10] ou le Healthy Diet Index [14,17].

Arguments contre, limitations

Certains pensent que la notion de profil nutritionnel contredit un principe de base de la diététique selon lequel "il n'y a pas de bons ni de mauvais aliments, mais seulement de mauvais régimes".

On ne peut nier que ce qui détermine la quantité de nutriments, positifs ou négatifs, consommés chaque jour, c'est bien la quantité présente de ces nutriments dans chaque portion d'aliment ingérée. Si la plupart des travaux confirment que tous les aliments peuvent s'intégrer dans une alimentation équilibrée, ces travaux montrent aussi que plus la proportion des aliments de bon profil est importante, meilleure est la qualité nutritionnelle globale de l'alimentation [10,11,18]. En moyenne, les aliments qui ont le meilleur profil SAIN,LIM représentent déjà la moitié (en poids) de l'alimentation des Français et apportent le cinquième des calories consommées. Il suffirait d'augmenter la part des aliments de bon profil de façon à ce qu'ils représentent deux tiers du poids total consommé (tout en réduisant de façon modérée la part des aliments de mauvais profil) pour augmenter la probabilité d'avoir une alimentation adéquate sur le plan nutritionnel [19].

Certaines personnes pourraient être tentées de restreindre leur consommation aux aliments porteurs du logo. Ce scénario est réaliste quand on sait que dans l'enquête INCA2, 13 % des consommateurs ont déclaré choisir systématiquement les produits porteurs d'allégations lorsque le choix existait. La crainte est alors qu'une telle restriction alimentaire puisse induire des déficits nutritionnels. Des analyses ont été conduites pour simuler cette situation : les résultats ont montré qu'il est tout à fait possible d'avoir une alimentation nutritionnellement adéquate (c'est-à-dire qui respecte toutes les recommandations nutritionnelles) dans une large fourchette d'apports énergétiques en ne sélectionnant que des aliments ayant un bon profil nutritionnel (au titre du système SAIN, LIM); il est strictement impossible, en revanche, de respecter les recommandations nutritionnelles quand les aliments de bon profil sont exclus de l'alimentation [11].

D'autres risques ou craintes doivent être considérés :

- **Crainte que des catégories entières d'aliments ne bénéficient jamais du logo.** Il est vrai que les systèmes transversaux (même calcul pour tous les aliments) ont tendance à systématiquement mal classer certains aliments, notamment les aliments denses en énergie [20], et les aliments dont l'intérêt nutritionnel spécifique ne fait pas l'objet de recommandations particulières (présence d'AGMI, de phyto-nutriments, faible index glycémique). Le risque d'"exclusion" peut cependant être réduit si un système par catégories (calcul différent selon la catégorie d'aliments) est adopté. Des travaux récents suggèrent que des catégories sont nécessaires mais qu'il est important de ne pas en multiplier le nombre, afin de ne pas atténuer la pertinence du classement [21]. En France, pour une cohérence avec les autres actions d'éducation nutritionnelle, les catégories pourraient être basées sur les groupes d'aliments définis par le PNNS. Plus généralement, il est important de souligner que les profils nutritionnels "ne produiront des effets positifs qu'intégrés dans une politique plus globale dans laquelle l'éducation alimentaire doit conserver une place de choix"[22].

- **Crainte que le logo entre en contradiction avec d'autres affichages nutritionnels** et vienne brouiller les informations fournies par un étiquetage nutritionnel déjà jugé trop complexe par les consommateurs. L'adoption d'un logo uniquement positif limite en partie ce risque. Il est peu probable, en effet, qu'un aliment porteur du logo PNNS soit jugé comme ayant un profil nutritionnel défavorable par un système privé. En matière d'étiquetage nutritionnel, le premier souhait des consommateurs est l'harmonisation [8]. Dans l'attente d'une législation européenne sur cette question, des solutions originales devront être explorées, telles que l'apposition du logo sur les linéaires plutôt que sur les emballages.

- **Crainte de voir augmenter le prix des aliments porteurs du logo.** Ce risque est réel mais il pourrait être compensé par le fait que, en association avec le prix, les profils nutritionnels devraient aider le consommateur à choisir entre deux aliments de même prix mais de qualité nutritionnelle différente, et donc à identifier correctement les aliments de bon rapport qualité nutritionnelle/prix [18].

Faisabilité

Ni la proposition de loi française sur le logo PNNS, ni le règlement européen de 2006 ne précisent comment doit être calculé le profil nutritionnel des aliments, mais plusieurs systèmes existent déjà (dont certains bien avant le règlement européen) ou sont à l'étude [13,23-25]. Certains systèmes ont été développés par des équipes de recherche, d'autres par des institutions officielles ou des organisations non gouvernementales, et certains par des compagnies privées (Unilever notamment avec le logo Mychoice, un système transversal à seuil, avec quelques catégories dérogatoires[26]) [revue de la littérature in [27]].

Utiliser les profils nutritionnels pour accompagner des politiques nutritionnelles, c'est possible puisque c'est déjà le cas dans d'autres pays :

- **En Suède,** la "green keyhole" a été élaborée en 1989 par la Swedish National Food Administration et a été révisée en 2003. C'est un système par catégories (n=26, dont certaines sont typiquement suédoises). Les seuils et la base de référence (100 g ou 100 kcal) varient selon la catégorie. Les nutriments sont tous négatifs, sauf les

fibres. Le logo est utilisé volontairement par les industriels quand ils proposent une alternative low-fat ou high-fiber, mais il n'y a pas de logo sur les aliments non transformés qui ont un bon profil (fruits et légumes, poisson, viande...).

- **Au Royaume-Uni**, un système a été développé dès 2004 sous l'égide de la Food Standards Agency (FSA) pour permettre à l'office britannique de communication (Ofcom) de limiter l'accès à la publicité, notamment télévisuelle, de certains aliments destinés aux enfants ; ce système est basé à la fois sur des nutriments positifs, des nutriments négatifs, et la présence de fruits et de légumes [28]. En plus du système développé et utilisé par l'Ofcom, il existe aussi au Royaume-Uni les "feux tricolores" (traffic lights), qui ne sont pas un système de profil nutritionnel mais une façon "pédagogique" d'étiqueter les teneurs en sel, en sucre, en lipides et en AGS. Ces feux tricolores ne sont pas utilisés sur des aliments de base, pour lesquels la recommandation est clairement d'augmenter leur consommation, mais uniquement sur des produits transformés (plats cuisinés, saucisses, produits à base poisson, hamburgers...).

La commission européenne a, quant à elle, proposé un système qui ne repose que sur des nutriments "négatifs" (sel, sucres, acides gras saturés) et utilise des seuils qui varient selon la catégorie d'aliments considérée ; ce système n'a pas encore été officiellement adopté [29].

En France, le système de profilage qui conditionnerait le port du logo reste à définir. Le système SAIN, LIM a été proposé par l'AFSSA [4]; il est fondé sur l'idée que chaque aliment présente des qualités et des défauts nutritionnels (et non pas sur l'idée qu'il y a des bons et des mauvais aliments). Ce système est basé sur deux indicateurs, le SAIN et le LIM, qui estiment respectivement et séparément les aspects favorables et défavorables de chaque aliment²⁰. Du fait de la formule du SAIN (une moyenne non pondérée de pourcentages non plafonnés de respect des ANC), un aliment exceptionnellement riche en quelques nutriments peut avoir un SAIN aussi élevé qu'un aliment modérément riche en de nombreux nutriments. Ceci reflète bien la nécessaire complémentarité des aliments entre eux pour couvrir les besoins nutritionnels. Comme d'autres systèmes, le système SAIN, LIM comporte des faiblesses. Notamment, il ne comporte que 3 catégories d'aliments (matières grasses, liquides, autres aliments). Il gagnerait à être adapté de façon à mieux tenir compte des particularités nutritionnelles de chacun des groupes d'aliments du PNNS.

Efficacité, efficience

Le niveau de sévérité du système devra faire l'objet d'une attention particulière. Un système trop sévère serait inefficace car il ne concernerait qu'un petit nombre d'aliments (ceux ayant déjà un bon profil et ceux susceptibles de "passer le profil" après reformulation). Un système trop laxiste serait également inefficace. En effet, en admettant même que les consommateurs modifient leurs consommations en faveur des aliments porteurs du logo, si ces aliments ont une qualité nutritionnelle ordinaire, l'impact sur les apports nutritionnels sera faible. Un système trop laxiste pourrait même avoir des effets contraires à ceux attendus, en induisant chez les consommateurs un jugement globalement favorable (halo positif) pour des aliments de qualité nutritionnelle parfois médiocre.

Des études suggèrent que l'introduction de logos nutritionnels a un impact positif sur la qualité nutritionnelle de l'alimentation en agissant :

- **sur la demande** : aux USA, une étude a mis en évidence une augmentation des parts de marché de produits porteur d'un "tag" nutritionnel (apposé sur les linéaires) [30]. Toujours aux USA, mais plus récemment, des résultats comparables ont été mis en évidence à propos du système "Guiding Stars" de la chaîne Hannaford [31]. En revanche, une étude sur l'introduction des traffic lights au Royaume Uni n'a pas pu démontrer d'amélioration de la qualité nutritionnelle des achats, tout du moins à court terme [32]. Une étude Danoise a simulé l'impact d'une substitution d'aliments "standard" par des aliments de meilleur profil, et a mis en évidence un bénéfice nutritionnel potentiellement important [33]

=> *En France*, le projet LABEL (en cours) a pour objectif d'étudier, par une approche empruntée à l'économie expérimentale, l'influence de divers systèmes d'étiquetage sur la qualité nutritionnelle du panier alimentaire.

- **sur l'offre** : deux études montrent que l'introduction du logo "Pick the Tick" de la National Heart Foundation en Nouvelle-Zélande [34] et en Australie [35] a contribué à diminuer la quantité de sel mise sur le marché en incitant les fabricants à reformuler leurs produits, y compris par effet d'entraînement sur les aliments ne portant pas le logo [35]. De même, l'introduction du logo "Choice" a incité les producteurs reformuler des

²⁰ **Le SAIN**, Score d'Adéquation Individuelle aux recommandations Nutritionnelles, est une densité nutritionnelle : il estime le pourcentage moyen de couverture des apports nutritionnels conseillés pour l'adulte (ANC) en 5 micronutriments (sans tenir compte des nutriments ajoutés artificiellement) par 100 kcal d'aliment. **Le LIM**, score d'apports en nutriments à limiter sur le plan nutritionnel, estime l'excès moyen en sel, acides gras saturés et sucres simples dans 100 g d'aliment. Le LIM mesure l'excès par rapport aux valeurs maximales recommandées d'apport en ces trois nutriments.

produits existants pour qu'ils puissent bénéficier du logo, et à créer des nouveaux produits d'emblée riches en fibres et pauvres en sel, sucres ajoutés et AGS [36].

=> En France, cette modification de la qualité nutritionnelle de l'offre pourrait être suivie à travers l'Oqali²¹, L'Oqali relevant le prix des produits, il serait également possible de vérifier l'impact sur les prix de vente des aliments porteurs du logo.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Proposition de loi "visant à instaurer un label PNNS pour les produits alimentaires permettant d'informer les consommateurs et d'encadrer la publicité sur les écrans enfants, déposée par Mme Valérie Boyer devant l'Assemblée Nationale. n°2474, 2010,
- [2] Larsson I., Lissner L. - The 'Green Keyhole' nutritional campaign in Sweden: do women with more knowledge have better dietary practices? *Eur J Clin Nutr*, 1996, 50, 323-328.
- [3] The European Parliament and the Council of the European Union. - Regulation (EC) No 1924/2006 of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on nutrition and health claims. *Official Journal European Union*, 2006, L 404, 9-25.
- [4] AFSSA. - Définition de profils nutritionnels pour l'accès aux allégations nutritionnelles et de santé: propositions et arguments *Rapport Juin 2008*, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, <http://www.afssa.fr/Documents/NUT-Ra-Profils.pdf>
- [5] Cowburn G., Stockley L. Consumer understanding and use of nutrition labelling: systematic review. *Public Health Nutr*, 2005, 8, 21-28.
- [6] Grunert KG., Fernandez-Celemin L., Wills J.M., Bonsman SSG., Nureeva I. - Use and understanding of nutrition information on food labels in six European countries. *J Pub Health*, 2010, in press.
- [7] Escalon H., Bossard C., Beck F. - Baromètre Santé-Nutrition 2008. *Saint-Denis, coll. Baromètres santé, 2009 : 424 p.*, 2009,
- [8] Ministère de l'Agriculture et de la pêche, Consommation L.e.C.d.V. - Etude relative aux besoins en matière d'étiquetage nutritionnel dans le cadre de la politique nutritionnelle. *Convention CLCV/DGAL 2007-58, Octobre 2007*, 2010,
- [9] Maillot M., Darmon N., Darmon M., Lafay L., Drewnowski A. - Nutrient-Dense Food Groups Have High Energy Costs: An Econometric Approach to Nutrient Profiling. *J Nutr*, 2007, 137, 1815-1820.
- [10] Arambepola C., Scarborough P., Rayner M. - Validating a nutrient profile model. *Public Health Nutr*, 2008, 11, 371-378.
- [11] Darmon N., Vieux F., Maillot M., Volatier J.L., Martin A. - Nutrient profiles discriminate between foods according to their contribution to nutritionally adequate diets: a validation study using linear programming and the SAIN,LIM system. *Am J Clin Nutr*, 2009, 89, 1227-1236.
- [12] Scarborough P., Boxer A., Rayner M., Stockley L. - Testing nutrient profile models using data from a survey of nutrition professionals. *Public Health Nutr*, 2007, 10, 337-345.
- [13] Azais-Braesco V., Goffi C., Labouze E. - Nutrient profiling: comparison and critical analysis of existing systems. *Public Health Nutr*, 2006, 9, 613-622.
- [14] Katz D.L., Njike V.Y., Rhee L.Q., Reingold A., Ayoob K.T. - Performance characteristics of NuVal and the Overall Nutritional Quality Index (ONQI). *Am J Clin Nutr*, 2010,
- [15] Volatier J.-L., Biloft-Jensen A., De Henauw S. *et al.* - A new reference method for the validation of the nutrient profiling schemes using dietary surveys. *Eur J Nutr*, 2007, 46 (suppl 2), 29-36.
- [16] Quinio C., Biloft-Jensen A., De Henauw S. *et al.* - Comparison of different nutrient profiling schemes to a new reference method using dietary surveys. *Eur J Nutr*, 2007, 46 (suppl 2), 37-46.
- [17] Fulgoni V.L., III, Keast D.R., Drewnowski A. - Development and validation of the nutrient-rich foods index: a tool to measure nutritional quality of foods. *J Nutr*, 2009, 139, 1549-1554.
- [18] Maillot M., Ferguson E.L., Drewnowski A., Darmon N. - Nutrient profiling can help identify foods of good nutritional quality for their price: a validation study with linear programming. *J Nutr*, 2008, 138, 1107-1113.
- [19] Maillot M., Drewnowski A., Vieux F., Darmon N. - Quantifying the contribution of foods with unfavourable nutrient profiles to nutritionally adequate diets. *Br J Nutr*, 2010, in press.
- [20] Drewnowski A., Maillot M., Darmon N. - Testing nutrient profile models in relation to energy density and energy cost. *Eur J Clin Nutr*, 2009, 63, 674-683.
- [21] Scarborough P., Arambepola C., Kaur A., Bhatnagar P., Rayner M. - Should nutrient profile models be 'category specific' or 'across-the-board'? A comparison of the two systems using diets of British adults. *Eur J Clin Nutr*, 2010, 64, 553-560.

²¹ L'Oqali constitue une base évolutive de la composition des produits alimentaires commercialisés en France. Cette base permet de suivre l'évolution du marché, en termes de qualité nutritionnelle, d'étiquetage et de prix. A la différence des autres tables de composition, qui indiquent des teneurs moyennes en de nombreux nutriments pour un nombre limité d'aliments génériques, la table Oqali comporte moins de variables nutritionnelles, mais pour un grand nombre de produits alimentaires effectivement disponibles dans les linéaires des supermarchés. La collecte systématique de la composition nutritionnelle des références commercialisées a mis en évidence une large variabilité des teneurs en sel, en sucre, ou en graisses dans les produits d'un même secteur, démontrant du même coup la possibilité d'améliorer considérablement la qualité nutritionnelle des produits. En modélisant l'impact potentiel des chartes d'engagement PNNS, l'Oqali a d'ailleurs démontré qu'une amélioration notable des apports nutritionnels pouvait être obtenue en jouant uniquement sur la qualité de l'offre alimentaire [37].

- [22] Martin A. - Les profils nutritionnels seront-ils utiles pour la santé publique? *Cah. Nutr. Diet.*, 2009, 43, 223-228.
- [23] Garsetti M., de Vries J., Smith M., Amosse A., Rolf-Pedersen N. - Nutrient profiling schemes: overview and comparative analysis. *Eur J Nutr*, 2007, 46 Suppl 2, 15-28.
- [24] Labouze E., Goffi C., Moulay L., Azais-Braesco V. - A multipurpose tool to evaluate the nutritional quality of individual foods: Nutrimap. *Public Health Nutr*, 2007, 10, 690-700.
- [25] Miller G.D., Drewnowski A., Fulgoni V., Heaney R.P., King J., Kennedy E. - It is time for a positive approach to dietary guidance using nutrient density as a basic principle. *J Nutr*, 2009, 139, 1198-1202.
- [26] Nijman C.A., Zijp I.M., Sierksma A. *et al.* - A method to improve the nutritional quality of foods and beverages based on dietary recommendations. *Eur. J. Clin. Nutr*, 2007, 61, 461-471.
- [27] Drewnowski A. - Concept of a nutritious food: toward a nutrient density score. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2005, 82, 721-732.
- [28] Rayner M., Scarborough P., Stockley L., Boxer A. - Nutrient profiles; further refinement and testing of model SSCg3d. Final Report 2005. [Monograph online], 2005, <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/npreportsept05.pdf>,
- [29] EUROPEAN COMMISSION HEALTH AND CONSUMERS DIRECTORATE-GENERAL. - Working document on the setting of nutrient profiles - 16/12/2008-1. <http://www.evmi.nl/public/File/EGV>
- [30] Levy A.S., Mathews O., Stephenson M., Tenney J.E., Schucker R.E. - The impact of a nutrition information program on food purchases. *J Public Policy Marketing*, 1985, 4, 1-16.
- [31] Sutherland L.A., Kaley L.A., Fischer L. - Guiding Stars: the effect of a nutrition navigation program on consumer purchases at the supermarket. *Am J Clin Nutr*, 2010,
- [32] Sacks G., Rayner M., Swinburn B. - Impact of front-of-pack 'traffic-light' nutrition labelling on consumer food purchases in the UK. *Health Promot. Int*, 2009,
- [33] Temme E.H., van d., V, Roodenburg A.J., Bulder A., van Donkersgoed G., van Klaveren J. - Impact of foods with health logo on saturated fat, sodium and sugar intake of young Dutch adults. *Public Health Nutr*, 2010, 1-10.
- [34] Young L., Swinburn B. - Impact of the Pick the Tick food information programme on the salt content of food in New Zealand. *Health Promot. Int*, 2002, 17, 13-19.
- [35] Williams P., McMahon A., Boustead R. - A case study of sodium reduction in breakfast cereals and the impact of the Pick the Tick food information program in Australia. *Health Promot. Int*, 2003, 18, 51-56.
- [36] Vyth E.L., Steenhuis I.H., Roodenburg A.J., Brug J., Seidell J.C. - Front-of-pack nutrition label stimulates healthier product development: a quantitative analysis. *Int J Behav. Nutr Phys. Act.*, 2010, 7, 65
- [37] Observatoire de la Qualité de l'Alimentation. - Etude de l'impact potentiel des chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel. *Rapport Oqali - Mai 2010.*

Proposition n°9 - Réguler la publicité télévisée aux heures de grande écoute des enfants

Rédacteurs principaux : François Bourdillon (SFSP), Karine Gallopel-Morvan, François-Marie Caron (SFP), Dominique Turck (SFP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

Les habitudes alimentaires des enfants sont conditionnées par de multiples facteurs individuels, interpersonnels, communautaires et sociétaux (dont la publicité)ⁱ. Depuis les années 1970, on assiste dans les pays industrialisés à une augmentation de l'obésité chez l'enfant qualifiée d'épidémie. Les déterminants de l'obésité sont multiples ; l'augmentation de sa prévalence est liée à un changement rapide des modes de vie et des représentationsⁱⁱ. La publicité télévisée serait, en partie, responsable de cette augmentation car elle favorise la consommation de produits riches en sucre, en graisse et ou selⁱⁱⁱ ; mais ce n'est pas, de loin, le seul facteur en cause.

L'exposition de l'enfant aux publicités a, selon une série de publications, un impact sur les préférences et les choix alimentaires^{iv v vi}, le grignotage^{vii viii}, les connaissances nutritionnelles^{ix}. De plus, un sondage réalisé par l'INPES en 2007 sur 400 enfants âgés de 8 à 14 ans représentatifs de cette population montre qu'une majorité reconnaît l'influence de la publicité pour les boissons, les biscuits ou autres aliments appréciés. Ainsi, 62% des 8-14 ans demandent à leurs parents d'acheter ce type de produits quand ils voient des publicités à la télévision^x.

La prévention doit être multiple^{xi} et jouer à la fois sur les aspects sanitaires, les conditions de vie et les leviers économiques... Le Plan National Nutrition Santé a retenu cette approche multifactorielle en jouant sur les différents leviers : les comportements individuels, les conditions de vie et de travail, l'environnement...

La charte de l'OMS^{xii} signée par la plupart des pays européens dont la France précise *"que les mesures doivent s'articuler autour du principal domaine d'activité concerné, par exemple la production, le marketing et les informations sur les produits, tandis que l'éducation du consommateur pourrait également être envisagée, dans le cadre établi par la politique de santé publique"*. Elle précise aussi *"qu'il faut accorder une attention particulière aux groupes vulnérables tels que les enfants et les adolescents, dont l'inexpérience ou la crédulité ne doit pas être exploitée dans le cadre d'activités commerciales"*.

Cette charte OMS a été élaborée à partir d'un rapport revu notamment par l'IOTF^{xiii} (International Obesity Task Force, structure chargée des politiques de l'Association internationale pour l'étude de l'obésité, composée de dix mille scientifiques spécialistes de l'obésité répartis dans cinquante-cinq pays). L'OMS considère comme *"probable"* voire *"convaincant"*, le lien entre la survenue de maladies et la publicité pour les produits alimentaires de haute densité énergétique (aliments essentiellement gras et, ou, sucrés apportant beaucoup de calories dans un faible volume). Ces aliments ne sont en aucun cas condamnables en eux-mêmes mais leur consommation excessive peut à terme poser des problèmes de santé. Le rapport souligne que la grande majorité des publicités alimentaires, présentées lors de programmes destinés aux enfants, encourage la consommation d'aliments et de boissons de haute densité énergétique. La Food Standards Agency (FSA)^{xiv} britannique a passé en revue les études ayant examiné les effets des publicités alimentaires sur les connaissances alimentaires, les préférences, les comportements d'achat et de consommation ainsi que sur des marqueurs de santé comme l'obésité. Elle conclut que la publicité alimentaire a un impact sur les préférences alimentaires des enfants et sur les comportements d'achat. Par ailleurs, l'Institute of Medicine américain^{xv} souligne l'existence d'un lien significatif entre une forte exposition aux publicités télévisées et l'obésité des enfants et des adolescents. L'exposition à la publicité télévisée portant sur les aliments de haute densité énergétique est associée à une prévalence de l'obésité plus élevée que l'exposition à des publicités pour des produits plus sains.

Il ne faut pas être surpris de ces résultats. Des conclusions similaires ont été mises en évidence dans d'autres domaines. Ainsi une revue de la littérature récente sur le thème de l'alcool montre un lien significatif entre l'exposition à des publicités puis l'initiation à la consommation d'alcool chez les non buveurs et l'augmentation de la consommation d'alcool chez des adolescents qui boivent déjà^{xvi}.

De manière générale, il est prouvé que la publicité a un impact sur les individus, et ce dès leur plus jeune âge. Ainsi les auteurs d'une recherche ont mis en lumière que 39% des marques qui font l'objet de publicités sont reconnues par les enfants âgés de 3 à 5 ans^{xvii}. Ce résultat a conduit le Docteur Tom Warshawski, président de la Childhood obesity foundation à une prise de position forte: *"Il est temps que les décideurs politiques étudient*

sérieusement s'il est dans le meilleur intérêt de la société de permettre aux publicitaires de rejoindre les enfants, naïfs et confiants".

Certains pays ont déjà pris en compte les résultats de ces différentes études, tels l'Angleterre, le Québec ou encore la Suède qui ont réglementé la diffusion des publicités pour des produits gras et sucrés pendant les programmes destinés aux enfants.

En 2009, en France, était signée une charte alimentaire visant à promouvoir l'autorégulation du secteur audiovisuel (chaînes, producteurs, annonceurs) et éviter ainsi toute réglementation sur la publicité télévisée destinée aux enfants. Selon sept associations de consommateurs, d'utilisateurs et de malades, la charte est un triple échec (communiqué de presse du 30 juin 2010^{xviii}) car le harcèlement publicitaire continue, les communications nutritionnelles sont toujours sans légitimité scientifique et enfin les programmes nutritionnels éducatifs promus sont marginaux au regard du déferlement publicitaire quotidien. La Société française de santé publique^{xix} est restée très dubitative sur l'intérêt de cette charte au regard :

- des importants volumes publicitaires pour les produits particulièrement gras, sucrés ou salés comparés à ceux des campagnes de l'INPES ou du PNNS, qui ne peuvent que favoriser l'achat des produits promus et ne permettent pas d'envisager une modification des comportements alimentaires ;
- de la production de programmes éducatifs sur l'alimentation et l'activité physique tant qu'ils resteront sous la seule responsabilité de l'industrie alimentaire ou des médias ;
- de l'absence de validation *a priori* par des spécialistes de la nutrition et par le PNNS des programmes mis en place par les chaînes et par les industriels de l'agro-alimentaire ;
- de conditions de réductions tarifaires accordées à l'INPES pour son investissement publicitaire sur la nutrition à la télévision très difficile à atteindre.

Vingt-deux sociétés savantes et d'experts (cf. communiqué de presse du 9 mars 2010^{xx}) ont souhaité, également, une régulation de la publicité aux heures de grande écoute par les enfants.

Serge Tisseron²² considère même que la relation enfants /écrans est un problème éthique, voire même un problème de santé publique, qui dépasse largement le domaine de la nutrition.

Objectifs

- réguler la publicité pour les produits particulièrement gras, sucrés ou salés sur la base de normes élaborées par des spécialistes de la nutrition et par le PNNS aux heures de grande écoute des enfants ;
- imposer un volume horaire minimum de campagnes nutritionnelles 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 (82% des jeunes de 16 ans surfent au moins 1 fois par semaine sur le net, ESPAD, 2007), merchandising (mise en avant des produits sucrés type bonbons près des caisses de supermarché), placement de produits dans les films (cela consiste à payer pour qu'une marque apparaisse dans une production cinématographique), etc.

Description des modalités de l'action

- Cible de l'action

- Elaboration de normes permettant l'autorisation de publicité alimentaire aux heures de grandes écoutes des enfants qui seront imposées par décret ;
- Fixation de volumes horaires de campagnes nutritionnelles aux heures de grande écoute des enfants ;
- Fixation d'un tarif préférentiel pour l'INPES et ceci dès la première heure de programmes télévisés ;
- Commande d'un rapport sur les modes de régulation possibles pour réduire la pression publicitaire pour les produits particulièrement gras, sucrés ou salés *via* les autres canaux de communications.

- Opérateurs de l'action / partenaires

- Nutritionnistes, Experts PNNS, ANSES (ex-AFSSA), INPES.

²² Serge Tisseron. In « Enfants sous influence » Armand Collin, « Faits et causes », 2002.

Indicateurs d'évaluation

- Mise en œuvre des actions annoncées ;
- les déterminants de l'obésité étant plurifactoriels et en bonne partie liés à l'évolution de notre société, c'est le suivi global de la courbe d'obésité qui doit être réalisé.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

1. Livingstone S. Assessing the research base for the policy debate over the effects of food advertising to children. *International Journal of Advertising* 2005, 24, 273-96.
2. James WP. The fundamental drivers of the obesity epidemic. *Obes Rev* 2008; 9(Suppl): 6-13.
3. Lobstein T. Dibbs S. Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *Obes Rev* 2005; 6: 203-8.
4. Goldberg M.E. Gorn G.J. Children's reactions to television advertising: an experimental approach. *Journal of consumer research*. 1974; 1: 69-75.
5. Halford J.C.G. Gillespie J. Brown V and al. Effect of television advertisements for food on food consumption in children. *Appetite*, 2004, 42, 221-5.
6. Halford J.C.G. Boyland E.J. Hugues G. and al. Beyond-brand effects of television food advertisements/commercials on caloric intake and food choice of 5-7 years-old children. *Appetite* 2007 ; 49 : 263-7.
7. Langinier D. De l'influence de la publicité sur le comportement alimentaire des enfants. Thèse de doctorat en médecine. Université de Nancy 1988.
8. Bolton R.N. Modelling the impact of television food advertising on children's diet. *Current Issues and Research in advertising* 1983, 6, 173-99.
9. Dixon H.G. Scully M.L. Wakefield M.A. and al. The effects of television advertisements for junk food versus nutritious food on children's foods attitudes and preferences. *Social Science and Medicine* 2007, 65, 1311-1323.
10. Sondage INPES, Post-test des messages sanitaires apposés sur les publicités alimentaires auprès des 8 ans et plus, 2007.
11. Romon M. Obésité : quelle prévention ? *Press Med* 2010 (sous presse).
12. Charte européenne sur la lutte contre l'obésité EUR/06/5062700/8 16 novembre 2006, Istanbul. <http://www.sfsp.fr/dossiers/file/charteOMSobesite2006.pdf>.
13. The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response: summary. F. Branca, H.Nikogosian and T. Lobstein, 2006.
14. G Hastings et al. Review of research on the effects of food promotion to children, prepared for Food Standard Agency FSA. September 2003.
15. JM McGinnis et al. *Food marketing to children and youth: threat or opportunity?*, Washington, DC, National Academies Press, 2006.
16. Anderson P. et al. (2009), Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use; a systematic review of longitudinal studies, *Alcohol & Alcoholism*, 1-15.
17. Cornwell B., McAlister A. (2010), Children's Brand Symbolism Understanding: Links to Theory of Mind and Executive Functioning, *Psychology & Marketing*, 27(3): 203-228.
18. <http://www.quechoisir.org/pages/communiqués/Publicités-télévisées-alimentaires-et-prévention-de-l-obésité-infantile-Après-l-échec-de-la-charte-des-professionnels-7-associations-exigent-des-mesures-legislatives/AE54ACB251CABF5EC12577530031FC57.htm>.
19. Lutte contre l'obésité : À l'occasion du bilan à un an de la charte alimentaire, la SFSP réitère sa demande de régulation de la publicité aux heures de grande écoute des enfants. <http://www.sfsp.fr/activites/file/CPChartealimentaire.pdf>.
20. Le débat sur la régulation de la publicité alimentaire aux heures de grande écoute par les enfants doit être réouvert. <http://www.sfsp.fr/activites/file/CPPubliciteTVobesite.pdf>

Proposition n°10 - Prévenir le surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent en milieu scolaire et extra-scolaire

Rédacteurs : FNES, AFDN

Contexte

En France, l'évolution de l'alimentation, associée à une augmentation de la sédentarité, a entraîné des répercussions sur la santé de la population. Le baromètre anté Nutrition 2008 constate une prévalence élevée de pathologies liées à la nutrition comme les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète ou l'obésité. En particulier, l'obésité infantile, qui, en France, aurait triplé entre 1960 et 1990.

L'Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 2 (2006-07) note quant à elle que l'excès pondéral concerne 14 % des enfants de 3-17 ans, parmi lesquels 2,8 % sont obèses. Toutefois, la comparaison des prévalences du surpoids (obésité incluse) entre les études Inca 1 (1998-1999) et Inca 2 (2006-2007) suggère une stabilisation des taux depuis 8 ans chez les enfants.

Concernant la pratique d'une activité physique, la même étude affirme que moins de la moitié des adolescents de 15-17 ans atteint un niveau d'activité physique « entraînant des bénéfices pour la santé » (43,2 %).

Objectifs de l'action

Objectif général

- Prévenir le surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescents.

Objectifs intermédiaires

- Renforcer les connaissances de groupes d'adultes relais en milieu scolaire et extra scolaire sur l'alimentation des enfants et des jeunes en accord avec les différents objectifs du PNNS, leur permettre de prendre conscience de leurs représentations, afin d'élaborer dans chaque structure un projet nutritionnel spécifique à leurs besoins.
- Promouvoir l'alimentation équilibrée et l'activité physique quotidienne de l'enfance à l'adolescence lors d'interventions en milieu scolaire et extra scolaire (CLSH, maison de quartier, foyer d'hébergement, mission local, centre social...).
- Promouvoir l'allaitement maternel *via* un renforcement des connaissances et des pratiques auprès d'adultes relais et de futurs parents.
- Favoriser une cohérence entre différents partenaires à travers une action commune.
- Rendre acteurs les publics ciblés.

Description des modalités de l'action

Cible de l'action

Au sein des écoles

Enfants en écoles maternelles et élémentaires, pré-adolescents et adolescents en collège et lycée ; équipes éducatives ; parents des enfants et adolescents.

En milieu extra-scolaire

Enfants et adolescents et leurs parents au sein des structures accueillant les adolescents et jeunes adultes : Centre Social, IME, Mission Locale.... ; acteurs en contact avec les enfants et adolescents

Description de l'action

- Réunions de présentation du programme aux responsables et équipes des structures.
- **Formation des professionnels et acteurs en contact avec les enfants et adolescents** sous la forme de deux journées de formation et d'échanges de pratiques et de deux journées de suivi pour la mise en place de projets sur chaque site d'intervention. Identification d'une personne référente au sein des structures.
- **Interventions auprès de parents** : réunions autour de différentes thématiques concernant l'alimentation, l'activité physique et la santé des enfants.

- **Interventions auprès des enfants, adolescents et jeunes adultes avec des animations pédagogiques adaptées en fonction des âges et des structures** (environ 10 séances). Contenu : la notion de santé globale / Mise en avant du rôle de l'alimentation, les différents groupes alimentaires, la notion de quantité, l'équilibre alimentaire, le grignotage, l'exercice physique, le marketing et la publicité, la notion de budget alimentaire.
- **Interventions auprès des adultes relais et des futurs et jeunes parents sur l'allaitement maternel et la diversification alimentaire du jeune enfant** : organisation de réunions et conférence sur ces sujets au sein des lieux d'accueils de la petite enfance.

Opérateurs de l'action / partenaires

Opérateur de l'action : chargés de projet, psychologues, éducateurs de santé, diététiciens... appartenant au réseau de la FNES.

Partenaires : ASV, Centres sociaux, Maisons pour tous, Clubs de Sport, Associations de jeunes, Foyers d'hébergement, Maisons de l'enfant à caractère social et IME, Missions locales et Centres de formation, Parents, PMI, Politique de la ville, Inspecteurs de l'Education Nationale et les coordonnateurs REP, santé scolaire (médecin, infirmiers, assistants sociaux, psychologues scolaires), directeurs, enseignants, conseillers d'éducation, Aides-éducateurs, personnels de Mairie, animateurs du CLSH, animateurs des groupes jeunes...

Indicateurs d'évaluation

Indicateurs d'évaluation du processus :

- Réalisation des activités planifiées.
- Mise en œuvre des réunions de présentation (prévu/réalisé).
- Réalisation des formations de professionnels et acteurs en contact avec les enfants et adolescents (prévu/réalisé).
- Mise en œuvre des interventions auprès de parents (prévu/réalisé).
- Réalisation des interventions auprès des enfants, adolescents, jeunes adultes (prévu/réalisé).
- Interventions auprès des adultes relais et des futurs et jeunes parents sur l'allaitement (prévu/réalisé).
- Co-rédaction du calendrier avec les partenaires.
- Couverture du programme : territoires touchés et populations touchées par l'action prévu/réalisé.
- Ressources mobilisées.
- Faisabilité : freins et éléments facilitateurs, propositions d'améliorations.

Indicateurs d'évaluation de résultats

- Acquisition de connaissances et de compétences des participants à la formation.
- Emergence et implication de personnes référentes au sein des structures.
- Acquisition de connaissances et de compétences des enfants, adolescents et jeunes adultes en matière de nutrition et d'activité physique.
- Acquisition de connaissances et de compétences des parents en matière de nutrition et d'activité physique.
- Evolution des comportements alimentaires et de l'activité physique des enfants et adolescents.

Indicateurs d'évaluation de la qualité

- Taux de satisfaction des participants au programme par rapport à leurs attentes.
- Demandes de renouvellement du programme sur les mêmes territoires ou de mise en œuvre du programme sur d'autres territoires.
- Initiation de nouveaux partenariats et renforcement des partenariats existants.

Cette proposition est inspirée du programme « Je mange, je bouge, je vais bien » mis en œuvre par le Comité Départemental d'Education pour la Santé des Bouches-du-Rhône
Plus de précisions sur : http://www.codes13.org/6-newsletter/archives/numero_10/Dossier_presse_nutri-obesite.pdf

Proposition n°11- Promotion de l'allaitement maternel

Rédacteur principal : Dominique Turck (SFP)

Problématique et contexte

Le lait maternel est l'aliment naturel du nourrisson. L'allaitement maternel est une pratique intime, dont la décision est de la responsabilité de chaque femme, une pratique à replacer dans l'histoire et la culture de chaque société. C'est aussi une question de santé publique, à la lumière des bénéfices pour la santé de l'enfant allaité et de sa mère, à court, moyen et long terme.

Bénéfices de l'allaitement

L'allaitement a de nombreux effets bénéfiques, qui dépendent du degré d'exclusivité de l'allaitement et de sa durée, et ont été analysés dans des méta-analyses récentes.

L'allaitement est associé chez le nourrisson à un moindre risque de diarrhées aiguës, d'otites aiguës et d'infections respiratoires sévères. Il est également associé à une diminution du risque d'asthme et d'eczéma pendant les 2-3 premières années de la vie chez les enfants à risque d'allergie, et à une diminution du risque d'obésité et de surpoids, de diabète de type 1 et 2, de maladie cœliaque, de maladies inflammatoires du tube digestif, et de mort inattendue du nourrisson. Chez les prématurés, l'alimentation par le lait de femme est associée à un moindre risque d'infections néo-natales et d'entérocolite ulcéro-nécrosante.

Chez la mère, l'allaitement est associé à une diminution de l'incidence du cancer du sein avant la ménopause et du cancer de l'ovaire, du diabète de type 2, de dépression du *post-partum*, et du risque de pathologies métaboliques et cardio-vasculaires.

Les contre-indications de l'allaitement sont très rares, dominées par l'infection maternelle par le VIH. Très peu de médicaments sont incompatibles avec la poursuite de l'allaitement.

Recommandations nationales et internationales

Les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) datent de 2002 : « Le nourrisson doit être exclusivement nourri au sein pendant les 6 premiers mois de la vie : c'est là une recommandation générale de santé publique. Par la suite, en fonction de l'évolution de ses besoins nutritionnels, le nourrisson doit recevoir des aliments complémentaires sûrs et adéquats du point de vue nutritionnel, tout en continuant d'être allaité jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus ». La Société européenne de gastro-entérologie, hépatologie et nutrition pédiatriques (ESPGHAN) recommande un allaitement exclusif d'une durée de 6 mois idéalement, et au minimum de 4 mois.

Au niveau national, la promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs spécifiques du PNNS. L'allaitement exclusif est recommandé pendant les 6 premiers mois de vie de l'enfant par la HAS (2002), la Société française de pédiatrie (SFP) et l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA). L'allaitement est également recommandé par le Collège national des sages-femmes et le Collège national des gynécologues-obstétriciens français.

Impact économique de l'allaitement

En France, le surcoût lié à l'achat du lait artificiel et aux dépenses supplémentaires en soins médicaux et en pharmacie consécutives au non-allaitement est estimé à 500 € pour un nourrisson pendant les 6 premiers mois. Ceci est d'autant plus significatif que la prévalence de l'allaitement est particulièrement faible dans les populations défavorisées.

Au Royaume-Uni, une analyse d'un programme de soutien à l'allaitement destiné à des populations en difficulté, estimait en 2007 que l'économie en dépenses de santé relative à la réduction de l'incidence de diarrhées aiguës, d'otites et d'infections respiratoires au cours de la 1^{re} année de vie était de l'ordre de 300 £ par enfant en cas d'allaitement.

Aux Etats-Unis, une étude considérant les coûts directs relatifs au traitement des seuls cas de diarrhées aiguës, d'otites et d'entérocolites, concluait en 2001 qu'il serait possible de réduire les dépenses de santé de 3,6 milliards de dollars par an si les taux d'allaitement étaient de 75% à la maternité (contre 64% en pratique) et de 50 % à 6 mois (contre 29%).

Etat des lieux de l'allaitement en France

La proportion d'enfants allaités à la maternité a augmenté en France régulièrement, mais lentement, entre 1972 et 1981 : le taux était de 36% en 1972, 45,5% en 1976, 51,6% en 1995 et 52,5% en 1998. En 2003, date des dernières statistiques disponibles, la proportion d'enfants allaités en maternité était de 62,6 % (allaitement exclusif : 56,3% ; allaitement partiel : 6,3%). On notait des variations importantes entre les régions, avec des extrêmes de 43% en Picardie et 74 % en Région parisienne. Les femmes qui allaitent sont souvent plus âgées, primipares, étrangères, avec une profession qualifiée, ont accouché dans les maternités de grande taille et dans un centre hospitalier universitaire (CHU). La prévalence de l'allaitement augmente avec l'âge gestationnel de l'enfant et son poids à la naissance, mais diminue pour les enfants de 4 kilos ou plus.

En l'absence d'évaluation épidémiologique régulière, on ne dispose pas de données au niveau national sur la durée de l'allaitement. Celle-ci semble le plus souvent très courte : sa durée médiane a été estimée à 10 semaines en 1998, mais il existe également d'importantes disparités régionales.

Malgré l'augmentation récente, la prévalence de l'allaitement en France se situait parmi les plus faibles d'Europe au début des années 2000. Le taux d'initiation de l'allaitement en maternité variait de moins de 40% (Irlande) à plus de 95% (pays scandinaves). Quatorze pays (dont l'Allemagne, l'Italie, le Portugal et la Suisse) avaient un taux supérieur à 90% et cinq pays (dont l'Espagne, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne) un taux de 70 à 90%.

Les déterminants de l'allaitement

De nombreux travaux de la littérature ont permis de préciser les facteurs ayant une association positive avec l'initiation et/ou la durée de l'allaitement.

Facteurs liés à la mère : 1) mère plus âgée, mariée, primipare, d'un niveau de scolarité supérieur, socio-économiquement plus favorisée ; 2) avoir été allaitée, avoir vu allaiter, expérience positive d'allaitement ; 3) grossesse planifiée, désir et intention prénatale d'allaiter, décision précoce, perception de facilité ; 4) participation à des cours de préparation à la naissance ; 5) confiance en soi, sentiment d'auto-efficacité ; 6) absence de difficultés d'allaitement ; 7) cohabitation mère-enfant 24h/24h à la maternité.

Facteurs liés à l'enfant et à son état de santé : technique de succion correcte.

Facteurs liés à l'entourage : 1) soutien du partenaire, partenaire favorable à l'allaitement ; 2) soutien émotionnel de l'entourage ; 3) soutien téléphonique des paires (autres femmes allaitantes ou ayant allaité).

Facteurs liés aux pratiques de soins et au système de santé : 1) mise au sein précoce, tétées fréquentes, à la demande ; 2) soutien de professionnels de santé formés.

Facteurs liés aux politiques de santé : 1) accès à un congé de maternité rémunéré prolongé ; 2) initiative « Hôpital ami des bébés ».

Parmi l'ensemble de facteurs précités, certains semblent d'une importance toute particulière pour l'initiation et la durée de l'allaitement :

- la durée du congé de maternité ;
- la reprise du travail ;
- la prématurité ;
- la précarité ;
- l'initiative « Hôpital ami des bébés » (IHAB).

Objectifs généraux d'une politique de promotion de l'allaitement

1. Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement au travers d'actions concertées et coordonnées.

2. Avoir un autre regard sur l'allaitement :

- mise en images et représentations de l'alimentation infantile et du maternage dans les différents media en faveur de l'allaitement ;
- respect de l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

3. Informer les femmes, les pères et les familles de l'importance de l'allaitement, et leur procurer les connaissances de base pour la conduite de l'allaitement.

4. Permettre l'accès pour toutes les femmes à des services de maternité et de soins post-nataux soutenant effectivement l'allaitement :

- amélioration de la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé ;
- mise en œuvre des standards de pratiques optimales (IHAB), à intégrer dans les critères d'accréditation des maternités par la HAS ;

- renforcement du soutien aux mères par des professionnels de santé qualifiés et les groupes de soutien bénévoles ;
 - mise en place d'actions spécifiques en faveur des groupes plus fragiles : populations défavorisées, enfants prématurés et de faible poids de naissance.
- 5. Protéger le droit des femmes à allaiter et le droit des enfants à être allaités :**
 - augmentation de la durée du congé de maternité rémunéré ;
 - protection de l'allaitement au travail, dans les crèches, chez les assistantes maternelles et dans les lieux publics.
 - 6. Évaluer et suivre l'efficacité des mesures mises en place (système de surveillance du taux d'initiation et de la durée de l'allaitement).**
 - 7. Encourager et soutenir la recherche sur l'allaitement.**

Description des modalités de l'action et mesures spécifiques pour certaines populations

1. Mettre en place un coordinateur national de l'allaitement

C'est un impératif pour :

- proposer des actions propres à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement ;
- assurer le suivi et l'évaluation des actions proposées ;
- veiller à l'application de l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ;
- évaluer régulièrement la prévalence de l'initiation de l'allaitement en maternité et sa durée.

2. Mettre en place un comité national de l'allaitement (CNA)

Il comporte des représentants du Ministère de la Santé et des agences de santé (AFSSAPS, INPES, InVS), des professionnels compétents dans le domaine de l'allaitement et des représentants des associations ayant pour objectif la promotion de l'allaitement. Ce comité doit être intégré à la Commission nationale de la naissance.

3. Veiller à la déclinaison régionale de la politique de promotion de l'allaitement

Faire en sorte que les correspondants du PNNS dans les ARS veillent au suivi des actions de l'allaitement, de l'application des dispositions réglementaires, et de l'évolution régionale de la prévalence de l'initiation et de la durée de l'allaitement, en étroite relation avec les réseaux de périnatalité et les commissions régionales de la naissance.

4. Mettre en place dans chaque maternité un référent pour l'allaitement

Ce référent est chargé de coordonner avec l'ensemble du personnel soignant de la maternité les actions permettant d'aider chaque mère qui le souhaite à initier l'allaitement dans les meilleures conditions et à pouvoir l'inscrire dans la durée, en fonction de son projet.

5. Mettre en place, entre J₈ et J₁₅, une consultation par un professionnel de santé formé

Cette consultation, remboursée à 100%, est destinée à l'évaluation de l'allaitement chaque fois que cela paraît souhaitable, idéalement de manière systématique pour toute femme allaitante, avec la création d'une nomenclature spéciale pour ce type de consultation, en raison de sa durée et de sa spécificité.

6. Allonger la durée du congé de maternité rémunéré dans sa période post-natale de 10 à 14 semaines

Un congé post-natal plus long est un élément décisif pour une poursuite plus satisfaisante de l'allaitement, dont la prévalence s'effondre aujourd'hui environ 10 semaines après la naissance. Cet allongement du congé post-natal, proposé à toutes les femmes, permettra d'augmenter la durée de l'allaitement exclusif, dont les bénéfices pour la santé de l'enfant sont surtout sensibles pour une durée d'au moins 3 mois.

7. Informer les employeurs publics et privés des avantages, pour eux-mêmes et leurs employées, de la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail

8. Respecter les droits des femmes qui allaitent après la reprise du travail et garantir aux femmes qui optent pour un travail à temps partiel ou un congé parental la garantie de leur emploi et de leur projet de carrière professionnelle

Ces garanties sont indispensables pour aller dans le sens d'une plus grande équité femme/homme et du respect des droits des femmes.

9. Rendre obligatoire dans les structures d'accueil de nourrissons et de jeunes enfants et chez les assistantes maternelles l'application des recommandations publiées par l'AFSSA en 2005 sur le recueil, le transport et la conservation du lait maternel.

10. Mettre en place un système de surveillance épidémiologique national

Cette mission est du ressort de l'InVS, en liaison avec les ARS, par exploitation des certificats de santé du 8^e jour et du 9^e mois et par enquêtes régulières.

11. Développer la recherche

La recherche académique et institutionnelle sur l'allaitement doit être fondée sur des priorités définies par le CNA et garantissant son indépendance de tout intérêt commercial. Cette démarche doit s'accompagner du développement d'un centre national de recueil des travaux pertinents effectués sur le thème de l'allaitement.

Mesures spécifiques

1. Pour les populations défavorisées

De nombreuses femmes issues de ces populations ont une mauvaise estime d'elles-mêmes et doutent de la qualité de leur lait et de leur capacité à allaiter. Ces femmes souffrent souvent d'un isolement important, loin de leurs familles et de leurs racines, justifiant l'action des groupes de pairs entre mères de niveau socio-économique comparable, et le suivi des sorties précoces de maternité.

Propositions

I. Réduire l'isolement des familles :

- encourager les groupes de parole de mère à mère, en formant des conseillères non professionnelles bénévoles issues des mêmes catégories sociales (groupes de pairs ; « Peer Counsellors », modèle PRALL) ;
- compléter l'éventuelle distribution gratuite de lait artificiel dans ces populations par des initiatives visant à promouvoir et soutenir l'allaitement.

II. Après la sortie de la maternité :

- mettre en place avec les services de PMI un réseau de suivi de soins et d'aide sociale, tout particulièrement en cas de sortie précoce

2. Pour les enfants prématurés et de faible poids de naissance.

Les prématurés (terme < 37 semaines) représentent 7 % des naissances, soit près de 60 000 enfants par an, et leur nombre est en augmentation.

Sous réserve d'un enrichissement de nature variable selon le terme de l'enfant (énergie, protéines, minéraux, oligo-éléments et vitamines), l'alimentation au lait de femme (de la propre mère ou provenant de donneuse *via* un lactarium) est recommandée pour les enfants prématurés.

Propositions

I. Recourir préférentiellement au lait de femme (lait de la mère ou lait de donneuse *via* le lactarium) pour tous les prématurés et enfants de faible poids de naissance.

II. Maintenir la proximité mère/enfant, soit avant la naissance en transférant la parturiente, soit après la naissance en rapprochant le plus rapidement possible la mère de l'enfant :

- importance du rôle des réseaux de périnatalité pour les décisions de transfert ;
- mise en place d'une aide pour le transport et le logement si l'enfant est hospitalisé loin du domicile.

III. Aider et soutenir les lactariums dans leur rôle de promotion de l'allaitement et tout particulièrement le don de lait aux lactariums, encore méconnu du public.

- Cible des actions

L'ensemble de la population, avec une attention plus particulière aux femmes en âge de procréer et aux femmes enceintes (820.000 naissances par an en France).

- Résultats attendus

Augmentation de la prévalence de l'initiation de l'allaitement en maternité et de la durée de l'allaitement, exclusif et partiel, en conformité avec les souhaits des femmes, sans obérer leur carrière professionnelle.

- Opérateurs de l'action - Partenaires

- Ministères de la santé, de la famille et du travail, ARS.
- INPES, InVS, AFSSAPS, CNAMTS.
- Facultés de médecine, écoles de sages-femmes et d'infirmiers.
- Associations de formation médicale continue et URML.
- Sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens, médecins nutritionnistes, sociétés savantes et ordres professionnels correspondants.
- Associations de promotion de l'allaitement maternel.

Indicateurs d'évaluation

Sous la direction de l'InVS et avec la collaboration des ARS, par exploitation des certificats de santé du 8^e jour et du 9^e mois et par enquêtes régulières (type enquête nationale périnatale) :

- mesure de la prévalence d'initiation en maternité ;
- mesure de la durée de l'allaitement maternel exclusif et partiel.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, de l'efficience

1. Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons. Juillet 2005. <http://www.afssa.fr/Documents/MIC-Ra-BIB.pdf>
2. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. AHRQ Publication N° 07-E007, April 2007, 524 pages. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat1b.chapter.106732>
3. Bonet M. L'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital : évolution et facteurs associés. Thèse pour le doctorat de l'Université Paris-XI, Spécialité : Santé Publique, Option : Epidémiologie. 2009.
4. Cattaneo A, *et al.* Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005; 8: 39-46.
5. ESPGHAN Committee on Nutrition. Agostoni C, *et al.* Breast-feeding. A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 49: 112-25.
6. Haute autorité de santé. Favoriser l'allaitement maternel : processus - évaluation. Juin 2006. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf
7. Leclercq AM. L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique ? Mémoire DESS Economie Gestion Hospitalière Privée. Avril 1997.
8. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, et Société française de pédiatrie. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Fascicule Programme National Nutrition Santé, 2005, 72 pages. <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/allaitement.pdf>
9. Noirhomme-Renard F, *et al.* Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pédiatr Puéric* 2009 ; 22 : 112-20.
10. OMS. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève, 1981, 24 pages. http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf
11. OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. OMS, Genève, 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242562211.pdf>
12. Pénet S. Le congé maternité. DREES, Ministère de la Santé et des Solidarités, Etudes et Résultats 2006 ; 531 : 1-7. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er531/er531.pdf>
13. Programme Relais Allaitement Maternel (PRALL). Leche League France. <http://www.llfrance.org/Que-faisons-nous/Programme-Relais-Allaitement-PRALL.html>
14. UNICEF & World Health Organization. Baby-Friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrated care. Section 1: Background and implementation. 2009. Original BFHI Guidelines developed 1992. http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html
15. World Health Organization. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses. 2007. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf

Proposition n°12 - Réduire la fréquence du déficit en fer chez les enfants de 6 mois à 3 ans

Rédacteurs principaux : Béatrice Dubern (SFN), Patrick Tounian (SFN)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

Le fer est un oligoélément clé pour l'organisme en tant que constituant majeur de protéines non enzymatiques comme l'hémoglobine (60% du fer total de l'organisme) et d'enzymes impliquées entre autres dans la régulation des gènes ou la réparation de l'ADN. Un déficit en fer peut donc avoir de multiples conséquences, en particulier chez le nourrisson et le jeune enfant dont les besoins en fer sont importants du fait de sa croissance rapide (1, 2). Le déficit en fer est caractérisé par une diminution de la concentration plasmatique de la ferritine (principale forme de stockage du fer), sans anémie associée. La carence martiale est quant à elle définie par la présence d'une anémie ferriprive. En dehors de cette dernière, la carence en fer peut aussi être responsable d'une stagnation de la courbe de croissance staturo-pondérale, d'un retard d'apprentissage et d'acquisitions, et enfin de troubles digestifs avec majoration du risque infectieux (1, 2).

Le déficit en fer reste de nos jours fréquent à l'échelle mondiale, notamment dans les pays industrialisés comme la France. Dans la population française, les enfants de plus d'un an ont un apport moyen en fer couvrant à peine 77% des apports nutritionnels conseillés (6 à 7 mg/jour de 0 à 3 ans) (3). Le déficit en fer est fréquent en pédiatrie, avec une prévalence de 20 à 30% chez les nourrissons et les jeunes enfants (selon les milieux) (3,4). Il affecte électivement ces derniers en raison des apports martiaux importants exigés par leur croissance rapide mais aussi de la diminution de la consommation du lait maternel et des laits infantiles, qui représentent la principale source de fer à cet âge.

Pour réduire le risque de déficit en fer de la naissance à 3 ans, le schéma alimentaire suivant est conseillé (6) :

1. De la naissance à 6 mois, allaitement maternel ou utilisation d'une préparation pour nourrissons (lait « 1^{er} âge ») ;
2. De 6 mois à 1 an, poursuite de l'allaitement maternel ou utilisation d'une préparation de suite (lait « 2^e âge »), en association avec une diversification alimentaire apportant des aliments riches en fer ;
3. De 1 an à 3 ans, poursuite de l'allaitement maternel ou utilisation d'une préparation pour enfants en bas âge (lait « croissance »), en association avec une diversification alimentaire apportant des aliments riches en fer.

Le remplacement intempestif de ces différents laits supplémentés en fer par du lait de vache expose à un risque accru de déficit en fer, surtout si les aliments donnés en complément du lait ne permettent pas de compenser les déficits induits. Par exemple, en remplaçant une préparation de suite par du lait de vache dans l'alimentation habituelle d'un nourrisson entre 8 et 10 mois, les apports en fer peuvent être diminués de 75% (5).

La composition des préparations pour enfants en bas âge se situe habituellement dans la partie haute de la fourchette réglementaire de la composition des préparations de suite. Ces préparations s'en distinguent principalement par leur aromatisation fréquente par un dérivé vanillé et l'ajout de saccharose pour certains d'entre eux. Ces préparations pour enfants en bas âge sont en revanche très différentes du lait de vache entier dont elles se différencient par un enrichissement significatif en fer (1,2 mg/100 mL en moyenne contre 0,05 mg/100mL pour le lait de vache entier), acides gras essentiels et vitamines, ainsi que par une réduction du contenu en protéines, lipides, et minéraux (fer exclu) (5). A ce jour, aucune étude randomisée et contrôlée n'a été réalisée pour démontrer que le déficit en fer était plus rare chez les enfants qui consommaient des laits supplémentés en fer et non du lait de vache au-delà de l'âge de 18 mois. Cependant, devant la fréquence de l'anémie ferriprive qui est près de 4 fois plus importante entre les âges de 2-3 ans et d'1 an (7) et devant la couverture partielle des apports recommandés en fer chez plus de la moitié des enfants de 13 à 24 mois (8), il est vraisemblable que la diminution de consommation de laits infantiles constatée après l'âge d'un an contribue au déficit d'apport en fer à cette période de la vie. Aussi, la prescription systématique de lait supplémenté en fer dans cette tranche d'âge pourrait significativement participer à l'augmentation des apports martiaux (6). En effet, même en cas de consommation insuffisante de viandes ou poissons, autres sources de fer bien assimilable, le maintien d'un apport quotidien d'au moins 500 mL de lait supplémenté en fer permet de couvrir l'ensemble des besoins en fer (5).

Deux inconvénients des préparations pour enfants en bas âge peuvent cependant être mis en avant, l'aromatisation parfois présente et leur prix élevé. Certains laits supplémentés en fer sont aromatisés par un dérivé vanillé et parfois également sucrés. Ces modifications sont destinées à accroître l'acceptabilité de ces

laits par les enfants et donc à en assurer une meilleure consommation. A ce jour, aucun effet délétère n'a été décrit pour cette aromatisation, à l'exception d'une moins bonne acceptabilité ultérieure du goût du lait non aromatisé. En revanche, l'appétence exagérée pour la saveur sucrée qu'ils pourraient entraîner n'a pas été démontrée (9, 10). Le coût des laits supplémentés en fer varie de 1,0 à 2,4 €/L, alors que celui du lait de vache entier s'étend de 0,85 à 1,9 €/L (5). La consommation journalière de 500 mL de lait supplémenté en fer entraîne donc un surcoût pour les familles de 2,25 à 23,25 € par mois. Cette dépense supplémentaire peut être un frein dans certains foyers défavorisés, mais le coût des aliments riches en fer correctement absorbable (viandes, foie) est proportionnellement bien supérieur.

Objectifs et résultats attendus

- Améliorer le statut en fer des enfants de 6 mois à 3 ans.
- Favoriser l'initiation et la prolongation de l'allaitement maternel.
- Favoriser la consommation des laits supplémentés en fer, en particulier chez les enfants de plus d'un an.
- Réduction du prix des laits supplémentés par les industriels.

Description des modalités de l'action

Cibles de l'action

- Information des professionnels de santé sur le bénéfice de l'allaitement maternel et des laits supplémentés en fer.
- Campagnes de sensibilisation dans la population.
- Réglementation du prix des laits supplémentés en fer avec charte d'engagement des fabricants et distributeurs de lait.

Résultats attendus

- Augmentation de la consommation de laits supplémentés en fer chez les enfants de 6 mois à 3 ans.
- Réduction de la fréquence du déficit en fer et de la carence martiale chez les nourrissons de 6 mois à 3 ans.

Opérateurs de l'action/partenaires

Société Française de Pédiatrie (SFP), Association française des pédiatres ambulatoires (AFPA), Syndicat Français des Aliments de l'Enfance (SFAE).

Indicateurs d'évaluation

- Prévalence du déficit en fer et de la carence en fer (anémie ferriprive) dans la population pédiatrique française de 6 mois à 3 ans.
- Consommation des laits supplémentés en fer.

Documentation

- 1) Ricour C, Ghisolfi J, Putet G, Goulet O. Traité de nutrition pédiatrique. Maloine 1996.
- 2) AFSSA. Apports nutritionnels conseillés pour la population française : Tec&Doc 2001.
- 3) Fantino M, Gourmet E. Apports nutritionnels en France en 2005 chez les enfants non allaités âgés de moins de 36 mois. Arch Pédiatr 2008 ; 15 : 446-55.
- 4) Hercberg S. La déficience en fer et l'anémie ferriprive dans la population française. Revue Française des Laboratoires 2001 ; 334 : 55-8.
- 5) Tounian P, Sarrio F. Alimentation de l'enfant de 0 à 3 ans. Collection Pédiatrie au quotidien. 2^e éd. Masson 2011 (*in press*).
- 6) PNNS. La santé vient en mangeant. Le guide de nutrition de la naissance à 3 ans. 2005.
- 7) Freeman VE, Mulder J, van't Hof MA, Hoey HM, Gibney MJ. A longitudinal study of iron status in children at 12, 24 and 36 months. Public Health Nutr 1998; 1: 93-100.
- 8) Boggio V, Grossiord A, Guyon S, Fuchs F, Fantino M. Consommation alimentaire des nourrissons et des enfants en bas âge en France en 1997. Arch Pédiatr 1999; 6: 740-7.
- 9) Anderson GH. Sugars, sweetness, and food intake. Am J Clin Nutr 1995; 62 (Suppl): 195S-202S.
- 10) Hill JO, Prentice AM. Sugar and body weight regulation. Am J Clin Nutr 1995; 62 (Suppl); 264S-74S.

Proposition n°13 - Promotion de la consommation de lait et laitages et amélioration du statut vitaminique D de l'adolescent

Rédacteurs principaux : Michel Vidailhet (SFP), Dominique Turck (SFP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

L'insuffisance de la consommation de lait et de laitages pendant l'adolescence, avec l'apport très insuffisant de calcium (Ca) qui en résulte à cette période de la vie déterminante pour la minéralisation osseuse, est un problème majeur, en particulier chez les filles. Cette situation a été confirmée par l'enquête INCA₁, et s'est encore aggravée selon les enquêtes INCA₂ et ENNS 2006. A titre d'exemple, la prévalence d'inadéquation des apports en calcium estimée par la prévalence de sujets ayant un apport en calcium inférieur au besoin nutritionnel moyen était dans l'étude INCA₂ de 73,5% pour les filles de 10 à 19 ans et de 62,4% pour les garçons de 15 à 19 ans (1). Elle est aujourd'hui favorisée par la place excessive des sodas et même des jus de fruits, ces derniers prenant progressivement la place du lait dans l'alimentation des enfants et des adolescents.

Les conséquences à court terme de l'insuffisance de consommation de lait et de laitages sont dominées par l'augmentation du risque de fractures. Cette insuffisance de consommation de lait pendant l'enfance (2) ou l'adolescence (3) a en effet un impact négatif sur la minéralisation des os longs et des vertèbres pendant la croissance pré-pubertaire et pubertaire.

L'exclusion de l'apport lacté pendant l'enfance influence également la santé osseuse à long terme, et en particulier le risque d'ostéoporose et de fractures chez la femme après la ménopause. L'ostéoporose chez les personnes âgées constitue actuellement une préoccupation majeure en matière de santé publique, en raison des fractures, des douleurs, des invalidités et de la surmortalité qu'elle génère. La prévention de l'ostéoporose repose notamment sur l'obtention d'un pic de masse minérale osseuse (PMMO) le plus élevé possible chez l'adulte jeune (4). Si ce pic est atteint à des âges un peu différents selon les sites osseux et les publications, on considère que plus de 90% du PMMO est atteint à l'âge de 18 ans.

La variabilité de la minéralisation osseuse dépend avant tout des facteurs génétiques qui rendraient compte de 50 à 80% de sa variance (4). Cependant, à côté de ces déterminants constitutionnels interviennent des facteurs environnementaux sur lesquels il est possible d'agir, comme l'activité physique, et des facteurs nutritionnels, au premier rang desquels les apports de calcium, de protéines et le statut vitaminique D. La prise de lait pendant la croissance influence la santé osseuse, et en particulier le risque de fractures chez les femmes après la ménopause et chez les sujets âgés. L'impact positif de cette prise de lait résulte moins d'une augmentation de la densité minérale osseuse de l'adulte et de la femme après la ménopause, cet effet étant modeste et controversé (5-7), que d'un effet sur la croissance et la morphogénèse des os (6,7).

La situation à risque d'apports insuffisants en calcium chez l'adolescent est encore aggravée par l'émergence croissante d'un courant opposé à la consommation de lait et de produits laitiers, en dépit de leur place déterminante pour assurer l'apport calcique. Certains auteurs s'acharnent en effet à les combattre et à mettre en garde contre de prétendus dangers (cancer, diabète, athérosclérose, sclérose en plaques...) qu'ils feraient courir (8).

Cette situation est encore aggravée par le déficit vitaminique D démontré chez les adolescents en hiver et au printemps aux latitudes du territoire métropolitain (9, 10).

Objectifs et résultats attendus

- Rétablir une prise de lait et/ou de laitages nutritionnellement adaptés à 3 ou 4 des prises alimentaires quotidiennes, en utilisant lait et laitages nutritionnellement adéquats, en particulier ceux enrichis en vitamine D, et en supplémentant en vitamine D par voie orale les adolescents en période hivernale ;
- Obtenir une prise quotidienne de calcium plus proche des ANC ; améliorer, au moins partiellement, le statut vitaminique D ;
- Améliorer la densité minérale osseuse (DMO) et le contenu minéral osseux (CMO) chez l'adolescent, obtenir un meilleur pic de masse osseuse (PMO) en fin de croissance, une diminution de la prévalence des fractures chez l'adolescent, et retarder l'âge d'apparition de l'ostéoporose chez les personnes âgées.

Description des modalités de l'action

- Cible de l'action - Nombre de personnes concernées

Les 6 à 7 millions d'adolescents (environ 10% de la population française) vivant en France et leurs parents.

- Résultats attendus :

Amélioration de la consommation de lait et des laitages, et du statut vitaminique D.

- Opérateurs de l'action / partenaires :

- médias adaptés aux adolescents ;
- recommandations destinées aux professionnels de santé pour la consommation de lait et laitages, ainsi que pour la supplémentation hivernale en vitamine D chez l'adolescent, par les sociétés savantes et par la Haute Autorité de Santé, à mettre en œuvre ;
- organisations de formation médicale continue ;
- industriels commercialisant lait et laitages de consommation courante, qui seront sollicités *via* leurs associations professionnelles pour optimiser les niveaux d'enrichissement en vitamine D dans leurs produits.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

Toutes les études d'intervention chez l'enfant et l'adolescent montrent non seulement un effet bénéfique de l'apport de lait sur l'acquisition de la masse minérale osseuse vertébrale et fémorale (11), ainsi que sur le contenu minéral du corps entier (12), mais aussi sur la morphogénèse osseuse, avec une augmentation du diamètre des os longs et de l'épaisseur de leurs corticales (13). L'effet d'un apport de lait sur l'épaisseur des corticales est d'ailleurs supérieur à celui de sels de calcium (carbonate ou citrate/malate) (11, 14).

Deux études récentes montrent l'impact positif de l'apport de lait sur le diamètre et l'épaisseur des os longs pendant la croissance et son influence à long terme sur la santé osseuse des femmes après la ménopause et des sujets âgés (6, 7).

La supplémentation orale hivernale des adolescents vivant dans une région métropolitaine à taux d'ensoleillement moyen permet une normalisation de leur statut vitaminique D (9, 10).

Indicateurs d'évaluation

Enquêtes alimentaires du type INCA et ENNS, et évaluation du statut vitaminique D par dosage sérique de la 25-OH vitamine D.

Références bibliographiques

1. Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa). INCA 2. Etude individuelle nationale des consommations alimentaires. 2006-2007. Accessible à : <http://www.afssa.fr/Documents/PASER-Fi-INCA2resultats.pdf>
2. Rockell JE, Williams SM, Taylor RW, *et al.* Two year changes in bone and body composition in young children with a history of prolonged milk avoidance. *Osteoporosis Int* 2005; 16: 1016-23.
3. Du XQ, Greenfield H, Fraser DR, *et al.* Milk consumption and bone mineral content in Chinese adolescent girls. *Bone* 2002; 30: 521-8.
4. New SA, Bonjour JP, editors. Nutritional aspects of bone health. Cambridge. The Royal Society of Chemistry; 2003.
5. Fenton TR, Hanley DA. Calcium, dairy products, and bone health in children and young adults: an inaccurate conclusion. *Pediatrics* 2006; 117: 259-61.
6. Matkovic V, Goel PK, Badenhop-Stevens NE, *et al.* Calcium supplementation and bone mineral density in females from childhood to young adulthood: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2005; 81: 175-88.
7. Kalkwarf HJ, Khoury JC, Lanphear BP. Milk intake during childhood and adolescence, adult bone density, and osteoporotic fractures in US women. *Am J Clin Nutr* 2003; 77: 257-65.
8. Vidailhet M, Garabédian M, Bocquet A *et al.* ; Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Le lait de vache est-il dangereux pour la santé de l'enfant. *Arch Pediatr* 2008 ; 15 : 1621-4.
9. Guillemant J, Allemandou A, Cabrol S, Pérès G, Guillemant S. Statut vitaminique D de l'adolescent : variations saisonnières et effets d'une supplémentation hivernale par la vitamine D. *Arch Pediatr* 1998 ; 5 : 1211-5.
10. Mallet E, Philippe F, Castanet M, Basuyau JP. Administration orale hivernale d'une dose unique de vitamine D3 chez l'adolescent en région normande : évaluation de sa tolérance et du statut vitaminique D obtenu. *Arch Pediatr* 2010 ; 17 : 1042-6 ;
11. Matkovic V, Landoll JD, Badenhop-Stevens NE, *et al.* Nutrition influences skeletal development from childhood to adulthood: a study of hip, spine, and forearm in adolescent females. *J Nutr* 2004, 134: 701S-705S.

12. Du X, Zhu K, Trube A, *et al.* School-milk intervention trial enhances growth and mineral accretion in Chinese girls aged 10-12 years in Beijing. *Br J Nutr* 2004; 92:159-68.
13. Zhu K, Du X, Cowell CT, *et al.* Effects of school milk intervention on cortical bone accretion and indicators relevant to bone metabolism in Chinese girls aged 10-12 y in Beijing. *Am J Clin Nutr* 2005; 81: 1168-75.
14. Cheng S, Lyytikäinen A, Kröger H, *et al.* Effects of calcium, dairy products, and vitamin D supplementation on bone mass accrual and body composition in 10-12-y-old girls: a 2-y randomized trial. *Am J Clin Nutr* 2005; 82: 1115-26.

Proposition n°14 – Développement d'un guide pratique d'activités physiques de l'enfant en surpoids ou obèse

Rédacteurs principaux : Marie-Laure Frelut (SFP), Jean-Luc Grillon (SF2S)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

L'obésité a des conséquences précoces psychomotrices, orthopédiques, cardiorespiratoires et métaboliques¹⁻⁶. L'activité physique est un des axes de la prévention et de la thérapeutique de l'obésité précoce⁷⁻¹¹.

Les activités destinées aux enfants en surpoids et obèses requièrent la prise en compte des aptitudes individuelles mais ne sont pas les activités « un cran en dessous » des enfants de poids normal.

Plusieurs travaux ont examiné ces conséquences sous des angles différents, biomécaniques, métaboliques ou psychomoteurs¹²⁻¹⁹. Ces analyses restent du domaine de la recherche.

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 s'agit du guide « Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques » (http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/actions42_activite.pdf) et du guide « Activité physique et obésité de l'enfant. Bases pour une prescription adaptée » (http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf). Ces informations ne permettent pas de construire une série d'activités en fonction des caractéristiques et des aptitudes cardiorespiratoires, biomécaniques, etc. des enfants obèses.

Il manque donc un outil pratique, détaillé, 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.

Objectif et résultats attendus

L'objectif est la mise à disposition d'un guide pratique d'activités physiques pour l'application des recommandations concernant la promotion de l'activité physique du PNNS à deux niveaux :

- pour les professionnels de l'activité physique et pour les médecins d'une part,
- et pour le grand public d'autre part.

Les résultats des données disponibles seront synthétisés et traduits en modules ciblés de rééducation physique à l'effort sur la base des risques et des bénéfices métaboliques, cardiorespiratoires, orthopédiques et psychomoteurs, déclinés en fonction de l'âge et du degré d'obésité.

Description des modalités de l'action

- Cible de l'action - Nombre de personnes concernées

Les 19 % d'enfants en surpoids ou obèses en France.

- Résultats attendus

Permettre de ne pas évincer mais au contraire faciliter la pratique de l'activité physique des enfants dès le stade de surpoids jusqu'à celui de l'obésité handicapante grâce à un recours à des références professionnelles.

- Opérateurs de l'action / partenaires

Les groupes de pédiatres impliqués dans le domaine de l'obésité, en partenariat avec les référents nationaux en activité physique adaptée : Comité de nutrition de la SFP, APOP, AFPA, UFR Staps, Unités INSERM et CNRS, sociétés savantes en activité physique.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

Les informations sous forme de recherches dont les résultats ont été publiés sont disponibles (indexées dans *PubMed* ou thèses de sciences *cf. supra*).

Les grands domaines de compétences sont couverts par des spécialistes français.

La mise à disposition de programmes pratiques est une demande claire des équipes médicales en soin et santé publique et des spécialises d'activité physique adaptée.

Indicateurs d'évaluation

La diffusion quantitative des programmes, l'appréciation qualitative par les bénéficiaires et les professionnels de l'activité physique, en particulier en milieu scolaire, associatif et dans les centres de soins de suite ou de réadaptation.

Références bibliographiques

1. Bokor S, Frelut ML, Vania A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in European obese children. *Int J Pediatr Obes* 2008; 3 Suppl 2: 3-8.
2. Dao HH, Frelut ML, Peres G, Bourgeois P, Navarro J. Effects of a multidisciplinary weight loss intervention on anaerobic and aerobic aptitudes in severely obese adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28: 870-8.
3. Graf C, Koch B, Kretschmann-Kandel E, et al. Correlation between BMI, leisure habits and motor abilities in childhood (CHILT-project). *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28: 22-6.
4. Must A, Parisi SM. Sedentary behavior and sleep: paradoxical effects in association with childhood obesity. *Int J Obes (Lond)* 2009; 33 Suppl 1: S82-6.
5. Tounian P, Aggoun Y, Dubern B, et al. Presence of increased stiffness of the common carotid artery and endothelial dysfunction in severely obese children: a prospective study. *Lancet* 2001; 358: 1400-4.
6. Zunquin G, Theunynck D, Sesboue B, Arhan P, Bougle D. Evolution of fat oxidation during exercise in obese pubertal boys: clinical implications. *J Sports Sci* 2009; 27: 315-8.
7. Frelut ML, Pérès G. Activité physique et obésité : de sa responsabilité à son intérêt thérapeutique. *Med Ther Ped* 2007 ; 6: 373-9.
8. Simon C, Schweitzer B, Oujaa M, et al. Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity: a 4-year randomized controlled intervention. *Int J Obes (Lond)* 2008; 32: 1489-98.
9. Lazzar S, Boirie Y, Poissonnier C, et al. Longitudinal changes in activity patterns, physical capacities, energy expenditure, and body composition in severely obese adolescents during a multidisciplinary weight-reduction program. *Int J Obes (Lond)* 2005; 29: 37-46.
10. Jouret B, Ahluwalia N, Dupuy M, et al. Prevention of overweight in preschool children: results of kindergarten-based interventions. *Int J Obes (Lond)* 2009; 33: 1075-83.
11. Bouglé D, Zunquin G, Sesboue B, Sabatier JP, Daireaux A. Prise en charge ambulatoire de l'obésité : effet sur la composition corporelle et la capacité aérobie. *Arch Pediatr* 2007; 14: 439-43.
12. Aucouturier J, Lazaar N, Dore E, Meyer M, Ratel S, Duche P. Cycling peak power in obese and lean 6- to 8-year-old girls and boys. *Appl Physiol Nutr Metab* 2007; 32: 367-71.
13. Achard de Leluardiere F, Hajri LN, Lacouture P, Duboy J, Frelut ML, Peres G. Validation and influence of anthropometric and kinematic models of obese teenagers in vertical jump performance and mechanical internal energy expenditure. *Gait Posture* 2006; 23: 149-58.
14. Dao HH, Frelut ML, Oberlin F, Peres G, Bourgeois P, Navarro J. Effects of a multidisciplinary weight loss intervention on body composition in obese adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28: 290-9.
15. Duche P, Ducher G, Lazzar S, Dore E, Tailhardat M, Bedu M. Peak power in obese and nonobese adolescents: effects of gender and braking force. *Med Sci Sports Exerc* 2002; 34: 2072-8.
16. Lazzar S, Boirie Y, Bitar A, et al. Assessment of energy expenditure associated with physical activities in free-living obese and nonobese adolescents. *Am J Clin Nutr* 2003; 78: 471-9.
17. Lazzar S, Busti C, Agosti F, De Col A, Pozzo R, Sartorio A. Optimizing fat oxidation through exercise in severely obese Caucasian adolescents. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2007; 67: 582-8.
18. Maffei C, Zaffanello M, Pellegrino M, et al. Nutrient oxidation during moderately intense exercise in obese prepubertal boys. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 231-6.
19. Colne P, Frelut ML, Peres G, Thoumie P. Postural control in obese adolescents assessed by limits of stability and gait initiation. *Gait Posture* 2008; 28: 164-9.

Proposition n°15 - Prise en charge des troubles du sommeil liés à l'obésité et à la prise de poids

Rédacteurs principaux : Isabelle Arnulf (SFRMS), Damien Léger (SFRMS), Sylvie Royant-Parola (SFRMS), Jean-Louis Pépin (SFRMS), Marie-Pia D'Ortho (SFRMS)

Problématique

Le manque de sommeil est associé à l'obésité

Si le fait de trop manger et d'être moins actif physiquement sont clairement des facteurs de risque comportementaux qui contribuent à la flambée de la prévalence du surpoids et de l'obésité, des données récentes suggèrent qu'un temps de sommeil trop court (moins de 6 heures par 24 heures) pourrait également constituer un facteur de risque, jusqu'ici largement sous-estimé. Or, afin de remplir l'ensemble des obligations professionnelles (notamment l'augmentation du temps de trajet), sociales et familiales, mais aussi des loisirs sur écran (usage d'internet, télévision), les journées s'allongent et les nuits raccourcissent. Aux Etats-Unis par exemple, le temps de sommeil aurait diminué de près de 2 heures au cours de la seconde moitié du 20^{ème} siècle. La dette de sommeil est particulièrement marquée chez les jeunes adultes de moins de 30 ans, vivant dans l'agglomération parisienne ; en France, 45% des personnes âgées de 25 à 45 ans considèrent ne pas dormir assez et 17% accumulent une dette chronique de sommeil.¹ Ces dernières années, une trentaine d'études épidémiologiques transversales et longitudinales menées dans sept pays et sur de larges populations ont montré un lien entre un sommeil court et l'élévation de l'indice de masse corporel (IMC), à la fois chez l'adulte et l'enfant. Ce lien est robuste et observé après ajustement pour toute une série de facteurs confondants.² En particulier, les bébés qui dorment moins ont un risque plus élevé d'obésité à 6 ans.³

Le manque de sommeil augmente l'appétit et le grignotage

Les liens entre sommeil court et obésité peuvent avoir une origine hormonale mais aussi comportementale. Sur le plan hormonal, la réduction de la durée de sommeil diminue la leptine (produite par les cellules adipeuses, qui induit la satiété et augmente la dépense énergétique) et augmente la ghréline (sécritée par l'estomac, qui stimule l'appétit et réduit la dépense locomotrice) : ceci augmente la faim et l'appétit. Fait important, l'appétit augmente surtout pour les aliments riches en graisses et en sucres, tels que confiseries, cacahuètes, biscuits et gâteaux.⁴ Des études cliniques et épidémiologiques indiquent qu'un temps de sommeil court ou de mauvaise qualité pourrait aussi nuire au métabolisme du glucose et augmenter le risque de diabète, indépendamment d'un changement de l'IMC.⁵ Des études d'intervention sont toutefois nécessaires pour tester l'hypothèse selon laquelle une optimisation de la durée et de la qualité du sommeil pourrait améliorer le contrôle de la glycémie dans le diabète de type 2. Sur le plan comportemental, le manque de sommeil favorise la somnolence qui rend plus difficile l'activité physique et favorise le grignotage. De plus, il pourrait faire grossir tout simplement en allongeant le temps disponible pour manger.

Obésité et troubles respiratoires du sommeil

Le surpoids et l'obésité nuisent à la ventilation pendant le sommeil. La graisse s'accumule au niveau du cou, de la langue et du pharynx et réduit le calibre des voies aériennes : celles-ci s'obstruent alors plus facilement lors du relâchement lié au sommeil. La prévalence du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) augmente linéairement avec l'IMC ; 58% des personnes obèses ont un SAOS et 60 à 70 % des patients atteints de SAOS sont obèses aux Etats-Unis, contre moins de 50% en France.⁶ Le SAOS, en fragmentant le sommeil et en induisant des chutes d'oxygène répétées la nuit, expose à un risque plus élevé de somnolence diurne, en particulier au volant, de morbidité cardiovasculaire et de diabète de type 2. Ce risque est encore plus important si l'apnéique est obèse.⁷ L'obésité expose aussi, en plus du SAOS, à un risque d'hypoventilation (avec hypercapnie) pendant le sommeil paradoxal, quand le diaphragme ne parvient plus à compenser la charge que l'excès de poids impose au système respiratoire. Ce syndrome obésité-hypoventilation est peu diagnostiqué : il entraîne une augmentation de la morbi-mortalité cardiovasculaire.⁸

Objectifs et résultats attendus

1. Informer sur le lien entre manque de sommeil et prise de poids

Comme 77% des Français ignorent (ou pensent qu'il est faux) que le manque de sommeil favorise la prise de poids,¹ il paraît important d'intensifier l'information sur ce sujet, y compris à travers le PNNS. C'est la première fois que le PNNS intègrerait une action sur le sommeil.

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. La notion de sommeil pourrait faire partie intégrante de l'interrogatoire du médecin et de bonnes nuits de sommeil pourraient être recommandées.

L'action devrait être particulièrement ciblée sur l'éducation des parents de bébés, et sur les adolescents et jeunes adultes mais aussi sur les travailleurs de nuit et postés dont le manque de sommeil chronique et la mauvaise synchronisation entre les rythmes de sommeil et les rythmes hormonaux favorisent l'obésité.⁹ A l'instar de ce qui existe pour le poids et la taille, une courbe des quantités de sommeil à respecter à chaque âge, sur laquelle les parents pourront reporter et suivre la durée de sommeil de leur enfant, pourra être intégrée dans le carnet de santé des enfants.

Le résultat attendu est une meilleure prise de conscience que le sommeil est un déterminant d'une bonne santé psychologique, mais aussi physique, mesurée par les items employés habituellement dans les enquêtes INPES.

2. Eduquer pour réduire le manque de sommeil et favoriser des horaires réguliers de sommeil

L'INPES poursuivra la mise en place d'actions de communication en santé publique pour promouvoir des mesures simples pour assurer un meilleur sommeil : créer un environnement calme et apaisant, éviter les activités trop stimulantes (jeux vidéo, téléphone, activité sur ordinateur) avant le coucher, adopter des horaires réguliers de sommeil et s'abstenir de consommer des excitants après 17h. Les moyens sont la mise à jour et la diffusion de documents pédagogiques (ex : affiches « longues veillées : journées gâchées », CDrom sur le sommeil de l'enfant et de l'adolescent, documents de formations IUFM, document d'information grand public). Les cibles sont le grand public, les enseignants, les pharmaciens et les médecins généralistes. En entreprise, une meilleure gestion des rythmes de sommeil et de récupération doit être proposée pour éviter la privation chronique de sommeil et ses conséquences métaboliques et psychologiques.

Le résultat attendu est une augmentation des temps de sommeil chez l'enfant et le jeune adulte, mesurée par le prochain baromètre sommeil de l'INPES.

3. Evaluer le bénéfice des modifications du temps de sommeil sur le poids et le métabolisme

Bien que le lien entre manque de sommeil et métabolisme soit mieux connu, il est nécessaire d'évaluer, par des protocoles de recherche clinique, l'effet modificateur de l'augmentation du temps de sommeil chez l'enfant et l'adolescent, et de l'optimisation de sa qualité (traitement des apnées et de l'hypoventilation chez l'adulte) sur le métabolisme énergétique.

Le résultat attendu est un développement des études cliniques sur les liens entre nutrition/métabolisme et sommeil normal et pathologique.

4. Mieux dépister et traiter le syndrome d'apnées du sommeil chez l'obèse

Bien que 58% des personnes obèses soient à risque de SAOS, elles restent peu diagnostiquées. De plus, il faut intensifier l'évaluation des traitements classiques du SAOS sur la population obèse : tolérance à la ventilation, bénéfice des orthèses d'avancée mandibulaire et des traitements positionnels, bénéfice des actions sur le poids (régime, chirurgie bariatrique), afin de proposer la meilleure stratégie thérapeutique à ce groupe de patients. La cible est la population obèse. Un focus devrait être fait sur les troubles respiratoires de l'enfant et l'adolescent obèse.

Le résultat attendu est un meilleur dépistage du SAOS et une stratégie thérapeutique qui soit d'un niveau de preuve supérieur au consensus d'experts.

Indicateurs : Augmentation du nombre de polygraphies ventilatoires et de polysomnographies réalisées en France chez les personnes ayant un IMC > 30 (source CPAM, enquête). Augmentation du nombre de pression positive prescrite à des personnes obèses. Réduction de la morbidité des personnes obèses, et amélioration de leur qualité de vie.

5. Mieux dépister et traiter le syndrome obésité-hypoventilation (SOH)

Ce syndrome est encore moins dépisté que le SAOS. Il paraît important de renforcer l'information des acteurs de santé (généralistes, endocrinologues/diabétologues, médecins des centres de référence sur l'obésité et des

centres de sommeil) sur les modalités de dépistage du SOH (mesure de la PCO₂ le matin au réveil), sa gravité et les traitements disponibles. La recherche clinique sur les mécanismes du SOH, sur les possibilités de dépistage simplifié ou plus précoce (profil d'oxymétrie nocturne) et sur la meilleure stratégie thérapeutique (ventilation non invasive ou pression positive, médicaments) devrait être intensifiée.

Le résultat attendu est une meilleure connaissance par les acteurs de santé du SOH, de ses mécanismes, un meilleur dépistage du SOH et une stratégie thérapeutique qui soit d'un niveau de preuve supérieur au consensus d'experts.

Indicateurs : Augmentation du nombre de mesures des gaz du sang prescrits à des personnes ayant un IMC > 30. Augmentation du nombre de ventilations non invasive mises en place chez l'obèse (source CPAM, enquête). Il s'agit d'un des objectifs de formation des médecins pneumologues dans l'observatoire sommeil de la fédération de pneumologie soutenu par l'HAS et la DGS. Enquêtes sur la connaissance du SOH par les acteurs de santé. Réduction de la morbidité des personnes obèses et de la mortalité de celles-ci en réanimation.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

1. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Les Français et leur sommeil. In, 2008.
2. Spiegel K, Tasali E, Leproult R, Van Cauter E. Effects of poor and short sleep on glucose metabolism and obesity risk. *Nat Rev Endocrinol* 2009;5:253-61.
3. Knutson KL, Van Cauter E. Associations between sleep loss and increased risk of obesity and diabetes. *Ann N Y Acad Sci* 2008;1129:287-304.
4. Spiegel K, Tasali E, Penev P, Van Cauter E. Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Ann Intern Med* 2004;141:846-50.
5. Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E. Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *Lancet* 1999;354:1435-9.
6. Young T, Peppard P, Gottlieb D. Epidemiology of obstructive sleep apnea. A population health perspective. *State of the art. Am J Respir Crit Care Med.* 2003;165:1217-39.
7. Levy P, Bonsignore MR, Eckel J. Sleep, sleep-disordered breathing and metabolic consequences. *Eur Respir J* 2009;34:243-60.
8. Mokhlesi B, Tulaimat A. Recent advances in obesity hypoventilation syndrome. *Chest* 2007;132:1322-36.
9. Scheer F, Hilton M, Mantzoros C, Shea S. Adverse metabolic and cardiovascular consequences of circadian misalignment. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2009;106 4453-8.

Proposition n°16 - Prévention des risques, des conduites à risques, des dommages et de la dépendance, liés à la consommation d'alcool

Rédacteurs principaux : Alain Rigaud (ANPAA), Patrick Daimé (ANPAA), Delphine Jarraud (ANPAA)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

Principes généraux

- 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 Santé.
- **Les risques sont liés à l'alcool, pas au type de boisson.**
- **Le risque alcool est intrinsèque au produit et dose dépendant mais dépend aussi des contextes et des comportements de consommation (prise de risque, accidentologie...).**

Prévalence des consommations d'alcool à problèmes

Estimation du nombre de consommateurs d'alcool en France (12-75 ans) OFDT:

- **Actuels** : 39,3 millions (consommateurs dans l'année)
- **Réguliers** : 9,7 millions (au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine pour les adultes, au moins 10 par mois pour les adolescents), dont 6,4 millions de consommateurs quotidiens
- **A risque** :
 - * immédiat : 60 % des jeunes de 17 ans ont présenté une ou des ivresses alcooliques
 - * à moyen et long terme : environ 8 % des Français âgés de 15 à 75 ans peuvent être considérés comme ayant une consommation régulière et excessive d'alcool.

Un peu moins de 1 % des Français déclarent consommer au moins 7 verres par jour ou au moins 6 verres dans une même occasion presque tous les jours.

Dans le système de soins : environ un patient hospitalisé ou vu par un médecin généraliste sur cinq présentait un risque d'alcoolisation excessive en 2001. Parmi les patients hospitalisés, 7 % étaient considérés comme dépendants et parmi ceux vus en médecine de ville, cette proportion était de 5 %.

Alcool et santé

- **Alcool et risques de santé** : certaines maladies (cirrhose alcoolique du foie, psychose alcoolique, dépendance alcoolique) sont entièrement et exclusivement attribuables à une consommation régulière et excessive d'alcool. Pour d'autres pathologies, l'alcool constitue un co-facteur de risque. Il est ainsi impliqué dans certains cancers (cavité buccale et lèvres, pharynx, larynx, œsophage, côlon et rectum, foie, sein), certaines maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, cardiopathie ischémique), digestives (pancréatites), ainsi que dans les traumatismes et empoisonnements liés aux accidents de la route, aux accidents domestiques et aux suicides.
- **Alcool et cancer** : L'incidence des cancers liés à l'alcool est très élevée : « L'alcool est à l'origine d'environ 9 % des décès par cancer chez l'homme et 3 % chez la femme » (Académie nationale de médecine).
Cancer de la bouche, du pharynx et du larynx : risque + 168 % ; cancer de l'œsophage : risque + 28 % ; cancer de sein et côlon : risque + 10 % (INCa).
"Il est impossible de définir un niveau de consommation d'alcool qui n'ait pas d'effet sur la santé"; (INCa).
Dans l'organisme, le métabolisme de l'éthanol donne des produits provoquant des mutations de l'ADN (NACRe).
- **Alcool et maladies métaboliques** : les maladies comme l'obésité, le diabète, la goutte, étroitement liées au contexte nutritionnel et aux conduites alimentaires, sont favorisées et/ou aggravées par la consommation d'alcool.

- Mortalité attribuable à l'alcool** : en 2006, la cirrhose, la psychose et les cancers des voies aéro digestives supérieures (3 principales causes de mortalité liées à l'alcool) ont entraîné 19.400 décès. L'alcool c'est la surmortalité la plus forte d'Europe (+ 30 %) ; la 1^{re} cause de mortalité prématurée et la 2^e cause de mortalité évitable en France. L'alcool est responsable de 14 % des décès chez les hommes ; 20 à 25 % des décès masculins entre 45 et 64 ans. Il faut encore noter que 50 % de la morbidité et 50 % des morts prématurées concernent des patients non alcoolodépendants: accidents, cancers, pathologies cardiovasculaires, etc.
- Alcool et grossesse** : l'alcool est un toxique tératogène extrêmement puissant qui agit sur l'embryon et le fœtus, notamment en altérant le développement cérébral. Le risque est commun à toutes les catégories de boissons alcoolisées et pour tous types de consommation, qu'elles soient ponctuelles ou régulières. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) constitue l'atteinte la plus grave de l'exposition prénatale à l'alcool. Il constitue la 1^{re} cause de handicap mental non génétique ainsi que d'inadaptation sociale de l'enfant. (DGS). A l'occasion d'une enquête périnatale, près de 4 % des femmes déclaraient avoir consommé au moins un verre d'alcool par jour au cours du 3^e trimestre de leur grossesse. La prévalence du SAF dans le monde occidental est estimée entre 0,5 et 3 ‰ naissances vivantes tandis que l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) est estimé à 9 ‰ naissances vivantes. En France, 700 à 3 000 enfants, sur les 750 000 naissances annuelles, seraient concernés par un SAF grave.

Rappel des objectifs des PNNS antérieurs

PNNS 1 (2001-2004)

- Neuf **objectifs nutritionnels** prioritaires en termes de santé publique; dont réduire la consommation d'alcool. Cette consommation ne devrait pas dépasser l'équivalent de 20 g d'alcool pur par jour (soit deux verres de vin de 10 cl ou deux bières de 25 cl ou 6 cl d'alcool fort). Cet objectif vise la population générale, dans le cadre d'une prévention nutritionnelle et non de dépendance.

PNNS 2 (2005-2010)

- Neuf **objectifs nutritionnels** prioritaires figurant en grande partie dans la loi relative à la politique de santé publique ; dont diminuer la consommation annuelle d'alcool par habitant de 20 % afin de passer en dessous de 8,5 l/an/habitant.
- Neuf **repères de consommation**, dont :
Boissons alcoolisées : ne pas dépasser, par jour, 2 verres de vin (de 10 cl) pour les femmes* et 3 pour les hommes. 2 verres de vin sont équivalents à 2 demis de bière ou 6 cl d'alcool fort.
** à l'exclusion des femmes enceintes auxquelles il est recommandé de s'abstenir de toute consommation d'alcool pendant la durée de la grossesse.*
- Des **recommandations liées à la maternité**, notamment :
Objectif : Réduire les conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse sur le développement neurologique du fœtus en recommandant aux femmes de ne consommer aucun alcool pendant leur grossesse et d'en limiter l'usage pendant l'allaitement accompagné de :

 - apposition d'un pictogramme et/ou d'un message sanitaire sur tous les contenants d'alcool indiquant "La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant" ;
 - diffusion d'une information à l'ensemble des médecins rappelant les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse ;
 - diffusion d'une campagne d'information grand public, réalisée par l'INPES.

Propositions pour le prochain PNNS

Actions prioritaires :

- Renforcement de l'encadrement de la publicité (notamment sur internet).
- Prévention des consommations excessives d'alcool des jeunes.

Public ciblé	Objectifs	Moyens	Opérateurs
Population générale	Réduire la consommation annuelle d'alcool par habitant à moins de 8,5 l/an/habitant ; Maintien de l'objectif du PNNS 2	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de l'encadrement de la publicité pour les boissons alcooliques : notamment renforcement de l'encadrement de la publicité sur internet (notamment à destination des jeunes) 	Interministériel
	Repères individuels de consommation d'alcool : <ul style="list-style-type: none"> ne pas dépasser, par jour, 2 unités d'alcool pour les femmes -- à l'exclusion des femmes enceintes auxquelles il est recommandé de s'abstenir de toute consommation d'alcool pendant la durée de la grossesse ne pas dépasser, par jour, 3 unités d'alcool pour les hommes. ne pas dépasser 4 unités par occasion. avoir au moins une journée sans consommation d'alcool chaque semaine. 		DGS
		<ul style="list-style-type: none"> Etude de l'impact de la publicité et des actions promotionnelles sur l'évolution des consommations Mise en place d'une taxe compensatrice sur les prix des publicités, en faveur de l'assurance maladie et des opérateurs de prévention 	Inpes CNAMTS
Jeunes	<ul style="list-style-type: none"> Réduire les consommations excessives des jeunes (alcool défoncé « binge drinking ») 	Actions de prévention et promotion de la santé auprès des jeunes	Opérateurs de prévention et de promotion de la santé (ANPAA, CRES...)

Autres actions préconisées:

- **Maintien de la recommandation de non consommation d'alcool pendant la grossesse ;**
- **Réduire la consommation à risque** lors de l'usage de véhicule, au travail... ;
- **Réduire la consommation d'alcool des seniors ;**
- ...

Indicateurs d'évaluation

- Consommation nationale : niveau de consommation moyenne par habitant, nombre de consommateurs réguliers et nombre d'ivresses, par sexe et catégorie d'âge ;
- Nombre de troubles causés par l'alcoolisation fœtale dont nombre de cas de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) ;
- Nombre de cirrhoses alcooliques du foie, de psychoses alcooliques et de dépendance alcoolique ;
- Nombre d'ivresses publiques et manifestes ;
- Nombre d'alcoolémies routières ;
- Nombre d'accidents du travail en lien avec l'alcool.

Documentation des niveaux de preuve, faisabilité, efficacité et efficience

- Alcool et risque de cancers, état des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique, NACRe et INCa, novembre 2007
- Baromètre santé Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), exploitation OFDT 2005
- Beck F., Legleye S., Spilka S. (2006), L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype, Economie et Statistiques, n°391-392 : 131-149.
- Inserm - Expertise collective « Alcool, effets sur la santé », 2001.
- Legleye S, Beck F, Le Nezet O, Spilka S (2007) Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD, OFDT.
- Les causes attribuables de cancer en France en 2000 -
- Les causes du cancer en France – Rapport septembre 2007 – Académie nationale de médecine, Académie des sciences / Institut de France, Centre international de recherche sur le cancer (OMS Lyon), Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, avec le concours de l'INCa et de l'Institut national de veille sanitaire
- Mouquet M.-C. et Villet H., Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné ; Etudes et Résultats, n°192, 2002, p.1-11
- OFDT – Drogues, chiffres-clés, 3^e édition, juin 2010
- OFDT calcul sur les décès 2003 à l'aide des fractions attribuables déterminées par Catherine Hill (Hill, C. (2000). Alcool et risque de cancer, ADSP, mars 2000, p.14-18.)
- Palle C., Lemieux C., Prisse N., Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2005, Saint-Denis, DGS/OFTD, 2005
- Séries statistiques le taux de décès par psychose alcoolique, cirrhose du foie et cancer des voies aéro-digestives chez les femmes
- Séries statistiques le taux de décès par psychose alcoolique, cirrhose du foie et cancer des voies aéro-digestives chez les hommes http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00016.xhtml
- Séries statistiques sur la consommation d'alcool - http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00014.xhtml

4e PARTIE – REPERAGE, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES NUTRITIONNELS DE L'ENFANT

Proposition n°17 - Dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire

Rédacteurs principaux : Bernard Ledésert (SFSP), Catherine Cecchi (SFSP), Myriam Dabbas (SFP), Olivier Goulet (SFP), AFDN

Problématique, contexte, rappel des actions menées

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, tant sur le plan national que régional. Les dernières enquêtes de prévalence montrent une stabilisation chez les enfants, reflétant probablement une amorce des effets positifs des actions entamées, notamment celles promues par le PNNS.

D'une manière générale, l'OMS préconise qu'un certain nombre de conditions soient rassemblées pour qu'un dépistage soit mis en œuvre et notamment que :

- la maladie dont on cherche les cas constitue une menace grave pour la santé publique ;
- un traitement d'efficacité démontrée peut être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée ;
- les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles ;
- une épreuve ou un examen de dépistage efficace existe.

Il apparaît que dans le cas de la surcharge pondérale, même si tous ces critères ne sont pas forcément adaptés à la situation rencontrée, il est possible de considérer que les conditions préalables à la mise en œuvre d'un dépistage sont réunies.

Les questions qui se posent alors sont :

- **À quel âge faut-il privilégier le dépistage ?**
- **Comment peut-il être mis en œuvre ?**
- **Comment organiser la prise en charge des sujets dépistés ?**

Autour du dépistage

Le PNNS met en avant l'intérêt d'un dépistage précoce, notamment en lien avec la PMI et la médecine scolaire. Cibler le dépistage sur les enfants scolarisés en maternelle et en école élémentaire n'apparaît pas devoir être remis en question.

Actuellement, selon les départements, tout ou partie des enfants sont vus par les services de PMI au moins une fois au cours des premières années de scolarisation en maternelle (avant l'entrée en grande section de maternelle). Un dépistage à cet âge nécessiterait donc une mobilisation concertée de l'ensemble des services de PMI pour que tous les enfants puissent faire l'objet d'une mesure de la taille et du poids au cours de leur scolarisation en petite ou moyenne section de maternelle.

Au niveau de l'Éducation nationale, il est prévu que chaque enfant bénéficie d'un examen médical en vue de son admission en cours préparatoire. Ceci a été réaffirmé par la Loi relative à la politique de santé publique d'août 2004. Cet examen comporte le plus souvent voire systématiquement une mesure du poids et de la taille. Selon le ministère de l'Éducation nationale, actuellement 80 % de la population cible en bénéficie chaque année. Lorsqu'il n'est pas pratiqué, c'est principalement par déficit en personnel médical et infirmier.

Au-delà, les autres professionnels de santé, notamment les pédiatres et les médecins généralistes, peuvent contribuer aux actions de dépistage du surpoids et de l'obésité

La généralisation d'un dépistage des situations de surpoids et d'obésité nécessite donc un renforcement des moyens en personnel de santé dévolus à l'Éducation nationale et une collaboration plus étroite entre service de PMI et service médical et infirmier de l'Éducation nationale. La médecine libérale, généraliste et pédiatrique, doit être associée à ce dépistage.

Autour de la prise en charge

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.

Le PNNS prévoyait le développement de réseaux de prise en charge de l'obésité. Un certain nombre de ces réseaux a vu le jour mais leur développement ne s'est pas étendu à l'ensemble du territoire. Aujourd'hui, l'expérience remontant des différents programmes de prévention de l'obésité chez l'enfant montre que, au-delà des actions de promotion de la santé mises en place et des actions de dépistages réalisées, de nombreuses difficultés sont rencontrées pour la prise en charge des enfants dépistés.

Les outils permettant d'organiser la prise en charge existent ou sont en cours de réactualisation : les sociétés savantes et l'Anaes puis l'HAS ont produit des référentiels dans ce domaine et, dans le cadre du PNNS, des recommandations de bonnes pratiques sur le surpoids et l'obésité de l'enfant sont en cours d'élaboration par l'HAS et seront disponibles en septembre 2011. Elles porteront sur trois points : la prise en charge par le médecin traitant, l'organisation de la prise en charge multidisciplinaire et l'élaboration de documents présentant l'organisation de la prise en charge aux patients et à leur famille d'une part, aux soignants d'autre part.

Dans un esprit de mise en place d'un dépistage répondant aux règles de bonnes pratiques, il apparaît nécessaire en amont de définir les modalités de prise en charge des enfants dépistés : identification des professionnels vers qui les enfants dépistés peuvent être adressés pour confirmation diagnostique et mise en place d'une stratégie de prise en charge, identification des différents professionnels concourant à la prise en charge, lien entre ces professionnels et les médecins généralistes et les pédiatres assurant le suivi au quotidien des enfants.

Il apparaît donc nécessaire de renforcer la diffusion vers l'ensemble des professionnels de santé en contact avec les enfants et les adolescents des référentiels de prise en charge et de développer sur l'ensemble du territoire des réseaux de prise en charge permettant de mettre en œuvre une approche multidisciplinaire du surpoids et de l'obésité. L'importance de la population concernée fait que ces réseaux doivent être développés dans une notion de proximité.

Objectifs

- Favoriser la coordination des acteurs du dépistage du surpoids et de l'obésité chez le jeune enfant.
- Rendre le dépistage systématique et obligatoire chez tous les enfants au moins une fois à chaque cycle scolaire et accompagner chaque dépistage d'une information adaptée sur l'obésité en direction de l'enfant et de sa famille.
- Assurer un suivi des enfants dépistés dans le cadre de la scolarité en proposant des solutions de prise en charge pluridisciplinaire tant ambulatoire qu'hospitalière sur la base de référentiels de bonnes pratiques au plus près de la population dépistée.

Description des modalités de l'action

- Assurer une formation adéquate pour les médecins et infirmiers de PMI d'une part, de l'Éducation nationale d'autre part sur :
 - l'évaluation clinique du surpoids et obésité « poids, taille, calcul IMC, courbes, et éventuellement tour de taille ».
 - les informations à transmettre à l'enfant et sa famille sur l'obésité et sa prise en charge sans stigmatisation.
- Informer et former les professionnels éducatifs en milieu scolaire.
- Accompagner le dépistage par des actions d'éducation à la santé : éducation à des modes de vie sains chez les enfants et les parents. Information et sensibilisation des familles en proposant plaquettes ou réunion avec les professionnels.
- Préparer l'environnement adéquat pour un mode de vie saine: restauration scolaire, activité physique...
- Recueillir de façon standardisée et anonymement les données anthropométriques concernant l'ensemble des enfants.

- Faciliter l'articulation entre le système de dépistage et le système de prise en charge et permettre une traçabilité des enfants dépistés.

- Cible de l'action

- Les acteurs du dépistage auprès des jeunes enfants : PMI, médecins et infirmières de santé scolaire, médecins généralistes et pédiatres.
- Les professionnels assurant la prise en charge des enfants en situation de surpoids ou d'obésité.
- Autorités assurant la définition et la mise en place des programmes de promotion de la santé et de prise en charge des enfants en situation de surpoids et d'obésité (ARS, conseils généraux, Éducation nationale).

- Résultats attendus :

- Faire bénéficier l'ensemble de la population des enfants entre 3 et 6 ans d'un dépistage du surpoids et de l'obésité.
- Offrir une prise en charge adaptée à l'ensemble des enfants dépistés.

- Opérateurs de l'action / partenaires

- Conseils généraux, Éducation nationale, municipalités.
- Professionnels de santé concernés par la prise en charge du surpoids et de l'obésité.
- ARS pour le développement de réseaux de prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant.
- Familles et les associations familiales et de parents d'élèves.

Indicateurs d'évaluation

- Le nombre d'enfants dépistés en maternelle, en élémentaire, en collège, et au lycée.
- L'harmonisation du dépistage entre les régions.
- Le nombre d'enfants pris en charge après le dépistage.
- La disponibilité des données anthropométriques sur tout le territoire annuellement.
- Le suivi de l'IMC de tous les enfants de quelques classes représentatives, sélectionnées dans les différentes académies, chaque année après le premier dépistage à 4 ans.

Référence bibliographique

- N. GUIGNON, M. COLLET, L. GONZALEZ, T. DE SAINT POL, J-P. GUTHMANN, L. FONTENEAU. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 Études et résultats 737, Septembre 2010

Proposition n°18 - Place de la médecine de ville dans la prévention, le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant

Rédacteurs principaux : Sophie Treppoz (APOP – AFPA), François-Marie Caron (AFPA), Marie-Laure Frelut (SFP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

Une prise de poids excessive est liée, sur un terrain prédisposé génétiquement, à un déséquilibre entre les apports énergétiques (représentés par les apports alimentaires) et les dépenses énergétiques (représentées par l'activité physique quotidienne et le fonctionnement autonome vital de notre corps).

Qu'est-ce qui a pu changer dans les années 80 pour expliquer cette particularité « épidémiologique »¹?

Du côté des dépenses, la diminution de l'activité physique est largement démontrée^{2, 3}. Pour les apports énergétiques, l'alimentation s'est beaucoup modifiée dès le début du siècle dernier. Cependant, depuis les années 80, on ne mange pas plus gras ni plus sucré.

Notre société est devenue « boulimique » et pousse à la consommation, moteur du modèle de notre économie, où l'indice de consommation des ménages est celui de la bonne santé de la société...

Et pour faire consommer plus, il faut multiplier les stimulations neurosensorielles : « **Je résiste à tout, sauf à la tentation** ».

Depuis les années 80, les médias proposent les enfants comme cœur de cible aux publicitaires, au bénéfice de l'industrie (pas seulement agroalimentaire, et même pour des produits destinés aux parents) ; c'est la télévision hyper-présente dans les foyers avec des émissions très tôt le matin en direction des enfants, puis se prolongeant tard dans la nuit détournant les parents de leur rôle d'éducateur ; c'est la disponibilité immédiate sous toutes les formes des produits alimentaires : hypermarchés, produits allégés, aliments tout prêts, surgelés, cuisines ouvertes, restauration à buffets, self services scolaires, distributeurs, pop corn au cinéma, et aussi les nouveaux rites alimentaires, soit déstructurant les rythmes (brunch, apéritif dinatoire, collation à l'école), soit piégeant la satiété (raclette, pierrade, crêpes à volonté...) ⁵⁻⁷.

Le cerveau, qui assure le délicat équilibre entre les apports et les dépenses énergétiques en intégrant les données sensorielles provenant des aliments et en les confrontant à l'énergie qu'ils libèrent après la digestion (phénomène de la satiété conditionnée), est perturbé par l'abondance de ces sollicitations.

Comment ne pas incriminer l'abus de ces sollicitations permanentes, sucrées ou salées, odorantes, colorées, onctueuses ou craquantes qui dérèglent cette balance énergétique et conduiraient à un léger excès des apports énergétiques, une bouchée de trop, quel qu'en soit le contenu nutritionnel ?

La prévention de l'obésité passe par l'accompagnement de la « parentalité » : aider les parents à décrypter tous ces mécanismes et protéger leurs enfants⁸⁻¹⁰. C'est le rôle des médecins de proximité.

Ces mêmes médecins 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, facteur de risque vis-à-vis d'une kyrielle de maladies^{11, 12}. Il est facile de se contenter de la mention « poids à surveiller ». L'aide que les médecins peuvent apporter est très loin de l'art médical habituel, il n'y a pas de médicaments, le discours ambiant confine à la pensée unique alimentée par la diététique. Enfin, les parents sont les premiers soignants, mais souvent inconsciemment œuvrent à contre sens, ce qui est difficile à leur faire admettre et empêche d'obtenir l'aide parentale indispensable.

Objectifs

- Donner aux professionnels de santé de proximité (médecins généralistes et pédiatres) les moyens d'accompagner la parentalité, et d'aider les parents à décrypter tous les pièges de la société moderne.
- Dépister les enfants à risque de devenir obèse par la mesure régulière de l'indice de corpulence et le tracé de sa courbe, « parce qu'au début, ça ne se voit pas ».
- Donner aux mêmes professionnels la formation et la possibilité de s'appuyer sur des structures externes pour prendre en charge les enfants en surpoids et obèses (REPPOP)
- Faire attention à la stigmatisation, en particulier en milieu scolaire. La promotion de la santé en faveur des élèves doit rester la mission du service éponyme.

Description des modalités de l'action

- Proposer des consultations obligatoires tous les ans de 2 à 10 ans (actuellement, il y a 20 examens obligatoires de 0 à 2 ans, et remboursés à 100 % : De 1 à 6 mois, 9,12, 15, 20 et 24 mois, puis 2 fois par an jusque 6 ans). A partir de 2 ans, revenir à un seul examen annuel permet de prolonger la surveillance pour un coût nul.
- Élaborer le contenu de ces consultations de prévention et de la consultation spécifique en collaboration avec la HAS, en y faisant une place au bon usage des médias, à l'alimentation dans toutes ses composantes.
- Assurer une formation adéquate pour les médecins de proximité, pédiatres ou généralistes (ajouter au référentiel métier), sur :
 - la parentalité ;
 - les risques de la société moderne ;
 - l'alimentation et la nutrition ;
 - le dépistage du rebond d'adiposité avant 6 ans et des situations de prise de poids excessive signant le terrain à risque ;
 - l'évaluation clinique du surpoids et obésité « poids, taille, calcul IMC, courbes, et tour de taille » ;
 - les informations à transmettre à l'enfant et sa famille sur le surpoids et l'obésité et sa prise en charge sans stigmatisation.
- Faciliter l'articulation entre le système de dépistage et les médecins de proximité.
- Proposer après un dépistage une consultation spécifique d'élaboration de la stratégie de prise en charge par des médecins formés (pédiatres, médecins du réseau...).
- Faciliter l'installation de REPPPOP ou assimilés pour aider le médecin de proximité.

Cible de l'action

Tous les enfants.

Résultats attendus

- Renforcer le dépistage et la prise en charge avant que le problème ne se soit enkysté.
- Aider les enfants en surpoids et /ou obèses à mieux vivre leur maladie chronique (diminuer leur sédentarité...).
- Diminuer à plus long terme la prévalence dans la population générale et en milieu défavorisé en particulier.

Opérateurs de l'action/partenaires

- AFPA, APOP, SFP et HAS.
- Organismes de FMC.
- Pédiatres et Médecins généralistes.

Indicateurs d'évaluation et proposition de recherche

- **Des données anthropométriques annuelles sur tout le territoire** grâce à une saisie informatique lors de ses consultations.
- Le nombre d'enfants dépistés, le nombre d'enfants pris en charge après le dépistage, l'harmonisation de la prise en charge dans les régions.

Documentation des niveaux de preuve, faisabilité, efficacité et efficience

1. Lioret S, Maire B, Volatier JL, Charles MA. Child overweight in France and its relationship with physical activity, sedentary behaviour and socioeconomic status. Eur J Clin Nutr 2007;61:509-16.
2. Maffei C. Level of physical activity and adiposity in children: relevance of sedentary behaviors. Am J Clin Nutr 2005;81:1449; author reply -50.
3. Platat C, Perrin AE, Oujaa M, et al. Diet and physical activity profiles in French preadolescents. Br J Nutr 2006;96:501-7.
4. Monasta L, Batty GD, Cattaneo A, et al. Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. Obes Rev.
5. Kelly B, Halford JC, Boyland EJ, et al. Television food advertising to children: a global perspective. Am J Public Health;100:1730-6.
6. Robinson TN, Borzekowski DL, Matheson DM, Kraemer HC. Effects of fast food branding on young children's taste preferences. Arch Pediatr Adolesc Med 2007;161:792-7.
7. Due P, Damsgaard MT, Rasmussen M, et al. Socioeconomic position, macroeconomic environment and overweight among adolescents in 35 countries. Int J Obes (Lond) 2009;33:1084-93.

8. Epstein LH, Paluch RA, Roemmich JN, Beecher MD. Family-based obesity treatment, then and now: twenty-five years of pediatric obesity treatment. *Health Psychol* 2007;26:381-91.
9. Isnard P. QL, Cortese S., Falissard B., Musher-Eizenman D, Guedney A., Frelut M.-L. Mouren M.-C. Bulimic behaviours and psychopathology in obese adolescents and in their parents. *Int J Pediatr Obes* 2010.
10. Thibault H, Conrand B, Saubusse E, Baine M, Maurice-Tison S. Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. *Nutrition*;26:192-200.
11. Bjorge T, Engeland A, Tverdal A, Smith GD. Body mass index in adolescence in relation to cause-specific mortality: a follow-up of 230,000 Norwegian adolescents. *Am J Epidemiol* 2008;168:30-7.
12. Bokor S, Frelut ML, Vania A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in European obese children. *Int J Pediatr Obes* 2008;3 Suppl 2:3-8.

Proposition n°19 - Favoriser la mise en place d'une prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant sur le modèle des réseaux RéPPOP et en assurer la pérennité

Rédacteurs : Véronique Nègre (APOP – CN-RéPPOP), Maithé Tauber (APOP – CN-RéPPOP), Hélène Thibault (APOP), Sophie Treppoz (AFPA – APOP)

Problématique

Interrompre l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants est un des objectifs prioritaires du programme national nutrition-santé (PNNS) mis en place en 2001 (1, 2). En effet, jusqu'au début des années 2000, la prévalence du surpoids et de l'obésité a augmenté dans de nombreux pays (3, 4) dont la France (5), en particulier chez l'enfant. Cette augmentation en a fait un problème majeur de santé publique même si elle semble se stabiliser ces dernières années (6,7) aux alentours de 16-18 % pour le surpoids (obésité incluse) et de 3% pour l'obésité.

Différentes publications sont disponibles en termes de recommandations de prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. En France, il existe des recommandations de l'ANAES/HAS datant de 2003 (8). L'HAS vient de démarrer l'actualisation de ces recommandations qui est inscrite à son programme de travail 2010 et qui devraient voir le jour mi 2011 (note de cadrage www.HAS.fr). Différentes recommandations et/ou consensus internationaux sur ce thème sont également disponibles (9).

Ces recommandations vont toutes dans le même sens et recommandent une alimentation activité physique telle que préconisée à toute la population par le PNNS dans une approche incluant l'éducation thérapeutique. Ainsi, il est maintenant reconnu qu'il est essentiel de mettre l'accent sur l'accompagnement de la mise en œuvre des changements demandés en termes d'alimentation et d'activité physique et plus généralement du mode de vie, pour une durée prolongée. Les recommandations de l'ANAES/HAS de 2003 préconisaient la définition d'un parcours de soins coordonné par le médecin traitant. Une approche multidisciplinaire peut également être utile selon le contexte par exemple sous la forme d'un accompagnement diététique et/ou psychologique, de programme d'éducation thérapeutique ou d'activité physique (8).

Contexte, constats

Face à l'évolution préoccupante de l'obésité chez l'enfant et à ses conséquences en termes de santé publique, les solutions proposées pour sa prise en charge, souvent limitées dans le temps et reposant sur des acteurs isolés s'avèrent insuffisantes: l'hôpital n'a pas vocation et ne peut recevoir l'ensemble des enfants et adolescents en surpoids et la médecine libérale (médecins généralistes et pédiatres notamment) a peu de moyens pour le faire, par manque de sensibilisation, de formation, d'outils, d'aide par d'autres professionnels. Par ailleurs, la prévention, devant cette pathologie multifactorielle, doit être réfléchie et développée.

Les principaux obstacles et freins à la prise en charge identifiés sont les suivants (10).

Obstacles au niveau des familles

- Représentations vis-à-vis de l'obésité, de l'alimentation et de l'activité physique en particulier pour les familles présentant des difficultés socio économiques, importance des messages véhiculés par les médias.
- Difficulté de conserver une motivation sur le long terme, adhérence au traitement.
- Risque de démotivation si absence d'accompagnement structuré sur le long terme.
- Peur des contraintes de la prise en charge par méconnaissance des principes thérapeutiques.
- Accès difficile à l'activité physique notamment pour les adolescentes obèses (image du corps...).

Obstacles au niveau des professionnels

- Absence de formation des professionnels qui ont encore trop souvent des discours parfois culpabilisants ou trop rassurants.
- IMC non calculé de manière systématique ou calculé lorsque l'excès de poids est déjà important.
- Pathologie très consommatrice de temps, peu valorisante, découragement des professionnels lors des échecs de prise en charge.

- Professionnels souvent isolés manquant d'outils de support et de correspondants.
- Délais d'attente important dans les structures hospitalières.
- Difficultés pour évoquer ce problème avec les familles d'où un diagnostic souvent trop tardif.
- Relations médecine scolaire et médecine libérale insuffisantes pour les enfants dépistés.

Obstacles au niveau du système de soin (cf. rapport Pr Arnaud Basdevant avril 2009)

- Pas de visibilité de l'offre de soin.
- Absence de structuration/ engorgement de l'offre de soin.
- Consultations longues non valorisée en libéral comme en milieu hospitalier (T2A, problème de la nomenclature).
- Absence de prise en charge des consultations diététiques et psychologiques en libéral et consultations non valorisées en milieu hospitalier.
- Education thérapeutique de groupe insuffisamment développée et peu accessible pour la majorité des patients lorsqu'elle existe.
- Peu de liens entre la ville et l'hôpital.
- Absence de structures sportives adaptées au problème des enfants et adolescents en surpoids.

Récapitulatif des points spécifiques facilitant la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent (8)

- Dépistage et prise en charge précoce (dès 5- 6ans et l'installation du surpoids).
- Implication de la famille élargie.
- Approche positive valorisante.
- Diagnostic éducatif : définition avec l'enfant et la famille d'objectifs thérapeutiques.
- Rôle du médecin traitant.
- Parcours coordonné.
- Approche multidisciplinaire.
- Accompagnement et suivi de la mise en œuvre des recommandations diététiques psychologiques.
- Lien avec la santé scolaire et les structures petites enfance (PMI).

Rappel des actions menées

Selon la loi de santé publique, la prévention de l'obésité et du surpoids est une priorité de la politique de santé publique (*Article L3231-1*). L'État organise et coordonne la prévention, le traitement et la lutte contre l'obésité et le surpoids (*Article L3231-2*).

Les Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP) sont nés dès 2003, au moment de la déclinaison du PNNS 1 dans le cadre de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS). Ces réseaux proposent une prise en charge prenant en compte les freins et obstacles et les éléments identifiés comme facilitant la prise en charge de l'obésité de l'enfant et s'appuient sur les recommandations actuelles de l'HAS de prise en charge en insistant sur le parcours du patient, avec le médecin traitant au centre du dispositif.

Le RéPPOP est une organisation qui réunit dans un maillage étroit autour de l'enfant obèse et de sa famille, les multiples compétences professionnelles des acteurs concernés, professionnels de la santé et de l'enfance, qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou institutionnels. Une démarche d'évaluation interne et externe de leur activité est mise en place depuis leur création.

Ce sont des réseaux **ville-hôpital**, agissant selon 3 axes :

→ **La prévention de l'obésité :**

Réaliser, en lien avec les acteurs déjà présents dans le domaine de l'éducation et de la prévention, des actions de communication, de sensibilisation ; initier et accompagner les projets autour de la prévention de l'obésité.

→ **Le repérage précoce :**

Former les professionnels de santé à l'utilisation des courbes de corpulence, à leur interprétation et à l'annonce du diagnostic.

→ **La prise en charge multidisciplinaire, personnalisée et de proximité :**

Assurer un suivi médical régulier et prolongé de l'enfant et l'orienter en fonction des besoins et des attentes de la famille vers un autre professionnel, une prise en charge de groupe, un programme d'éducation thérapeutique... Former les acteurs libéraux pour faciliter un suivi de proximité.

Proposer à l'enfant et sa famille un **parcours de soin coordonné** à travers la formation et les protocoles communs, le décloisonnement, la complémentarité des professionnels.

En pratique, les RéPPOP apportent :

- aux professionnels, une aide concrète pour la prise en charge de leurs jeunes patients en

surpoids : formations initiales et continues, gage de l'utilisation d'un langage commun par chaque acteur intervenant auprès de l'enfant et de sa famille ; des outils de travail, référentiels, courbes, dossier partagé... ; la mise en place d'un suivi coordonné où le médecin libéral peut faire appel à un ou plusieurs autres acteurs RéPPOP : diététicien, psychologue pour lesquels le coût de la consultation est pris en charge par le RéPPOP, mais aussi kinésithérapeute, infirmier... ; l'expertise des situations complexes par les équipes hospitalières référentes.

→ Aux enfants et à leurs familles une prévention et un repérage précoce en intervenant auprès des professionnels de la petite enfance, des médecins et infirmiers scolaires et de la PMI, des professionnels du monde sportif ; des informations (site, fiches-conseils...) ; un suivi coordonné, régulier et prolongé avec une prise en charge financière partielle ou totale des consultations auprès des professionnels partenaires du réseau (diététiciens, psychologues...) ; des propositions de prise en charge en groupe : des journées d'éducation thérapeutique, des journées pratiques d'activité physique adaptée (APA), ateliers diététiques.

Actuellement, il existe 10 RéPPOP en France, en métropole et outre-mer, départementaux ou régionaux, réunis au sein d'une coordination nationale depuis 2006 (CN-RéPPOP). S'ils sont fédérés par une charte, un mode de fonctionnement et des outils communs, chacun conserve des particularités liées aux origines de sa mise en place et aux spécificités de leur région.

Base de formulation des objectifs de la proposition

L'expérience acquise par les RéPPOP a permis d'identifier les éléments nécessaires à la mise en place d'une stratégie de prise en charge multidisciplinaire de proximité de l'obésité de l'enfant, prenant en compte les freins et obstacles décrits au chapitre précédent. Ainsi, 5 propositions concrètes apparaissant comme déterminantes pour une prise en charge efficace s'appuyant sur le tissu de professionnels libéraux et s'inscrivant dans la durée ont pu être formulées.

Objectifs

L'objectif est de pouvoir faire bénéficier l'ensemble des enfants en surpoids ou obèses de France des éléments fondamentaux de la prise en charge actuellement proposés dans les RéPPOP sous la forme d'un modèle **de parcours de soin coordonné** incluant les différents niveaux de prise en charge : du médecin libéral de premier recours au service hospitalier spécialisé. Ce modèle prendra en compte les recommandations de prise en charge de l'ANAES/HAS et leur actualisation prévue en 2011.

Pour cela 5 sous-objectifs opérationnels prioritaires ont été définis :

- 1) Mettre en place des formations** (initiale et continue) **des professionnels sur cette thématique** de manière à avoir un discours harmonisé et disposer d'outils adaptés.
- 2) Prévoir une prise en charge financière du coût des « prestations dérogatoires » (consultation médicales longues, consultations diététiques et psychologiques lorsque nécessaires).**
- 3) Développer l'éducation thérapeutique** (diagnostic éducatif individuel et séances de groupe).
- 4) Développer une offre vis-à-vis de l'activité physique et en particulier l'accès à l'activité physique adaptée.**
- 5) Développer la mise en place de structures de coordination** notamment en termes de **partage des informations**, de lien avec l'hôpital et les structures impliquées **dans le dépistage, ainsi que de structures de formation et d'évaluation.**

Description des modalités de l'action

Les 5 propositions concrètes préalables à la mise en place du parcours de soin basé sur une prise en charge de proximité inscrite dans la durée, éventuellement multidisciplinaire et coordonnée, sont décrites plus en détail.

Les rôles de chacun des professionnels concernés au sein de ce parcours, les modalités d'accès à ces professionnels, leur mode de rémunération, le travail de coordination et son rôle primordial devront être définis.

1) Formation des professionnels impliqués dans la prise en charge (médecins, diététiciens, psychologues...) :

L'importance de la formation initiale et continue des professionnels est soulignée. Cette formation devrait pouvoir être réalisée ou supervisée par une équipe de coordination ou centre de référence (comprenant les compétences suivantes : médecin diététicien, psychologue, enseignant en activité physique adaptée...) ayant acquis une compétence et une expérience de la pathologie. Les formations seront basées sur les référentiels (HAS/PNNS) ainsi que les supports de l'INPES...). Ces formations doivent aborder tous les aspects de la prise en charge et en particulier l'éducation thérapeutique, sans oublier la prescription d'activité physique. Un financement des formations serait à prévoir aussi bien en termes de personnel mobilisable (*cf. infra sur les*

structures de coordination ou centre de référence) que sur le plan logistique. Une harmonisation des offres en termes de FMC et de DPC (Développement Professionnel Continu) sur le thème de l'obésité de l'enfant serait à prévoir sur le plan national ou régional.

2) Prise en charge financière du coût des rémunérations des professionnels libéraux impliqués dans la prise en charge multidisciplinaire :

- Prise en compte du temps passé par les professionnels de santé libéraux (prévoir une rémunération spécifique pour les médecins car il s'agit de consultations longues, de durée souvent supérieure à 40 minutes).
- Prise en charge financière des consultations diététiques et psychologiques libérales nécessaires.
- Prévoir une offre en activité physique (prescription de l'AP, offre spécifique pour les enfants ou adolescents obèses) par des enseignants en APA.
- Une attention particulière doit être portée aux familles en situation de précarité qui ont parfois même des difficultés à avancer les frais médicaux d'un suivi régulier.
- Une réflexion devrait être mise en place avec les services compétents afin de voir comment ces prises en charge financières pourraient être rendues accessibles à l'ensemble des enfants en surpoids.

3) Développement de l'éducation thérapeutique

La pertinence de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant est maintenant reconnue (11).

Il peut s'agir de diagnostic éducatif individuel ou de séances de groupe. L'éducation thérapeutique peut se faire aussi bien en milieu hospitalier qu'en milieu libéral ou dans le cadre de réseaux. Les séances doivent toucher aussi bien l'enfant que les parents. Les programmes doivent être adaptés à l'âge et à la maturité des enfants. Dans tous les cas il est nécessaire de prévoir un financement de l'offre en éducation thérapeutique pour permettre sa réalisation selon les recommandations actuelles.

Le financement devrait permettre de couvrir :

- le temps de travail des professionnels de santé impliqués dans la conception des modules et la réalisation des outils nécessaires ;
- le coût de la formation en éducation thérapeutique des professionnels impliqués ;
- le temps de préparation (logistique, recrutement des patients, diagnostic éducatif préalable) des modules ;
- l'animation des modules ;
- le financement de l'évaluation.

Les missions de conception, préparation et coordination, le recrutement des patients et des familles et la gestion des aspects logistiques de l'éducation thérapeutique ne peuvent être assurés que par une équipe multidisciplinaire rattachée à un établissement hospitalier, un centre de référence ou une équipe de coordination d'un réseau de type RÉPPOP. Des professionnels de santé libéraux peuvent être associés à l'animation des modules si un financement ou une nomenclature spécifique le permet.

4) Développement d'une offre vis-à-vis de l'activité physique : séances d'activité physique adaptée pour les enfants en surpoids ou obèses et consultation en vue de la prescription d'activité physique adaptée au problème de l'enfant. Cette offre pourrait être supervisée par les enseignants en activité physique adaptée ayant une formation STAPS mention APA comme recommandé dans la synthèse activité physique et obésité de l'enfant. Le recrutement par les CHU (ou les cellules de coordination ou centres de référence) d'enseignant en APA permettrait de réaliser ces missions.

http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/synthese_obesite.pdf

http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/apa_prise_charge_jeunes_surpoids_obeses.pdf

De plus, il serait intéressant de pouvoir proposer des aides financières pour la pratique d'activité physique et sportive pour les familles les plus démunies (par exemple, reprendre le principe des coupons sport qui pourraient être généralisés)

5) Mise en place de structures de coordination → Centres de référence de l'obésité de l'enfant

L'existence d'une équipe de coordination est essentielle ; elle permettrait notamment :

- de structurer l'offre de soin de manière à répondre aux demandes et besoins des patients en surpoids ou obèses et de leur famille de manière à les orienter vers un parcours de soin adapté à chaque situation.
- d'articuler la prise en charge entre les professionnels libéraux et hospitaliers des CHU et des CHG ainsi que de faire le lien avec les professionnels impliqués dans le dépistage (PMI, médecins et infirmières de l'Éducation nationale).

- de diffuser les référentiels et outils de prise en charge, de réaliser la formation puis d'animer les réseaux de professionnels (médecins, diététiciens, psychologues, enseignants en AP), de répondre à leur demande pour les patients, de servir d'interface avec les services hospitaliers. Pour les cas plus complexes (cf. propositions du rapport du Pr Arnaud Basdevant).
- de coordonner la circulation et le partage des informations entre les professionnels, idéalement dans le cadre de dossiers partagés informatisés comme dans le cadre des RÉPPOP.
- de concevoir, coordonner et réaliser en lien avec les équipes hospitalières ou libérales une offre valorisée et structurée en éducation thérapeutique individuelle et de groupe.
- de faire le lien entre les prises en charge adultes et enfants.
- de réaliser une veille scientifique ainsi que mettre en place des programmes de recherche notamment en lien avec des structures hospitalières et/ou organismes de recherche ou universitaires.
- les professionnels de cette coordination pourraient de plus avoir une activité clinique (consultation, hospitalisation, éducation thérapeutique, activité physique) auprès des patients en lien avec les CHU et/ou les CHG et organiser et réaliser des ateliers d'activité physique adaptés.

Idéalement, cette équipe de coordination pourrait comprendre un **médecin, un diététicien, un psychologue, une puéricultrice et un enseignant en activité physique ainsi qu'un coordinateur administratif et un secrétaire**. Une **pérennité des postes** apparaît souhaitable. Cette coordination pourrait s'entendre sur un plan régional ou territorial ou local selon les structures existantes. Elle pourrait reprendre et compléter les missions des cellules de coordination de certains réseaux type RÉPPOP. Il paraît légitime que ce type de coordination soit **rattachée aux CHU ou aux ARS**, et que **chaque région** puisse disposer de telles structures. Les missions de ces structures de coordination se rapprochent de celles des structures de type « centre de référence » comme **les centres de référence** pour les maladies rares qui sont « *des ensembles de compétences pluridisciplinaires hospitalières et hautement spécialisées et qui ont un rôle d'expertise et qui assurent un rôle de recours pour les médecins, les malades et leurs familles, centres d'expertise, disposant d'une forte assise recherche, ayant structuré la prise en charge d'une pathologie* ».

A terme cela permettrait l'existence dans chaque région d'une structure de coordination des soins et d'accompagnement de l'enfant en surpoids (ou centre de référence) ainsi qu'une organisation de la prévention en lien avec les organismes en charge de la prévention.

Les modalités concrètes de mise en œuvre de ces propositions seront très probablement abordées lors de la rédaction des recommandations de prises en charge réalisée par l'HAS, prévue en 2011, et seront à prendre en compte.

Cible de l'action

Tous les enfants et leur famille pour ce qui concerne la prévention.

Les enfants en surpoids pour la prise en charge : environ 15 à 18% de la population pédiatrique française.

La prise en compte du problème de la précarité sera également recherchée dans la mesure où les familles en situation socio-économique difficile sont surreprésentées dans cette pathologie.

La mise en place simultanée de ces 5 **objectifs opérationnels prioritaires est actuellement réalisée dans des structures de type réseau de soin et en particulier dans les RÉPPOP.**

Résultats attendus

La mise en place d'une prise en charge efficace des enfants en surpoids ou obèses pourrait contribuer, en complémentarité des actions de prévention, à la stabilisation voire à la diminution de la prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

Les premiers RÉPPOP ont pu évaluer les résultats de leur prise en charge au-delà de 2 ans de suivi. Les résultats sont encourageants : **une majorité d'enfants ont amélioré leur corpulence avec une diminution significative du Z-score d'IMC moyen (12).**

Compte tenu du recul nécessaire à l'évaluation des résultats, des difficultés pour harmoniser les définitions de succès et d'échecs des prises en charge (13) et de l'impact sur les résultats de la prise en charge des facteurs intrinsèques relatifs aux patients (conditions socio-économiques, obésité familiale, importance de l'excès de poids...) connus comme étant des déterminants de la constitution (14) et de la persistance d'un excès de poids, ainsi que la variabilité des durées réelles de prises en charge, peu de publications sont actuellement disponibles. Cependant, dans une étude réalisée par le Réppop de Franche Comté, 63 % des enfants avaient, avec 2 ans de recul, amélioré leur Z-score d'IMC d'au moins - 0,25 (15). Des résultats similaires ont été retrouvés dans les autres réseaux avec une baisse moyenne du Z-score d'IMC variable selon le contexte, mais allant de - 0,25 à - 0,40 (résultats disponibles sur www.apop-france.com, www.repop-aquitaine.org ; www.repop-fc.com/) [1].

L'évaluation des résultats des RéPPOP en Ile de France, Midi-Pyrénées et Franche-Comté est en cours de soumission **européenne**.

Opérateurs de l'action/partenaires

- CN-RéPPOP /APOP / AFPA
- ARS
- URML / Maisons de santé
- Collectivités territoriales
- Mutualité Française / Mutuelles
- Education nationale et santé scolaire, PMI...

Indicateurs d'évaluation et proposition de recherche

L'évaluation pourra s'appuyer sur les évaluations des RéPPOP déjà existants : indicateurs d'activité comme le nombre de professionnels et de structures impliquées, le nombre d'enfants pris en charge, l'évolution de leur santé au sens large, l'évolution de la prévalence du surpoids de l'enfant, évolution du Z-score d'IMC...

Bibliographie

1. Herberg S, Chat-Yung S, Chauliac M. The French National Nutrition and Health Program: 2001-2006-2010. *Int J Public Health* 2008; 53: 68-77.
2. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Girardet JP *et al.* Le programme national nutrition santé (PNNS) : quels effets sur la santé des enfants ? *Arch Pediatr* 2009; 16: 3-6.
3. World Health Organization, Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation, in *World Health Organ Tech Rep Ser.* 2000, WHO: Geneva. p. i-xii, 1-253.
4. Lobstein T, Frelut ML. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes Rev* 2003; 4: 195-200.
5. Rolland-Cachera MF, *et al.* Body mass index in 7-9-y-old French children: frequency of obesity, overweight and thinness. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26: 1610-6.
6. Peneau S *et al.* Prevalence of overweight in 6- to 15-year-old children in central/western France from 1996 to 2006: trends toward stabilization. *Int J Obes (Lond)* 2009; 33: 41-7.
7. Salanave B, *et al.* Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007. *Int J Pediatr Obes* 2009; 4 : 66-72.
8. ANAES, *Prise en charge de l'Obésité de l'enfant et de l'adolescent.* 2003, ANAES: Saint-Denis. 143 p.
9. American Dietetic Association. Pediatric weight management evidence-based nutrition practice guidelines 2010. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=12821>
10. Thibault H *et al.* Pratiques et attentes des médecins généralistes, une enquête du réseau Repop Aquitaine. *Le Concours Médical* 2007; 129 (33/34): 1181.
11. Videau S, Bertrand AM, Jouret B, Gagnayre R. Recueil de pratiques visant à harmoniser les évaluations pédagogiques des compétences de soins chez les enfants de 9–11 ans en surpoids ou obèses. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2010; 2(1): 15-24.
12. Nègre V, Cavellier R, Ethevenaux C, Ghrib F, Guilmin S, Resplandy C, Thibault H, Tauber M. Prévention et prise en charge de l'obésité de l'enfant : les RéPPOP, une expérience de travail en réseau. *Cah Nut Diétét* 2010 (in press)
13. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, Summerbell CD. Interventions for treating obesity in children *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (1):CD1872.
14. Thibault H *et al.* Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. *Nutrition* 2009; 26: 192-200.
15. Virot C, Ballot C, Rohrlach P, Bertrand AM, Nègre V. Two years follow up results of a multidisciplinary primary care intervention for childhood obesity. *LWPES/ESPE 8th joint meeting New York, USA, September 9-12, 2009.* *Horm Res* 2009; 72 (suppl 3): 295 (Abstract).

Proposition n°20 - Dépister la dénutrition chez l'enfant hospitalisé

Rédacteur principal : Régis Hankard (SFP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

Une dénutrition est fréquemment observée chez les enfants hospitalisés. Elle associe une insuffisance pondérale [indice de masse corporelle (IMC) inférieur au 3^e percentile pour l'âge et le sexe] à un retentissement physique ou psychologique lié à un état pathologique. Une étude tricentrique (Poitiers, Nantes, Strasbourg) réalisée chez 130 enfants hospitalisés en CHU [Age : $5,5 \pm 5,7$ ans [extrêmes : 2 mois – 16,9 ans]] a retrouvé un IMC inférieur au 3^e percentile chez 18% des enfants (données R. Hankard, Poitiers, 2010). Elle concerne particulièrement le jeune enfant (50% avaient moins de 1 an). Ces résultats confortent ceux obtenus dans des études monocentriques antérieures à Lille (11%) et à Paris (12%) (1, 2) et dans une étude multicentrique néerlandaise récente (19 %) (3).

Dans la population générale, un IMC inférieur au 3^e percentile était retrouvé chez 5,7% d'enfants de 4 ans vus en consultation de protection maternelle et infantile (PMI) [n=1391, âge : $3,8 \pm 0,4$ ans (données R. Hankard, 2008)], chez 2,2% d'enfants scolarisés au collège [n=1200, âge : $13,6 \pm 0,5$ ans (données R. Hankard, Poitiers, 2007)], et entre 4 et 10% des 1675 enfants inclus dans l'étude nationale nutrition santé de 2006 (www.invs.sante.fr/publications/2007/nutrition_enns/index.html).

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 (3). Il n'existe pas d'enquête nationale de prévalence de la dénutrition chez l'enfant hospitalisé en France. Malgré l'existence d'outils appropriés [disque de calcul de l'indice de Waterlow (4) et score de risque nutritionnel pédiatrique (5)], le calcul d'index nutritionnel est rarement réalisé. Les freins sont multiples : absence de mesure simultanée du poids et de la taille, insuffisance de formation des personnels médicaux et paramédicaux, manque de motivation devant un problème encore trop souvent perçu comme secondaire voire marginal.

Dans tous les cas, une enquête anamnestique et un examen clinique destinés à rechercher des signes de dénutrition (fonte musculaire et du tissu adipeux, retentissement fonctionnel, signes spécifiques de carences) ainsi qu'une étiologie à celle-ci (malabsorption, pertes majorées, situations d'hypercatabolisme, carence d'apport psychogène ou relationnelle) permettront avec l'index nutritionnel calculé d'affirmer une dénutrition chez l'enfant.

En réponse à une résolution du conseil de l'Europe de 2003 qui jugeait « inacceptable la prévalence de la malnutrition hospitalière » (ResAP 2003), des mesures visant à promouvoir le dépistage des troubles nutritionnels ont été entreprises chez l'adulte mais pas chez l'enfant. La dénutrition concerne 20 à 60% des adultes hospitalisés selon le type de structure de court séjour, et plus encore en long séjour. Ainsi, le dépistage de la dénutrition est un indicateur pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPQASS) chez l'adulte, mais pas chez l'enfant. De même, une standardisation de la définition de dénutrition basée sur l'IMC permet la tarification à l'activité (T2A) chez l'adulte. Le gain de valorisation d'un séjour GHM peut ainsi varier de 1000 à 3000 € selon que la dénutrition est codée modérée (E44) ou sévère (E43). L'impact de la dénutrition sur la « lourdeur » de la prise en charge et donc son coût n'est pas pris en compte chez l'enfant, ou exceptionnellement.

Objectifs

- 1) Proposer une stratégie simple pour le dépistage de la dénutrition de l'enfant basé sur les courbes de corpulence (IMC) du PNNS (6) ;
- 2) Introduire le dépistage des troubles nutritionnels comme indicateur IPQASS en pédiatrie ;
- 3) Promouvoir la codification de la dénutrition dans la T2A ;
- 4) Créer un comité national de vigilance sur la dénutrition de l'enfant en lien avec les sociétés savantes : Société Française de Pédiatrie (SFP), Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP), Groupe

Francophone d'Hépatologie, Gastro-entérologie et Nutrition Pédiatriques (GFHGNP), Société Française de Nutrition (SFN) et Comités de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) ;

5) Promouvoir une recherche sur les indicateurs de dénutrition chez l'enfant et l'optimisation des stratégies de dépistage au travers du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et des sociétés savantes concernées : SFP, SFNEP.

Description des modalités de l'action

L'action consiste à promouvoir la mesure systématique du poids et de la taille et le calcul de l'IMC pour tout enfant hospitalisé. Le mode d'action sera la mise à disposition d'une démarche standardisée, d'outils simples de diagnostic et de codification de la dénutrition chez l'enfant. La communication sur cette démarche s'adressera aux médecins et équipes soignantes accueillant des enfants. Cette action pourra être soutenue par les unités transversales de nutrition (UTN).

- Cible de l'action

Compte tenu de la prévalence de la dénutrition en milieu hospitalier, l'action et son évaluation concernent uniquement la population des enfants hospitalisés. Une étude préliminaire estimait que la prévalence d'enfants nécessitant une démarche diagnostique complète dans cette population variait entre 10 et 20% suivant le type de recrutement (données R. Hankard, Poitiers, 2010).

- Résultats attendus :

Amélioration du dépistage de la dénutrition chez l'enfant (*cf. infra*).

- Opérateurs de l'action / partenaires

Sociétés savantes : SFP, GFHGNP, SFN, SFNEP.
CLAN.

Document du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

Le calcul de l'IMC est une démarche validée entrant dans le diagnostic de la dénutrition chez l'enfant (7, 8). Une recherche visant à optimiser les stratégies de dépistage doit être promue (*cf. supra*).

Indicateurs d'évaluation

- 1) Enquêtes ponctuelles (enquêtes multicentriques ponctuelles, activité des diététiciennes en pédiatrie, démarches d'optimisation du plateau-repas, consommation de compléments et de produits de nutrition entérale) ;
- 2) Déclaration des items dénutrition [codes E40 à 46 : malnutrition ; E50 à 64 : autres carences nutritionnelles, en Complications et Morbidités Associées simples (CMA) ou sévères (CMAS)] ;
- 3) Dossiers d'accréditation institutionnels (item traceur IPQASS).

Références bibliographiques

1. Marteletti O, Caldari D, Guimber D, Mention K, Michaud L, Gottrand F. Dépistage de la malnutrition chez l'enfant hospitalisé : influence de la structure d'accueil dans la prise en charge. Arch Pediatr 2005; 12: 1226-31.
2. Hankard R, Bloch J, Martin P, et al. Etat et risque nutritionnel de l'enfant hospitalisé.. Arch Pediatr 2001; 8: 1203-8.
3. Joosten KF, Zwart H, Hop WC, Hulst JM. National malnutrition screening days in hospitalised children in The Netherlands. Arch Dis Child 2010; 95: 141-5.
4. Waterlow JC. Anthropometric assessment of malnutrition in children. Lancet 1979; 2: 250-1.
5. Sermet-Gaudelus I, Poisson-Salomon AS, Colomb V, et al. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. Am J Clin Nutr 2000; 72: 64-70.
6. Rolland-Cachera MF, Cole TJ, Sempe M, Tichet J, Rossignol C, Charraud A. Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years. Eur J Clin Nutr 1991; 45: 13-21.
7. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. BMJ 2007; 335: 194-7.
8. Mei Z, Grummer-Strawn LM, Pietrobelli A, Goulding A, Goran MI, Dietz WH. Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. Am J Clin Nutr 2002; 75: 978-85.

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

Proposition n°21 - Prévention du diabète de type 2

Rédacteur principal : Paul Valensi (SFN)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

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 (source CNAM-TS) [1]. Cette progression est parallèle au développement de l'obésité et aux modifications du mode de vie ainsi qu'au vieillissement de la population.

Le risque de diabète peut résulter de l'hérédité, d'une obésité et en particulier d'un excès de graisse abdominale, de l'existence d'un syndrome métabolique ou de certains de ses composants, de troubles des fonctions hépatiques et encore d'une faible activité physique. Le risque peut être quantifié par des scores tels que le score finlandais FINDRISC [2], le score français DESIR [3] ou un autre score français (score de Bondy) validé chez les femmes en surpoids ou obèses [4]. Ces scores sont prédictifs de la survenue d'un diabète mais aussi prédictifs dans la population obèse d'un risque élevé d'anomalies glycémiques ou d'un syndrome métabolique existants.

Les états pré-diabétiques sont définis par l'existence d'une hyperglycémie à jeun et/ou d'une intolérance au glucose. Le risque d'évoluer de l'une de ces anomalies vers le diabète peut être estimé en moyenne entre 5 et 10 % par an [5].

Deux situations pathologiques, l'obésité et la maladie coronaire, sont associées à des taux particulièrement élevés d'anomalies glycémiques. Dans une étude française récente portant sur une grande série d'obèses ou de sujets en surpoids, la prévalence du diabète méconnu était de 6% et celle du pré-diabète de 20% [6]. Dans une étude européenne portant sur une grande série de patients coronariens, 20% avaient un diabète méconnu et 30% un état pré-diabétique [7].

Plusieurs études d'intervention dont les études DPS et DPP (référence 8 pour revue) ont bien montré qu'il est possible de réduire de plus de 50 % l'évolution de l'intolérance au glucose vers le diabète avéré en recourant à des mesures hygiéno-diététiques intensifiées. Dans ces études, les méthodes de « coaching » rapproché ont été maintenues pendant 4 ou 5 ans en requérant des moyens importants.

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 largement 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. Lorsqu'un pré-diabète est découvert, des mesures de prévention doivent être mises en œuvre selon des modalités efficaces et faisables. La démarche en groupe paraît la plus appropriée. Elle doit être structurée et organisée par des « managers » et le suivi des groupes doit être assuré par des acteurs formés à la prévention. Telles sont les grandes lignes des recommandations européennes établies par le Groupe IMAGE soutenu par la Commission Européenne dont le but est d'implémenter en Europe la démarche de prévention du diabète. Ce Groupe a conçu un guide pour les personnes à risque et un guide pour les formateurs [8, 9].

Diagnostic – constats

En France, le stade du pré-diabète est pratiquement seulement reconnu par l'hyperglycémie à jeun tandis que le test de charge orale en glucose, seul capable d'identifier l'intolérance au glucose, est peu pratiqué en dehors de la femme enceinte pour reconnaître le diabète gestationnel.

A ce jour quelques rares expériences de prévention du diabète ont été menées en France. Il n'existe toutefois pas de recommandations officielles dans la prévention du diabète mais seulement des vœux pieux exprimés.

Les principales idées reçues

- *Le diabète est une fatalité* en particulier quand on appartient à une famille de diabétiques. Si le risque est alors effectivement élevé de devenir soi-même diabétique, il est en fait possible de l'éviter et de réduire son propre risque d'environ 50%. Ce point n'est pas connu par la population ni même par nombre de professionnels de la santé.

- *Il n'existe pas en France de démarche structurée de prévention du diabète de type 2. Il est vrai que les actions menées dans ce domaine sont éparées. Certaines équipes de diabétologie et certains réseaux Diabète ont néanmoins entrepris des actions à une échelle encore limitée.*

Objectifs

Objectif général

Travailler sur les facteurs de protection contre le diabète de type 2 en mettant l'accent sur les mesures intensifiées de correction de l'hygiène de vie.

Objectifs opérationnels ou spécifiques :

Les mesures de protection sont d'autant plus efficaces qu'elles sont mises en place tôt auprès des personnes ayant un risque bien documenté. Elles devraient être mises en œuvre :

- prioritairement pour les personnes atteintes de pré-diabète, en particulier les intolérants au glucose, et pour les femmes ayant un antécédent de diabète gestationnel et pour les coronariens ;
- en seconde priorité pour les personnes ayant un score de risque de diabète élevé.

Thèmes d'actions (priorités proposées)

- Faire connaître en population générale les facteurs favorisant l'installation d'un diabète de type 2.
- Diffuser les outils d'évaluation (scores) de son propre risque de diabète.
- Evaluer le plus largement possible le statut glycémique chez les personnes à risque élevé de diabète.
- Former des équipes compétentes pour la mise en place et la réalisation d'actions auprès de groupes de personnes à risque élevé de diabète.
- Mettre en place un programme structuré de santé publique de prévention du diabète de type 2 auprès des personnes à risque élevé en attribuant une priorité forte aux pré-diabétiques, aux femmes ayant un antécédent de diabète gestationnel et aux coronariens. Ce programme inclura des actions intensives d'intervention sur l'hygiène de vie, consistant en un accompagnement (coaching) en groupes.
- Favoriser l'accessibilité à ces actions.

Outils / cadres

- La Fédération Internationale du diabète (IDF) a émis des recommandations sur le dépistage des personnes à risque de diabète et la prévention du diabète [10].
- Les recommandations, le guide pratique et les indicateurs de qualité pour la prévention du diabète de type 2 du Groupe IMAGE [8, 9, 11].

Partenaires

- Diabétologues.
- Diététiciens.
- Réseaux Diabète.
- Réseaux Obésité.
- PMI.
- Médecine du travail.

Difficultés / Obstacles

- Les partenaires:

La médecine du travail devrait pouvoir constituer des équipes compétentes de prévention et faciliter l'accès sur place aux actions en groupes. Définir l'espace mis à disposition et le temps libéré au salarié en évitant la stigmatisation vis-à-vis des personnes bénéficiant de l'action.

Les PMI devraient manifester la même volonté de s'engager dans ces actions de prévention en affectant en particulier du personnel formé à ces actions.

- La prise en charge initiale:

L'accompagnement doit être suffisamment rapproché et motivant sans être trop contraignant pour faciliter l'adhésion.

- Les relais: après l'accompagnement initial pendant une période de quelques mois, un relais doit être assuré pour soutenir les efforts de maintien du sujet dans une attitude de prévention.

Indicateurs

- Quantification du risque de diabète de type 2 à l'échelle de la population
- Evaluation du pré-diabète à l'échelle de la population et dans des certaines populations cibles (antécédents de diabète gestationnel, coronariens)
- Implication des acteurs : PMI, médecine du travail...
- Adhésion des groupes aux sessions organisées à leur intention
- Correction de l'hygiène de vie : mode alimentaire, activité physique et évolution du poids
- Incidence du diabète de type 2

Possibles effets adverses

- Génération d'une inquiétude chez les personnes à risque élevé de diabète. Ce point devrait être évité par une information et une éducation appropriées.

Sources / références exemples d'actions

- DIAGEST 3 : action régionale de prévention du diabète de type 2 menée dans le Nord-Pas de Calais auprès des femmes ayant un antécédent de diabète gestationnel.
- DEPLAN : action réalisée dans plusieurs pays européens impliquant des médecins généralistes. Cette action a toutefois été mise en place à une échelle réduite en France.
- Une action est actuellement menée en Seine-Saint-Denis avec le soutien du GRSP [12].

Bibliographie

1. Kusnik-Joinville O, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4% et des disparités géographiques croissantes. *BEH* 2008;43 :409-13.
2. Lindstrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003; **26**: 725-31.
3. Balkau B, Lange C, Fezeu L, Tichet J, de Lauzon-Guillain B, Czernichow S, Fumeron F, Froguel P, Vaxillaire M, Cauchi S, Ducimetiere P, Eschwege E. Predicting diabetes: clinical, biological, and genetic approaches: data from the Epidemiological Study on the Insulin Resistance Syndrome (DESIR). *Diabetes Care* 2008; **31**: 2056-61.
4. Cosson E, Nguyen MT, Hamo-Tchatchouang E, Banu I, Chiheb S, Valensi P. Article en préparation.
5. Valensi P, Schwarz P, Hall M, Felton AM, Maldonato A, Mathieu C. Pre-diabetes essential action: a European perspective. *Diabetes Metab* 2005;31:606-20.
6. Cosson E, Hamo-Tchatchouang E, Banu I, Nguyen MT, Chiheb S, Ba H, Valensi P. A large proportion of prediabetes and diabetes goes undiagnosed when only fasting plasma glucose and/or HbA1c are measured in overweight or obese patients. *Diabetes Metab* 2010; **36**: 312-8.
7. Bartnik, Rydén L, Ferrari R, et al. The prevalence of abnormal regulation in patients with coronary artery disease across Europe. The Euro Heart Survey on diabetes and the heart. *Eur Heart J* 2004 ; **25**: 1880-90.
8. Paulweber B, Valensi P, Lindström J, et al. A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes. *Horm Metab Res* 2010; **42** Suppl 1: S3-36.
9. Lindström J, Neumann A, Sheppard KE et al. Take action to prevent diabetes-the IMAGE toolkit for the prevention of type 2 diabetes in Europe. *Horm Metab Res* 2010; **42** Suppl 1 : S37-55.
10. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. *Diabet Med* 2007; **24**: 451-63.
11. Pajunen P, Landgraf R, Muylle F, et al. Quality indicators for the prevention of type 2 diabetes in Europe-IMAGE. *Horm Metab Res* 2010; **42** Suppl 1 : S56-63.
12. Valensi et al. Communication au congrès de la SFD en 2009.

Proposition n°22 - Dépistage et prise en charge des troubles du comportement alimentaire de l'adulte

Rédacteur principal : Pierre Déchelotte (SFNEP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

Le cadre général des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) regroupe un ensemble de pathologies (se caractérisant par des comportements pathologiques addictifs de type restrictif (anorexique), compulsif (boulimique) ou mixte (alternance des deux précédents)).

Les entités nosologiques les mieux définies et les plus connues sont l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse. Les autres types de TCA, regroupés sous le terme de TCA non spécifiés (TCA-NS) dans la classification des maladies (DSMIV, CDM 10) ou EDNOS en anglais (Eating Disorders Otherwise non Specified) restent moins bien connus, voire négligés. Ce cadre des TCA-NS regroupe pourtant des pathologies très fréquentes, telles que l'hyperphagie (Binge Eating Disorder), responsable de la constitution rapide d'obésités sévères chez des sujets jeunes (obésité compulsive), ou des formes incomplètes ou débutantes d'anorexie ou de boulimie, telles que le grignotage, ou des tableaux restrictifs incomplets (absence d'aménorrhée par exemple). Les troubles compulsifs, et particulièrement l'hyperphagie, sont impliqués dans la constitution de 30 à 50% des cas d'obésité sévère et devraient donc être recherchés systématiquement chez tout patient obèse, en particulier avant 50 ans. La mortalité a diminué dans l'anorexie-boulimie (1 à 5% à 10 ans, contre près de 10% dans les séries plus anciennes) mais reste préoccupante, et la morbidité et le retentissement socio-familial et économique important.

Les TCA de l'adulte peuvent être la continuation ou la rechute de TCA survenus à l'adolescence (en particulier pour l'anorexie mentale restrictive), mais il existe aussi de nombreuses formes inaugurales débutant après 20 ans, principalement les troubles compulsifs (Preti 2009, Keel 2010). La prédominance féminine est bien établie, plus encore pour l'anorexie (9/1) que pour les formes boulimiques (7/3).

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 le nombre de patients adultes des deux sexes touchés est très important.

Des approches thérapeutiques efficaces et validées telles que la nutrition entérale dans les formes restrictives (Zuercher 2003, Paccagnella 2006, Rigaud 2007a & 2009, Gentile 2008, Lund 2009) ou boulimiques (Rigaud 2007b), les thérapies-cognitivo-comportementales (Hay 2009) et les sérotoninergiques à forte dose pour la boulimie (Jackson 2010) restent méconnues et sous-employées.

Ce déficit de repérage et de prise en charge est certainement lié à plusieurs facteurs :

- les limites de la classification diagnostique actuelle ;
- l'insuffisance de formation des professionnels de santé dans ce domaine ;
- l'absence d'outil de dépistage pratique pour des non-spécialistes ;
- l'insuffisance de données épidémiologiques actualisées permettant de mesurer l'ampleur du problème de santé publique ;
- un positionnement essentiellement psychiatrique de ces pathologies, alors que leurs multiples manifestations somatiques et comorbidités en font des maladies globales, qui amènent plus facilement les patients à consulter en médecine générale, nutrition, gynécologie (Andersen 2009), gastroentérologie (Andersen 2004, Chial 2002) etc... qu'en psychiatrie (Javaras 2008, Winstead 2006)
- initiatives nationales limitées dans ce domaine jusqu'à présent.
- enfin, dans beaucoup de régions, une démographie médicale insuffisante dans les spécialités assurant la majeure partie de la prise en charge (médecins nutritionnistes et psychiatres).

En conséquence de ces différents facteurs, les structures de prise en charge spécialisées pour les TCA de l'adulte, nécessairement multidisciplinaires, restent très insuffisantes, voire totalement absentes dans certaines régions, d'où il résulte :

- une errance médicale avant la clarification du diagnostic ;
- des retards importants de prise en charge ;

- une perte de chance, les résultats de la prise en charge étant moins bons dans les formes anciennes et chronicisées, avec la chronicisation de diverses complications somatiques et comorbidités psychiatriques ;
- un retentissement socio-familial et médico-économique important.

Contexte épidémiologique actuel concernant les TCA de l'adulte

Les études épidémiologiques classiques concernant les TCA chez l'enfant et l'adolescent faisaient état d'une prévalence de l'ordre de 1% pour l'anorexie mentale et 3% pour la boulimie dans leurs formes syndromiques complètes. Les études plus récentes couvrant l'ensemble du spectre clinique des TCA montrent que près de 10% des adolescents américains sont touchés (Treasure 2010).

Des études récentes en population générale **adulte** retrouvent une prévalence au long de la vie est de l'ordre de **0,5 à 1% pour l'anorexie mentale et 2-3% pour la boulimie** dans leurs formes syndromiques complètes (Jacobi 2004, Hudson 2007).

En ce qui concerne les TCA-NS, des études en population générale ont rapporté une prévalence de l'ordre de **2 à 3,5% pour l'hyperphagie** (Jacobi 2004, Hudson 2007). Une autre étude réalisée entre 2001 et 2003 à l'aide d'enquêtes à domicile dans 6 pays européens dont la France montre, dans la population générale de plus de 18 ans, une prévalence « européenne » d'au moins 0,5%, 0,5% et 2% pour l'anorexie, la boulimie et les autres comportements compulsifs, respectivement (Preti 2009). Dans cette étude, la prévalence de l'ensemble des troubles compulsifs était nettement plus élevée en France, soit 4,15%. Cette publication ne précise malheureusement pas le détail de prévalence de l'anorexie et de la boulimie pour la France. Les auteurs soulignent que leur étude n'apporte qu'une estimation minimale étant donné sa réalisation uniquement à domicile, le taux de refus (plus de 50% en France) et la faible sensibilité du questionnaire utilisé (CIDI 3), qui ne permet pas en particulier le repérage des formes sub-syndromiques d'anorexie mentale. Malgré ces limites, cette étude indique qu'**au moins 3 à 5%** (en France) de la population générale européenne était concernée par les TCA au début des années 2000, soit une augmentation sensible de prévalence par rapport aux études antérieures disponibles. Cette étude montre également que l'anorexie et la boulimie débutent souvent entre 18 et 20 ans, alors que les différents troubles compulsifs, en particulier l'hyperphagie, peuvent survenir à tout âge entre 20 et 45 ans.

L'étude Normanut 2, réalisée fin 2008 au cabinet du médecin généraliste en Haute-Normandie (Toutain 2010), sur un échantillon représentatif de près de 900 consultants met en évidence pour **l'anorexie et la boulimie une prévalence totale de 10% chez les hommes et 16% chez les femmes**, grâce à l'utilisation du questionnaire SCOFF francophone, sensible et spécifique ; la prévalence signalée par le médecin généraliste (en aveugle du SCOFF) n'était que de 0,8% chez les hommes et 6,6% chez les femmes, ce qui traduit un déficit important de dépistage en l'absence d'outil adapté. Ce déficit de reconnaissance par le médecin généraliste a été signalé par d'autres études (Currin 2010, Linville 2010, Sim 2010).

Dans une population à haut risque (étudiantes d'âge moyen 21 ans), la prévalence des TCA, dépistés à l'aide du questionnaire SCOFF et confirmés par consultation spécialisée, est de **2% et 7,3% pour l'anorexie ou boulimie syndromiques**, respectivement ; en outre, **12% des étudiantes présentent un TCA-NS (Garcia)**.

En résumé, ces quelques études récentes réalisées en France chez l'adulte indiquent que sont touchés par les différents types de TCA:

- **au moins 5% de la population générale à domicile**
- **environ 10 à 15% des consultants au cabinet du médecin généraliste**
- **plus de 20% des étudiantes.**

Les TCA de l'adulte représentent donc bien un important problème de santé publique.

La culpabilité fréquemment associée aux TCA, la dissimulation des comportements pathologiques, voire leur déni, freinent le recours aux soins de ces patients explicitement pour leur TCA. La multiplicité et l'absence de spécificité des manifestations somatiques amènent souvent à des explorations multiples, en particulier digestives ou endocriniennes. Le retard au diagnostic et à la prise en charge pénalise le pronostic.

Face à ce constat, le questionnaire SCOFF, validé dans de nombreux pays, et maintenant dans sa version francophone SCOFF-F, est efficace pour repérer les TCA dans le cadre d'une intervention brève et entamer une relation thérapeutique. Il comporte 5 questions dichotomiques ; 2 réponses positives sont très prédictives de l'existence d'une anorexie ou d'une boulimie syndromiques ; 1 réponse positive doit faire évoquer un TCA-NS. Le SCOFF-F a donc le même type d'utilité que le questionnaire CAGE/DETA pour l'alcool.

Rappel des actions menées : A notre connaissance, aucune action nationale globale n'a été menée par les pouvoirs publics dans le domaine des TCA de l'adulte.

Les TCA sont absents des objectifs des PNNS 1 et 2.

Jusqu'à présent, les différentes mesures concernant l'obésité n'ont pas pris en compte la nécessité de repérer les TCA, sauf comme contre-indication à la réalisation d'une chirurgie bariatrique. Il n'existe pas de recommandations nationales concernant le dépistage et la prise en charge des TCA de l'adulte. Toutefois, un référentiel concernant spécifiquement l'anorexie mentale est en cours de préparation par la Haute Autorité de Santé.

Quelques initiatives régionales ou nationales associatives peuvent être soulignées :

- dans le cadre du PNNS 1, le Comité Technique Régional de Haute-Normandie avait sélectionné le thème « Dépistage et prise en charge de l'obésité et des TCA de l'adulte », ce qui a généré les études Normanut 1 et 2 et différentes actions méthodologiques (validation du SCOFF francophone) et de formation des médecins généralistes ;
- d'autres actions régionales existent sans doute et doivent être recensées (merci de nous faire passer toute information à ce sujet) ;
- durant ces dernières années, des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des TCA (tous âges) ont commencé à se fédérer au sein de l'association AFDAS-TCA ; l'AFDAS a commencé à constituer un annuaire des ressources pour la prise en charge, qui permet de constater les lacunes dans certains territoires, mais permettrait aussi d'appuyer des actions nationales futures ;
- plusieurs associations de patients souffrant de TCA ont vu le jour (Autrement, Nourrir la Vie en Normandie etc.) et se sont fédérées dans la Fédération Nationale des Associations TCA (FNA-TCA).

Objectifs et résultats attendus

Il est donc essentiel pour les TCA de l'adulte, pathologies de plus en plus fréquentes, de viser la mise en place de 4 objectifs :

- une stratégie de dépistage ciblé à l'aide d'outils adaptés (simples, fiables et rapides) ;
- des structures spécialisées de prise en charge dans chaque région, pour l'accueil des formes complexes ou sévères ;
- des actions de formation continue pour les différents professionnels de santé ;
- un enseignement initial actualisé sur les TCA dans l'ensemble des cursus des professionnels de santé.

1) Objectif 1 : Stratégie de dépistage basée sur le SCOFF-F

- **Cible de l'action** : médecins généralistes et structures de soins primaires (médecine préventive universitaire, PMI), gastroentérologues, gynécologues, endocrinologues, psychiatres, diététiciens
- **Résultat attendu** : intégrer l'utilisation du questionnaire SCOFF devant tout symptôme d'alerte nutritionnel (dénutrition ou fluctuations pondérales rapides), digestif (intestin irritable, constipation, dyspepsie, vomissements), gynécologique ou endocrinien, anxio-dépressif.
- **Opérateurs de l'action / partenaires** :
 - conception d'un support pratique comportant les 5 questions du SCOFF-F (verso d'un disque d'IMC par exemple) ;
 - diffusion par l'intermédiaire des ARS et URML ;
 - réunions locales de formation continue d'entraînement à l'utilisation et à la conduite à tenir face à un SCOFF positif (livret d'accompagnement pour le professionnel de santé) ;
 - partenaires possibles : associations médicales de formation.
- **Niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience** :
 - l'expérience menée en médecine préventive universitaire à Rouen et en médecine générale montre la faisabilité de la réalisation du SCOFF dans les contraintes de temps de l'exercice courant (Toutain 2010) ; une extension régionale est en préparation en lien avec le département de médecine générale ;
 - l'efficacité et la validité du test pour le diagnostic d'anorexie et boulimie sont avérées (Garcia 2010) ;
 - l'outil et le livret d'accompagnement devront être développés et testés en partenariat avec les utilisateurs pour en vérifier l'efficience (projet collaboratif avec le département MG de Rouen).
- **Indicateurs d'évaluation**
 - mesure de la prévalence des TCA avant et après l'introduction du SCOFF, sur des échantillons de médecins généralistes (cf. étude Normanut 2, étude Limousin) ;
 - réduction du délai entre le début des symptômes et l'adressage en consultation spécialisée, mesurée sur quelques centres de références régionaux.

2) Objectif 2: mise en place de structures spécialisées de prise en charge

- **Cible de l'action** : DGOS, ARS
- **Nombre de personnes concernées** : en fonction ci-dessus
- **Résultat attendu** : chaque ARS mettra en place un groupe de travail régional chargé :
 - de faire des propositions de création une structure multidisciplinaire de prise en charge des TCA de l'adulte (Centre de Référence) dans les régions qui en sont dépourvues (analogie avec les CSAPA pour les autres addictions), assurant une prise en charge globale somatique (y compris nutrition entérale si nécessaire) et psychiatrique ;
 - pour les régions disposant déjà d'une structure, de faire des propositions d'amélioration en termes de moyens et d'accessibilité.
- **Opérateurs de l'action / partenaires** : établissements hospitaliers publics et privés, spécialistes libéraux, URCAM, associations de patients.
- **Niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience** :
 - de nombreuses pathologies ont fait l'objet de la mise en place de Centres de Référence ou de recours de différents niveaux (cf. addictologie, Alzheimer, Soins Palliatifs) ;
 - la labellisation de telles structures permet de concentrer des moyens suffisants, d'assurer la continuité des soins et des missions de formation.
- **Indicateurs d'évaluation** :
 - évolution du nombre de régions disposant d'un Centre de Référence ou de niveaux de recours intermédiaires ;
 - moyens humains et financiers des centres de références ;
 - nombre de patients pris en charge par les Centres de Référence.

3) Objectif 3: actions de formation continue pour les professionnels de santé

- **Cibles de l'action** : idem objectif 1
- **Nombre de personnes concernées** : en fonction ci-dessus
- **Résultat attendu** :
 - au cours du PNNS 3, chaque professionnel de santé visé aura eu accès à une formation-action dont les modalités seront fixées par le groupe de travail régional, et comportant au moins la remise de l'outil SCOFF, du livret d'accompagnement et une séance interactive de discussion sur des cas cliniques (en présentiel ou e-learning).
- **Opérateurs de l'action / partenaires** :
 - spécialistes régionaux, membres du groupe de travail ;
 - l'élaboration du livret d'accompagnement sera confiée à un groupe d'experts national, avec un appui professionnel en termes de communication et mise en forme ;
 - soutien de l'URCAM, des URML et des établissements hospitaliers pour la mise en place des formations ;
 - groupements de formation médicale continue.
- **Niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience** :
 - les outils de formation seront testés sur quelques régions pilotes et réajustés avant la diffusion nationale ;
 - un numéro d'appel et une adresse mail seront mis en place pour permettre aux acteurs régionaux de joindre le groupe d'experts national en charge de coordonner la formation
 - pour les régions qui ne disposeraient de moyens locaux en termes de formation, il sera fait appel à un « vivier » interrégional de formateurs.
- **Indicateurs d'évaluation** :
 - nombre de professionnels cible ayant bénéficié de la formation à l'issue du PNNS ;
 - questionnaires de satisfaction sur les outils ;
 - les appels et messages adressés au groupe d'expert seront colligés et feront l'objet d'une analyse semestrielle.

4) Objectif 4: actions de formation initiale des professionnels de santé

- **Cibles de l'action** : UFR de médecine, pharmacie, instituts paramédicaux, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.
- **Nombre de personnes concernées** : en fonction ci-dessus

- Résultat attendu :

- chaque établissement d'enseignement, sur sollicitation conjointe du recteur et du directeur de l'ARS, évaluera l'existence d'objectifs concernant les TCA de l'adulte dans ses programmes d'enseignement ;
- à l'occasion d'une révision du programme d'enseignement du 2^e cycle des études médicales (programme de l'ECN) des objectifs concernant l'épidémiologie, le dépistage, les aspects cliniques et la prise en charge des TCA de l'adulte seront définis.

- Opérateurs de l'action / partenaires :

- tutelles ;
- doyens, responsables des établissements d'enseignement ;
- comité de l'ECN.

- Niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficacité, efficience :

- ce dispositif pourra être efficace si la docimologie vérifie l'acquisition des connaissances et des compétences dans ce domaine.

- Indicateurs d'évaluation :

- évolution du nombre d'objectifs d'enseignement concernant les TCA dans les différents cursus ;
- intégration de notion concernant les TCA dans les dossiers cliniques de l'ECN.

ANNEXE *Version francophone du questionnaire SCOFF*

Réponses OUI/NON

- 1- *Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein?*
- 2- *Etes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?*
- 3- *Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois?*
- 4- *Vous trouvez-vous gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince?*
- 5- *Diriez-vous que la nourriture domine votre vie?*

Référence :

García *et al.* World J Biol Psychiatry. 2010 May 28. [Epub ahead of print]

Proposition n°23 - Rôle du médecin généraliste dans l'évaluation et la prise en charge nutritionnelle initiale de l'adulte

Rédacteurs principaux : Pierre Déchelotte (SFNEP), Céline Gouley (SFNEP), Jérôme Talbot, François Rouger (SFNEP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

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. Leur repérage et leur prise en charge précoces conditionnent un meilleur pronostic. Il est donc essentiel que le MG puisse assurer une évaluation nutritionnelle permettant le repérage de ces troubles et qui puisse orienter leur prise en charge initiale. Pour des raisons historiques, la formation en nutrition des MG est souvent limitée. Cependant, des outils d'évaluation simples, rapides et donc adaptés à la pratique en médecine générale ont été développés récemment et doivent être diffusés auprès des MG avec la formation adaptée.

La prévalence de l'**obésité** de l'adulte a fortement augmenté en France pendant les 15 dernières années (14,5% en 2009, ObEpi-ROCHE) ; le retentissement de l'obésité et de ses multiples complications (cardio-vasculaires, métaboliques, ostéo-articulaires, cancers...) justifie un repérage et une prise en charge plus précoces pour en limiter l'aggravation. Les **TCA** (anorexie, boulimie, hyperphagie et autres TCA dits atypiques) sont également de plus en plus fréquents : ils touchent 10% des adolescents, 20% des étudiantes, et 10 à 15% des patients au cabinet du MG. Le TCA doit être reconnu derrière un recours au soin souvent sollicité pour des symptômes variables. La **dénutrition** complique de nombreuses pathologies aiguës et chroniques (cancer, maladies inflammatoires, insuffisances d'organes) et sa fréquence augmente avec le vieillissement. Sa valeur pronostique propre s'ajoute à celle de la pathologie d'origine. La dénutrition touche 9% des patients de plus de 65 ans consultant leur MG (Normanet 2)(1), et jusqu'à 70% des personnes âgées institutionnalisées, visitées régulièrement par les MG dans les EHPAD et les hôpitaux locaux.

Des **actions ont été menées** dans le cadre du PNNS1 et 2 pour sensibiliser les professionnels de santé à diagnostiquer l'obésité (diffusion de disques d'IMC), améliorer l'alimentation des patients hospitalisés (création de CLAN), reconnaître la dénutrition (recommandations ANAES 2003 et HAS 2007)(2, 3), prendre en charge l'obésité (recommandations HAS), et l'anorexie mentale (référentiel HAS)(4). **Mais le rôle du MG dans l'évaluation nutritionnelle et la prise charge initiales a été peu jusqu'ici peu développé.**

Objectifs et résultats attendus

Objectifs : former le MG pour l'aider à assurer :

- 1) une **évaluation nutritionnelle minimale** en fonction des signes d'appels cliniques, réalisée sur la base des éléments suivants :
 - poids actuel, taille, IMC actuel (lecture sur disques ou tables).
 - poids de forme antérieur, et variation récente du poids en pourcentage du poids antérieur (perte récente de poids de plus de 5% ou 10% du poids de forme, ou prise de poids, lecture sur disques ou tables).
 - évaluation de la prise alimentaire : perte d'appétit, dysphagie, ou consommation alimentaire non contrôlée (grignotage, compulsions).
- 2) une **orientation initiale en cas d'obésité** (IMC > 30) :
 - dire le diagnostic d'obésité comme une maladie, mesurer le périmètre de taille ;
 - rechercher des facteurs de risque cardio-vasculaire et des complications associées (HTA, diabète, tabagisme, hypercholestérolémie, hypertriglycémie, syndrome d'apnée du sommeil, ostéo-articulaires, troubles psychologiques) ;
 - donner des conseils simples de rééquilibrage alimentaire, traiter les symptômes dépressifs, promouvoir l'activité physique ;
 - orienter vers un spécialiste (médecin nutritionniste) pour prise en charge en cas d'IMC > 35 ou de non amélioration.

- 3) un **repérage des TCA et une orientation initiale** :
- réaliser le questionnaire SCOFF-F devant des symptômes d'alerte chez un adulte jeune sans pathologie organique évidente (4) : dénutrition récente, fluctuations pondérales rapides, troubles digestifs, troubles du cycle, troubles anxio-dépressifs ou obsessionnels ;
 - rechercher des signes de gravité: IMC <15, hypotension, bradycardie, vomissements ou malaises répétés, idées suicidaires, hypokaliémie ;
 - dire que les TCA sont des maladies potentiellement sévères mais accessibles à des traitements efficaces nutritionnels et psychologiques ;
 - orienter vers une prise en charge spécialisée interdisciplinaire en fonction du profil clinique (nutritionniste, diététicien, psychiatre, psychologue).
- 4) une **orientation initiale face à une dénutrition** :
- évaluer la sévérité sur l'IMC, le % de perte de poids et les éléments cliniques (œdème, amyotrophie...) ;
 - identifier la pathologie organique ou dépressive sous-jacente ;
 - dire au patient et à son entourage l'importance de la prise en charge de la dénutrition en termes de pronostic et de qualité de vie ;
 - prescrire des conseils simples d'enrichissement de l'alimentation et/ou des compléments nutritionnels oraux, si possible avec l'aide d'un diététicien ;
 - en cas de dénutrition sévère, discuter une nutrition entérale après avis spécialisé.

Résultats attendus :

- amélioration de la détection précoce des cas d'obésité, de TCA et de dénutrition ;
- mise en œuvre d'une prise en charge initiale de proximité et orientation spécialisée précoce et ciblée des formes graves ou complexes.

Description des modalités de l'action

- Cible de l'action : l'ensemble des MG.
- Résultat attendu : permettre à tout MG de bénéficier au cours du prochain PNNS d'une formation sur les objectifs ci-dessus et de disposer des outils d'évaluation nutritionnelle précités.
- Opérateurs de l'action / partenaires
 - Sociétés savantes (SFNEP, SFN), enseignants de nutrition et départements de médecine générale des facultés de médecine, associations de formation médicale continue, URML, ARS.
 - Médecins généralistes.

Indicateurs d'évaluation

Nombre et fréquence des FMC en nutrition, et nombre de participants, autoévaluation des MG.
 Nombre d'inscription aux diplômes d'université de nutrition.
 Evaluation de leur fréquentation par les MG avant et après mise en place de la formation.
 Nombre de consultations en CMP pour troubles nutritionnels.
 Mise en place de critères de qualité type IPAQSS en médecine de ville.
 Analyses des critères nutritionnels collectés dans le Dossier Médical Informatisé.

Références :

1. www.drdjs-haute-normandie.jeunesse-sports.gouv.fr/medias/document/enquete_preval_troubles-nutritionnels_hn--normanut-.pdf
2. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_recos_2006_09_25_14_20_46_375.pdf
3. http://www.sfnep2010.org/images/pdf_referenciel/denutrition_pers_recom.pdf?PHPSESSID=f4c3a3b38d11e53a188c159895b57538
4. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/anorexie-mentale-prise-en-charge

Proposition n°24 - Place du médecin libéral compétent en nutrition dans la prévention et la prise en charge de la surcharge pondérale et de l'obésité

Rédacteurs principaux : Vincent Boucher (SFN), Véronique Liagre-Duteil (SFN), Myriam Jezequel (SFN)

La justification et l'état des lieux

Le médecin libéral compétent en nutrition prend en charge des patients en surcharge pondérale ou atteints d'obésité, avec ou sans co-morbidité, dans 90% des cas en deuxième recours (le patient est adressé par son médecin traitant mais peut l'être également par un cardiologue, un gynécologue, un psychiatre, un pédiatre ou encore un pneumologue ou un chirurgien) et dans 10% des cas en accès direct.

Dans le monde, l'obésité est en progression aussi bien en milieu urbain que rural. Il faut donc s'attendre à une augmentation de la prévalence de ses complications (diabète, maladies cardio-vasculaires, impotence fonctionnelle, certains cancers...) et de ce fait, à un coût socio-économique de plus en plus lourd (estimé à 5 milliards d'euros lors d'une communication du ministre de la santé le 17 octobre 2005, réévalué à 10 milliards d'euros récemment).

En 2009, la prévalence de l'obésité chez les adultes était de 14,5%. Les enfants ne sont pas épargnés puisque 18% d'entre eux sont en surpoids dont 3,5% sont obèses (2, 3). Des outils d'évaluation viennent d'être validés, notamment dans le dépistage du surpoids chez l'enfant (4, 5).

Multifactorielle, l'obésité exige une prise en charge pluridisciplinaire -spécialement large- associant les professionnels de santé (médecins généralistes, médecins nutritionnistes, diététiciens, médecins scolaires, psychologues...) mais aussi les acteurs non médicaux existant au sein du milieu scolaire, des collectivités et des associations (éducateurs sportifs, animateurs de centre de loisir pour les aspects d'activité physique par exemple) (6).

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 (7, 8).

Le médecin libéral compétent en nutrition, en association avec le médecin traitant, peut devenir un pivot du parcours de soins (schéma). 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 ci-dessous.

Les objectifs et les résultats attendus consistent en :

- l'amélioration de la prise en charge des patients obèses en médecine de ville ;
- l'amélioration de la coordination ville-hôpital, de type réseau ;
- l'amélioration du dépistage des familles.

Les cibles et les moyens

- Chez l'adulte :
 - Favoriser le soin multidisciplinaire du patient en coopération étroite avec le médecin traitant et le diététicien.
 - Participer aux réseaux de prise en charge (coordination, consultations et soins en coopération avec le médecin traitant et les autres acteurs de santé des réseaux).
 - Proposer des consultations de dépistage des familles, mutualisées, pour permettre une démarche facile et volontaire vers leur médecin ou vers des centres spécialisés.
 - Etudier avec les patients et leur médecin les possibilités de modifications de leur environnement et de leur comportement.
 - Assurer le suivi pré et post chirurgie bariatrique en relation avec le centre chirurgical et le médecin traitant (9).
 - Renforcer le rôle du médecin traitant par des actions de sensibilisation de sa patientèle au PNNS

(repère un environnement « obèsogène » et des troubles du comportement alimentaire comme les compulsions, les hyperphagies, BED...).

- Améliorer la qualité de l'alimentation de la femme enceinte et encourager l'allaitement maternel (10, 11).

➤ Après des soignants

- Participer à la formation spécifique des professionnels libéraux :
 - Sur la prévention de l'obésité et de la surcharge pondérale (enjeux, moyens, facteurs de risque)
 - Sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité (ses causes et conséquences pour la santé et pour la société)

(Ces formations cibleraient tous les médecins (transversalité du problème), en particulier le médecin traitant au cœur de la problématique comme interlocuteur privilégié, et les professionnels paramédicaux impliqués).

- Travailler en relation avec les professions paramédicales :
 - les diététiciens : leur permettre de pouvoir intervenir au plan individuel sur prescription médicale après dépistage, tout en maintenant une collaboration étroite avec le prescripteur de l'acte de diététique qui réévaluera le patient régulièrement.
 - Les infirmiers et les kinésithérapeutes : renforcer la formation initiale et le développement professionnel continu.

Les opérateurs :

- les médecins compétents en nutrition, les médecins généralistes, les pédiatres, les médecins des spécialités concernées ;
- les diététiciens ;
- les kinésithérapeutes ;
- les éducateurs sportifs ;
- les services sociaux ;
- les enseignants et leur tutelle ;
- les enseignants de nutrition ;
- les organismes de formation ;
- les ARS.

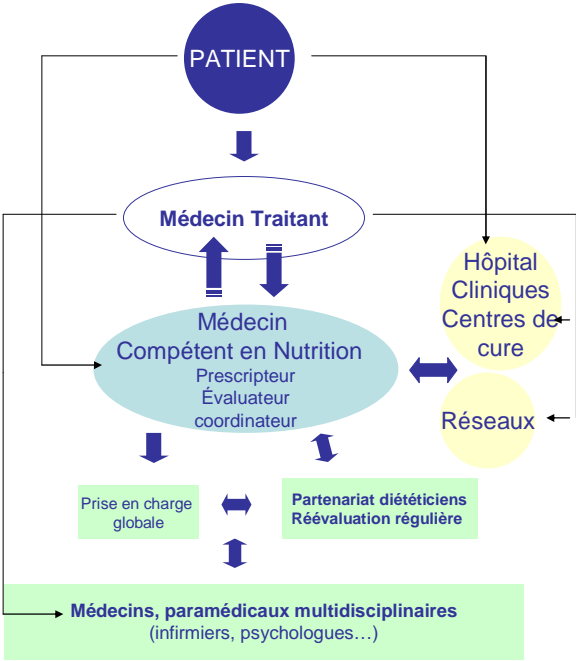
Les indicateurs d'évaluation :

- Evaluation des pratiques professionnelles.
- Participation au DPC.
- Evaluation de l'impact du PNNS.
- Mise en place d'IPAQSS en médecine de ville.
- Evaluation au sein des réseaux.
- Résultats des futures enquêtes épidémiologiques sur l'obésité.
- Recueil des données de la médecine scolaire et PMI.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

- 1) Enquête interne auprès des médecins libéraux compétents en nutrition de la Fédération Nationale des Associations Médicales de Nutrition (FNAMN).
- 2) Etude Obepi 2009 (5^e édition)
- 3) Enquête Nationale Nutrition Santé 2006
- 4) Action de l'assurance maladie en direction des médecins généralistes (octobre 2010)
- 5) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272302/prise-en-charge-de-lobesite-de-lenfant-et-de-ladolescent
- 6) PNNS 2. Extrait de la fiche : dépistage et prise en charge de l'obésité infantile, adolescent et adulte.
- 7) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/note-de-cadrage-surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
- 8) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601788/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques
- 9) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_765529/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte
- 10) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220/allaitement-maternel-mise-en-oeuvre-et-poursuite-dans-les-6-premiers-mois-de-vie-de-lenfant
- 11) http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf

Place du médecin **libéral** compétent en nutrition dans le parcours de soins du patient



Proposition n°25 - Organiser dans un délai de 5 ans dans toutes les régions de France une offre d'éducation thérapeutique du patient pour les personnes obèses

Rédacteurs principaux : Olivier Ziegler (AFERO), Eric Bertin (SFN), Antoine Avignon (SFD), François Bourdillon (SFSP)

Diagnostic – constats

L'éducation thérapeutique (ETP) constitue une approche globale pluri-professionnelle et multidisciplinaire basée sur des concepts pédagogiques et un modèle bio-psycho-social, qui paraissent adaptés à la prise en charge (PEC) de l'obésité pour de multiples raisons :

- L'obésité est une maladie déroutante et mystérieuse pour le grand public comme pour les soignants. Cela tient à sa physiopathologie complexe et aux grandes difficultés que pose son traitement.
- Les représentations que nous avons de cette maladie sont négatives : la personne obèse est présumée coupable ; elle est vue comme un « goinfre, souvent paresseux, plus ou moins victime de son hérédité ». Parmi les croyances aux effets destructeurs il y a celle que le traitement médical ne marche pas et que plus un traitement est irrationnel plus il est efficace !
- L'obésité est aussi une « maladie symbole » de notre mode de vie moderne, qui certes implique le patient mais aussi son environnement et plus généralement la société elle-même.

L'ETP par essence est une approche centrée sur la personne, considérée dans son contexte psycho-social. Elle se caractérise par une façon différente d'aborder la relation soignant-soigné dans la maladie chronique. Se gardant de toute stigmatisation, elle permet à la personne de travailler ses représentations et de s'investir progressivement dans une démarche de changement durable de comportement.

De nombreux rapports ont souligné l'intérêt de l'ETP (Tab. I). L'objectif est donc de mettre en place des parcours d'ETP en respectant le cahier des charges de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Objectifs

Objectifs généraux

- Permettre l'implantation sur tout le territoire de **parcours d'ETP de proximité**, pour le traitement de l'obésité, qui ne figure pas sur la liste des ALD.
- Permettre la mise en place d'une **ETP de recours** pour les obésités graves ou multi compliquées.
- Développer la formation initiale et la formation continue dans ce domaine.

Objectifs opérationnels

- Proposer un cadre général et des outils spécifiques pour les parcours structurés d'ETP concernant l'obésité ; en particulier pour le diagnostic éducatif et pour les compétences d'auto-soin et d'adaptation.
- Faciliter le processus en cours de la délégation de tâche et de la création de nouveaux métiers (éducateurs médico-sportifs, facilitateurs...) afin de pouvoir mettre en place des équipes pluridisciplinaires multi-professionnelles.
- Renforcer le rôle du médecin traitant, en inscrivant clairement l'ETP dans le parcours de soins.
- Participer dans chaque région à l'organisation des soins et de la prévention, l'ETP devant s'inscrire de façon complémentaire et synergique avec les programmes d'éducation à la santé, sous l'égide de l'ARS.

Thèmes d'actions (priorités proposées)

1- Définir 2 niveaux de parcours d'ETP (Tab. II)

- Niveau 1 ou de proximité
- Niveau 2 ou spécifique (recours)

Le tableau II décrit ces 2 niveaux par comparaison avec la PEC médicale habituelle et les actions de promotion de la santé. Tout médecin peut avoir une « posture éducative » dans son activité de soignant, mais les parcours structurés d'ETP nécessitent une organisation spécifique selon la HAS. Définir 2 niveaux d'ETP (Tab. II) permet de tenir compte de la forte prévalence de l'obésité et de la complexité des formes graves ou compliquées.

2- Construire les outils de l'ETP destinés à la PEC de l'obésité

2-1 Définitions des compétences à acquérir par le patient

Une adaptation des propositions de la HAS à l'obésité quant aux deux types de compétences, (compétences d'auto-soins et compétences d'adaptation ou psychosociales) est présentée dans le tableau III.

2-2 Outils spécifiques

Les outils et plus globalement les parcours sont à adapter au contexte socioculturel et socio-économique (synchronisation avec les autres groupes de travail).

Cibles

Cible générale

Toute personne obèse ou en surpoids (si pathologies associées comme le diabète, l'hypertension ou les dyslipidémies, l'excès d'adiposité étant abdominal), adressée par son médecin traitant, devrait pouvoir bénéficier d'une offre d'ETP de proximité.

Cibles particulières

Pour tenir compte des besoins en fonction du contexte socio-culturel et économique, des programmes adaptés en direction de cibles particulières (exemple : précarité économique ou sociale, minorités socio-culturelles) seront mis en place.

Les personnes massivement obèses souhaitant ou ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique devraient pouvoir avoir accès à un programme d'ETP spécifique selon les recommandations de la HAS (ETP de niveau 2), ceci avant et après la chirurgie.

Méthode de travail

- Méthodes des « Focus groupes » pour établir les priorités des patients et des médecins traitants
- Propositions par un Groupe d'experts des Sociétés savantes impliquées
- Relecture par des représentants de toutes les professions concernées et un nombre plus important d'experts des Sociétés savantes impliquées.

Partenaires

- Professionnels de santé (liste non exhaustive)
 - médecins généralistes et certaines spécialités
 - paramédicaux : infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes, psychologues, podologue
 - pharmaciens
- DGOS, ARS
- Etablissements hospitaliers
- Maisons de santé, réseaux de santé
- Associations de patients
- Groupements de formation continue, URPS
- UFR, Instituts de formation
- Sociétés savantes impliquées.

Indicateurs

- 1) Nombre de centres de proximité (niveau 1) et de centres spécialisés (niveau 2), de leurs moyens humains et financiers dans chaque région
- 2) Nombre de patients pris en charge dans chaque région
- 3) Nombre de programmes pour des publics spécifiques
- 4) Nombre de professionnels ayant bénéficié des actions de formation continue
- 5) Nombre de programmes d'enseignements médicaux et paramédicaux prenant en compte l'ETP dans la PEC des maladies nutritionnelles.

Sources / références exemples d'actions

Quelques études ont montré qu'une perte pondérale modeste maintenue dans le temps est possible et que celle-ci est associée une réelle efficacité sur la prévention et l'évolution des complications du surpoids.

D'après les études de prévention du diabète (américain, DPP pour *Diabetes Prevention Program*) ou finlandais, DPS pour *Diabetes Prevention Study*), une perte de poids de 3 à 5 % via une augmentation de l'activité physique et une PEC diététique, permet de diminuer de 50 % l'incidence du diabète chez des sujets à haut

risque pour cette maladie. De grandes études récentes ont confirmé qu'il était possible d'obtenir une perte de poids durable quand les personnes bénéficient d'un accompagnement par une équipe multidisciplinaire (nombreuses séances individuelles ou collectives), qui ressemble à ce que l'on préconise dans les programmes structurés d'ETP de manière plus économe.

Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP) Description of lifestyle intervention. *Diabetes Care* 2002 ; 25 : 2165-71

Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001 ; 344 : 1343-50

Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. The Dietary Intervention Randomized Controlled Trial (DIRECT) ((Workplace Diet Trial) Shai I et al, *N Engl J Med* 2008; 359: 229-41.

Sacks FM et al. Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *N Engl J Med* 2009;360: 859-73.

Conclusion

Le prochain PNNS peut faciliter le développement de l'ETP pour la prise en charge de l'obésité dans le cadre de la loi HPST. Ce serait un progrès immense pour la qualité des soins, car l'ETP est par définition une démarche centrée sur la personne et non sur l'excès de poids. L'enjeu est également d'améliorer l'offre de soin sur l'ensemble du territoire. Notre système de santé en a besoin !

Bibliographie

1. Basdevant A, Laville M, Ziegler O. Guide pratique pour le diagnostic, la prévention, le traitement des obésités en France. Groupe de Travail chargé de la mise au point des "Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des Obésités en France". *Diabetes Metab* 1998 ; 24 Suppl 2 : 10-42.
2. Basdevant A, Guy-Grand B. Médecine de l'obésité. Médecine Sciences Flammarion, Paris 2004
3. Bertin E. les malades et l'éducation thérapeutique individuelle. Rapport pour l'expertise collective de l'INRA les comportements alimentaires : Quels en sont les déterminants ? Quelles actions pour quels effets ? 2010.
4. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Maloine, Clermont Ferrand 2008.
5. Simon D , Traynard PY, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques, 2^e édition, Abrégés Masson, Paris 2009.
6. Ziegler O, Quilliot D. Prise en charge de l'obésité de l'adulte. *Rev Prat*, 2005, 55, 1437-1452
7. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_765529/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte.

Tableau I : Réflexions et propositions issues de rapports récents sur l'obésité et son traitement

Rapports	Propositions - réflexions
Rapport BOYER (2008)	- Développer des unités thérapeutiques de prise en charge de l'obésité sur le territoire en fonction des besoins recensés ; - Organiser dans les maisons de santé, la prise en charge ; - Promouvoir l'éducation thérapeutique.
Rapport De Danne (Décembre 2009)	Dans le cadre d'une PEC de longue durée médicalement justifiée à l'intérieur d'un réseau, mettre en place et prendre en charge des consultations de diététiciennes, psychologues (modèle REPOP, maisons du diabète et de l'obésité) mais aussi d'éducateurs médico-sportifs STAPS. Prendre en charge l'éducation thérapeutique en hôpital de jour (dans des centres sélectionnés sur appel d'offres).
Expertise collective de l'INSERM (2005)	Les modifications thérapeutiques du mode de vie ont remplacé les tristement fameuses règles hygiéno-diététiques difficiles à promouvoir par les soignants et difficiles à suivre par les soignés. Il s'agit bien de modifier durablement la façon de vivre du sujet en surpoids, c'est-à-dire ses conduites alimentaires, son activité physique quotidienne et plus globalement son comportement individuel et social. Concernant le système de soins, la France, en dépit de multiples efforts, manque de structures adaptées et de médecins formés à la médecine de l'obésité. C'est vrai pour la prise en charge des adultes mais plus encore pour celle des enfants. Le dépistage à l'école conduit souvent à une impasse, faute de réponse appropriée. Un immense effort de formation continue doit être engagé. Mais le plus important reste de valoriser les actes de prévention et d'éducation thérapeutique, si l'on veut impliquer le corps médical dans la lutte contre l'obésité. La place des diététiciens, que tous les consensus d'experts reconnaissent est manifestement insuffisante, comme l'est également celle des infirmiers, des psychologues, des kinésithérapeutes et des éducateurs sportifs. De nouveaux métiers sont à inventer dans le domaine de la promotion de la santé.
Rapport Basdevant Plan Obésité – établissement de soins (2009)	Les obstacles au développement de l'éducation thérapeutique tiennent au retard dans la mise en place de la délégation de compétence et de structures ressources et à l'absence de valorisation. L'éducation thérapeutique bénéficierait de la délégation de tâche et de nouveaux métiers.

PEC : prise en charge

Tableau II : les 2 niveaux d'ETP par comparaison avec la PEC médicale habituelle et les actions de promotion de la santé

	Médecine symptomatique	Education pour la santé	ETP Niveau 1 (ETP de proximité)	ETP Niveau 2 (ETP de recours)
Objectifs généraux et caractéristiques	Soigner les conséquences de l'excès de poids et les comorbidités	Education à la santé de groupe	PEC par une ETP générique : modifications thérapeutiques du mode de vie	Parcours spécifique de l'obésité Evaluation des besoins par une équipe spécialisée pluriprofessionnelle
Principaux objectifs éducatifs opérationnels	Information Prise de conscience, Soutien de la motivation à des changements de comportement promoteurs de santé	Prise en soin de sa personne (équilibre alimentaire ; activité physique régulière, prévention des conduites à risque ...)	Objectifs centrés sur les compétences d'auto-soins	Objectifs centrés sur les compétences d'adaptation PEC des TCA sévères Chirurgie bariatrique
Structuration	Aucune	Nécessité d'une intégration dans les programmes/circuits d'éducation à la santé (notamment pour les personnes de faible niveau socio-culturel)	PEC éducative de groupe (voire individuelle selon le contexte)	PEC individuelle et/ou de groupe (parcours éducatifs personnalisés)
Agrément ARS des activités éducatives	Sans objet	Pilotage pour assurer la cohérence globale du dispositif	Oui	Oui
Acteurs possibles Structures d'accueil	Professionnels de santé	IREPS/CODES, CES... Actions dans les quartiers, lieux de vie, MJC, Maisons de santé	Diététicien ; infirmier, Kinésithérapeute, EMS... MDN ; Maison médicale ...	Centre spécialisé dans la PEC de l'obésité ; Unité Transversale d'Education du Patient, Hôpital Médecin nutritionniste Equipe pluriprofessionnelle

PEC : prise en charge, MT : médecin traitant ; EMS : éducateur médico-sportif, MDN : Maison du Diabète et de la Nutrition, TCA : troubles du comportement alimentaires.

Tableau III : les 2 types de compétences

A) Compétences d'auto-soins

	Compétences d'auto-soins
Diététique	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les bases d'une alimentation équilibrée (HAS). - Savoir repérer les aliments denses en énergie et adapter la quantité et/ou la fréquence de consommation (notion de bilan énergétique). - Savoir interpréter une composition nutritionnelle sur un emballage. - Savoir choisir des aliments « diététiques » en fonction de leur utilité. - Savoir élaborer des menus adaptés aux circonstances. - Reconnaître et tenir compte des sensations de faim, de rassasiement et de satiété. - Repérer les prises alimentaires extra-prandiales et évaluer leur importance. - Comprendre la notion de désordres du comportement alimentaire : grignotage, compulsions, accès de boulimie (Binge eating disorder) et leur nature plus ou moins pathologique. - Comprendre les bases d'un régime (plus ou moins) hypocalorique pour perdre du poids et d'un régime isocalorique pour la stabilisation pondérale. - Evaluer la tolérance et les risques d'un régime restrictif.
Activité physique	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les risques de la sédentarité. - Connaître les bénéfices de la pratique d'une activité physique régulière adaptée à sa situation et identifier les éléments (conditions de mise en œuvre et structures ressources) nécessaires à sa mise en œuvre et à son maintien.
Comportements	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre des modifications de son mode de vie (HAS). - Identifier les comportements ou situations qui amènent à prendre du poids. - Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent (HAS).

B) Compétences d'adaptation (ou psychosociales)

	Compétences d'adaptation ou psychosociales
Enjeux de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre que l'obésité est une maladie chronique et qu'il existe des facteurs de résistance à la perte de poids et au maintien de celle-ci. - Comprendre les déterminants de sa prise de poids. - Admettre l'absence de remède miracle. - Chercher les solutions les plus pertinentes : évaluer le rapport coût/bénéfice.
Relation à l'alimentation	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le lien entre les émotions et les conduites alimentaires. - Comprendre les finalités du comportement alimentaire et le rôle important des facteurs psychologiques ou sociaux. - Concilier plaisir alimentaire et gestion de son poids. - Identifier les situations favorisant la perte de « contrôle » (renoncer notamment aux régimes purement restrictifs qui sont des comportements de maîtrise et trouver d'autres solutions).
Relation au corps	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier l'investissement consacré à son corps. - Repérer les bienfaits de l'activité physique sur soi (équilibre psychique, lien social). - Sortir de la logique « activité physique pour dépenser des calories/ maigrir ».
Connaissance de soi et développement de ses capacités	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Se connaître soi-même, avoir confiance en soi (HAS)</i> : comprendre les déterminants de ses propres choix (leviers, freins...). - Identifier les éléments intervenant dans l'amélioration et dans la dégradation de son équilibre personnel, et au-delà identifier ses besoins ; repérer les fausses sensations de faim (angoisses, compensations de frustrations ...) ; comprendre la nature de certains modes relationnels... - <i>Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress (HAS)</i> : identifier un état de tension et ses répercussions sur soi ; élaborer des solutions pour diminuer les tensions/le stress. - <i>Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique ; prendre des décisions et résoudre un problème; se fixer des buts à atteindre et faire des choix (HAS)</i> : favoriser une démarche de type résolution de problème quand à l'excès de poids ; identifier son ambivalence éventuelle quant à sa demande de perte de poids (souhait de maigrir sans démarche de changement autre que le poids ...) ; développer un projet personnel adapté à sa situation ; choisir des objectifs réalistes et déterminer la temporalité de leur mise en œuvre. - <i>Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles (HAS)</i> : favoriser l'expression de ses difficultés et la mise en mots de ses affects et émotions ; faire prendre conscience de modes relationnels déséquilibrés favorisant l'absence de construction d'un espace pour soi ; s'adapter à son milieu. - <i>S'observer, s'évaluer et se renforcer (HAS)</i> : faire le lien entre les fluctuations de poids et les événements de vie ; comprendre les raisons des obstacles/freins aux changements de comportements et réfléchir sur les moyens d'y faire face.

En italique, figurent les compétences telles que définies par la HAS.

Proposition n°26 - Améliorer et structurer l'offre alimentaire en établissement de santé (MCO, psychiatrie, SSR, EPADH)

Rédacteurs principaux : Isabelle Parmentier (AFDN), Véronique Sery (AFDN), Noël Cano (SFNEP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

Aujourd'hui, les nombreux travaux menés dans le domaine de l'alimentation ont permis une prise de conscience collective sur le fait que l'alimentation fait partie intégrante du soin. En établissement de santé, l'alimentation prend une dimension toute particulière compte tenu de la situation captive et fragilisée des personnes hospitalisées.

- **Missions.** La restauration à l'hôpital doit donc 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. A ceci peut s'ajouter une dimension culturelle ou religieuse qui doit également être prise en compte. L'ensemble de ces éléments rend l'alimentation dans un établissement de santé très complexe.
- **Contraintes budgétaires et logistiques.** A cette complexité se sont ajoutées depuis quelques années des contraintes budgétaires et logistiques importantes. Cette évolution de la restauration hospitalière en France a fondamentalement modifié l'alimentation à l'hôpital. La prise en compte des données économiques a eu des répercussions sans précédent au niveau alimentaire, puisqu'après une baisse initiale, les sommes allouées à l'alimentation stagnent malgré une augmentation du coût des denrées. Pour pallier cette situation, il a fallu rentabiliser davantage ce secteur en mettant en place de nouvelles organisations alliées à de nouvelles technologies. Avec l'apparition des unités centrales de production culinaire, nous sommes passés d'une cuisine artisanale à une cuisine collective industrielle. L'augmentation considérable du nombre de repas produits dans ces unités a considérablement réduit les coûts de production en apportant de nouvelles contraintes logistiques.

L'ensemble de ces éléments a rendu l'offre alimentaire particulièrement difficile à individualiser et à adapter aux besoins de chaque patient. On observe encore aujourd'hui de nombreux établissements dans lesquels les recommandations ne sont pas mises en place, alors que l'offre alimentaire a un impact sur l'évolution de la santé et l'efficacité de certaines thérapies. La prestation repas se doit donc de répondre de manière adaptée quels que soient la pathologie et les besoins propres à chaque individu, et ceci malgré les contraintes organisationnelles et budgétaires réelles dans ce domaine.

Modalités de l'action

Le but de cette proposition est de faciliter la structuration et l'adaptation de l'offre alimentaire par la définition de tables ou grilles de repas spécifiques des différentes conditions physiologiques et pathologiques, qui soient applicables dans les différents établissements de santé.

Les modalités en seraient les suivantes :

- Mettre en place un comité interdisciplinaire (diététiciens, médecins nutritionnistes et médecins des différentes spécialités médicales, cuisiniers, associations de patients, directeur hôtelier, aides soignants, infirmiers...), ayant pour mission de définir l'offre alimentaire indispensable au regard des situations physiologiques et pathologiques ;
- Proposer des recommandations, en fonction des spécialités accueillies, pour la prestation alimentaire avec les différentes déclinaisons indispensables, comme par exemple les textures modifiées, les protocoles de

réalimentation, les régimes contrôlés en sodium ou en glucides, les régimes d'exclusion, etc., et une base de plan alimentaire associée à un nombre de composantes du repas ;

- Formaliser ces recommandations sous forme de grilles faciles à mettre en application et permettant leur évolution ;
- Mettre en œuvre cette offre sur une région où une partie du territoire à définir ;
- Evaluer sa pertinence et la finaliser (réponse aux besoins des patients, faisabilité technique, évaluation financière...);
- Diffuser ces recommandations au niveau national ;
- Les pérenniser en organisant une mise à jour de ces recommandations intégrant les évolutions de prise en charge.

Objectifs et résultats attendus

- Améliorer l'applicabilité et l'observance des recommandations nutritionnelles par une offre alimentaire standardisée, adaptée, applicable au sein des différents types d'établissement de santé et évolutive ;
- Répondre ainsi aux besoins nutritionnels des patients en fonction des situations physiologiques et pathologiques rencontrées en établissement de santé ;
- Permettre une optimisation des soins nutritionnels et de la prise en charge de certaines pathologies sur l'ensemble des établissements de santé ;
- Restituer l'importance du repas au sein d'un établissement de santé et conforter sa place dans le soin et réduire les périodes de jeûne nocturnes et diurnes ;
- Améliorer l'état nutritionnel des patients et par là même leur devenir en termes de durée de séjour, de morbidité, de survie et de coût des soins (1-4).

Cible de l'action

Tous les établissements de santé, sanitaires et sociaux.

Opérateurs de l'action / partenaires

CLAN, diététiciens, médecins nutritionnistes et représentants des différentes spécialités médicales, direction d'établissement, cuisine, prestataires de service, économistes de la santé.

Indicateurs d'évaluation : indicateurs globaux

- Audit de bonnes pratiques et de l'adéquation de l'offre aux besoins spécifiques ;
- Questionnaire de satisfaction patient ;
- Plan alimentaire, budget alimentation, horaires des repas ;
- Evaluation de la consommation des plateaux ;
- Evolution de l'état nutritionnel en début et fin d'hospitalisation.

Perspectives de recherche clinique

Evaluation des paramètres nutritionnels, de la durée et des coûts des hospitalisations en fonction de l'optimisation de l'offre alimentaire.

Références

1. Thibault R, Pichard C. Nutrition and clinical outcome in intensive care patients. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2010; 13: 177-83.
2. Elia M. The economics of malnutrition. *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme*. 2009; 12: 29-40.
3. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 2008; 27: 5-15.
4. Amaral TF, Matos LC, Tavares MM, Subtil A, Martins R, Nazaré M, et al. The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clin Nutr* 2007; 26: 778-84.

Références générales : Manuel de certification des établissements de santé, ANC, recommandations de la HAS, des sociétés savantes et des conférences de consensus, recommandations nutritionnelles du GEMRCN.

Proposition n°27 - Organisation transversale de la prise en charge des troubles nutritionnels en milieu hospitalier

Rédacteurs principaux : Didier Quilliot (SFNEP), Florence Rossi-Pacini (AFDN), Isabelle Parmentier (AFDN), Stéphane Schneider (SFNEP), Jacques Delarue (SFN - CEN), Noël Cano (SFNEP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

La nutrition, enjeu de santé publique, est reconnue comme un déterminant majeur notamment dans les situations suivantes : la dénutrition, l'obésité, ainsi que de nombreuses pathologies chroniques. La prise en charge des pathologies nutritionnelles nécessite une organisation transversale harmonisée en pluridisciplinaire. Les établissements de santé regroupent, en général, l'ensemble des compétences nécessaires, 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 plus que succincte de la nutrition dans la prise en charge globale de la pathologie.

La dénutrition est fréquente et peut être présente dès l'admission des patients dans les établissements de santé. Elle touche 5 à 15 % des patients hospitalisés pour la première fois. Elle est plus fréquente lorsqu'il s'agit de plusieurs hospitalisations, de pathologies chroniques ou de sujets âgés. La dénutrition s'installe ou s'aggrave aussi pendant les séjours hospitaliers. Au total ce sont 20 à 40 % des sujets hospitalisés qui sont concernés. Surpoids et obésité ont globalement la même prévalence dans les hôpitaux qu'en ambulatoire. Si sa prise en charge en tant que telle, sauf hospitalisation spécifique pour cela, peut éventuellement être reprogrammée, elle est susceptible d'avoir un retentissement immédiat sur le pronostic fonctionnel ou vital (notamment en anesthésie -réanimation, en pneumologie, en réanimation). La prise en charge des maladies de la nutrition, pour être efficace, doit être précoce, adaptée et évaluée. De nombreuses recommandations émanant des sociétés savantes, du conseil de l'Europe, des organisations mondiales ont été rédigées et adoptées.

La complexité des problèmes nutritionnels rencontrés rend nécessaire la création au sein des CHU/CHG, de Départements de Nutrition sous la responsabilité de médecins spécialistes en Nutrition (PU-PH, MCU-PH, PH) avec l'aide d'assistants-spécialistes en Nutrition. Ces départements dont il existe déjà des exemples doivent être constitués d'une unité médicale hautement spécialisée en nutrition, d'une Unité transversale de Nutrition Clinique (UTN) en partenariat avec le Comité de Liaison en Alimentation en Nutrition (CLANS) et répondant à un besoin correspondant au territoire de santé. Cette activité consiste comme toute spécialité médicale à assurer les soins, l'enseignement, la recherche, l'éducation thérapeutique et la prévention. Ceci inclut la contribution à la formation des paramédicaux, notamment les Diététiciens dont l'activité dans les établissements de soins doit être rattachée, comme le demandent leurs représentants nationaux, au projet médical en Nutrition des établissements. Le référentiel de compétences des diététiciens actuellement en révision dans le cadre de la réingénierie de leur diplôme et la refonte de leur formation renforcera la coopération entre médecins nutritionnistes et diététiciens et permettra d'envisager, du fait d'une formation adaptée des diététiciens, la mise en place de pratiques professionnelles avancées. S'il est encore trop tôt pour définir ces pratiques du fait de la non finalisation de la refonte du référentiel de compétences du métier de diététicien et du fait que la refonte de leur formation n'a pas encore été initiée, il existe un accord interprofessionnel clair entre médecins nutritionnistes et diététiciens pour voir aboutir la démarche suscitée. Il est de la responsabilité des directeurs des établissements de mettre en œuvre ce type de structure.

Objectifs et résultats attendus

1) Améliorer le dépistage et la prise en charge précoce de la dénutrition :

La dénutrition est une priorité de l'activité des diététiciens. L'UTN s'appuie sur la mise en place d'une fiche de synthèse et de recueil des données concernant l'alimentation et l'état nutritionnel des patients, intégrée au dossier de soins et déterminant les niveaux de recours. L'intervention du diététicien puis du médecin doit être formalisée selon le degré de dénutrition.

- Résultats attendus : augmentation du nombre de patients pris en charge dans le cadre de l'activité transversale de nutrition. Amélioration de l'état nutritionnel des patients.

- Cible de l'action : tous les patients admis et séjournant plus de 48 h
- Nombre de personnes concernées : 20 à 40 % des patients hospitalisés

2) Prise en charge de la nutrition périopératoire en chirurgie digestive

Elle est essentielle et doit être effectuée selon la fiche dédiée à cette action.

3) Prise en charge de la nutrition entérale et organisation de la prise en charge de la nutrition entérale à domicile (NEAD)

a) L'organisation transversale de la nutrition entérale : une optimisation des prescriptions.

Le diététicien est impliqué en premier recours puis les médecins dans les situations complexes.

- Résultats attendus : améliorer la qualité des prescriptions, les objectifs caloriques atteints, diminuer les effets secondaires.
- Cible de l'action : tous les patients en nutrition entérale soit environ 5 % des patients hospitalisés en CHU

b) Mise en place de l'éducation thérapeutique autour de la nutrition entérale et des sondes (sondes nasogastriques ou gastrostomie) : collaboration diététicien – infirmier.

- Résultats attendus : autonomisation du patient, amélioration de la compliance, de l'observance, de la qualité de vie
- Cible de l'action : environ 5 % des patients hospitalisés en CHU

c) Assurer la continuité des soins (liens avec les prestataires) et la prescription au long cours : activité de réseau (financement spécifique).

1^{er} niveau : Diététiciens : réception des comptes-rendus, identification des problèmes rencontrés par le prestataire réalisant la nutrition entérale à domicile, coordination des soins en accord avec le médecin

2^e niveau : Médecin (idéalement nutritionniste) : consultation, prescription, coordination des soins

- Résultats attendus : l'organisation et la coordination centralisées permettent d'assurer la qualité de la prescription.
- Cible de l'action : environ 200 / million d'habitants soit 12 000.

4) Améliorer la qualité des prescriptions de nutrition parentérale en établissement de soins

1^{er} niveau : Si l'indication de la nutrition parentérale revient au médecin, le diététicien intervient dans sa prescription (apports/besoins) et le pharmacien contrôle la prescription.

2^e niveau : L'UTN participe à l'application de protocoles et de procédures de bonnes pratiques

- Résultats attendus : diminution de la consommation de produits de nutrition parentérale
- Cible de l'action : tous les patients en nutrition parentérale
- Opérateurs de l'action / partenaires : UTN – CLAN – pharmacien – centre agréé/expert régional de nutrition parentérale à domicile

5) Améliorer la prise en charge du surpoids et de l'obésité

L'obésité, comme beaucoup de pathologies chroniques, nécessite une prise en charge pluri-professionnelle que peu de structures peuvent proposer. Les établissements de santé regroupent l'ensemble des compétences nécessaires.

Les objectifs sont de systématiser l'évaluation nutritionnelle à l'admission de tout séjour hospitalier en vue d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'élaborer une tarification spécifique reprenant les champs diététiques, psychologiques et sociaux dans le cadre de la prise en charge de l'obésité.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

- Nombreuses études d'intervention cliniques ou épidémiologiques : effets de la dénutrition sur la morbi-mortalité, immunonutrition, péri-opératoire...
- Rapport des UTN expérimentales
- Recommandations PNNS, HAS, ESPEN, OMS...
- Données actuelles : la gestion de la nutrition artificielle par une UTN permet de réduire le nombre d'indications inappropriées de la nutrition parentérale, de leurs complications (niveau de preuve B) [1, 2] et du surcoût induit [3]; une prise en charge nutritionnelle adaptée réduit la morbidité postopératoire (niveau de preuve A) [4].

Opérateurs de l'action / partenaires

- Au niveau national : DGOS, SFNEP, AFDN, SFN, SFP, SFSP, Associations de malades
- Au niveau local : ARS, directoire, CME, CLAN, CGS

Indicateurs d'évaluation : indicateurs globaux :

- Indicateurs IPAQSS et Codage de la dénutrition
- Incidence de la dénutrition, du surpoids et de l'obésité survenant durant le séjour hospitalier
- Taux de complications de la nutrition entérale et parentérale
- Qualité des prescriptions de la nutrition artificielle
- Adéquation des apports aux besoins
- Impact sur l'incidence des infections nosocomiales (prise en charge de la dénutrition vs absence de prise en charge) – infections cathéters
- Impact sur les complications postopératoires
- Impact sur l'incidence des escarres
- Impact sur la durée de séjour
- Flux de patients bénéficiant d'une prise en charge diététique
- Evaluation des paramètres nutritionnels en cours d'hospitalisation
- Evolution des consommations de nutrition entérale et parentérale et des compléments nutritionnels oraux
- EPP en nutrition

Perspectives de recherche clinique

Le fonctionnement transversal est nouveau en France pour les activités de diététique et nutrition ; il permettra donc la réalisation de protocoles de recherche clinique à l'échelle d'un ou de plusieurs établissements (comparaison de prises en charge dans une population définie). Il est également crucial de réaliser des études coût-efficacité de la prise en charge nutritionnelle dans notre pays, dans la mesure où les études médico-économiques, extrêmement favorables, proviennent pour majorité des Etats-Unis ou d'autres pays européens.

Références

1. Filippi J, Schneider SM, Hébuterne X. Stratégie de dépistage et prise en charge de la dénutrition : hospitalisation conventionnelle. In: Cano N, Barnoud D, Schneider S, Vasson MP, Hasselmann M, Lerverve X, editors. *Traité de Nutrition Artificielle de l'Adulte Nourrir l'homme malade*. Paris Springer; 2006. p. 1003-13.
2. Piquet MA, Bertrand PC, Roulet M. Role of a nutrition support team in reducing the inappropriate use of parenteral nutrition. *Clin Nutr* 2004 ; 23: 437.
3. Desport JC, Zazzo JF. Aspects économiques de la nutrition artificielle en milieu hospitalier. In: Cano N, Barnoud D, Schneider S, Vasson MP, Hasselmann M, Lerverve X, editors. *Traité de Nutrition Artificielle de l'Adulte Nourrir l'homme malade*. Paris: Springer; 2006.
4. Weimann A, Braga M, Harsanyi L, Laviano A, Ljungqvist O, Soeters P, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including organ transplantation. *Clin Nutr* 2006; 25: 224-44.

Proposition n°28 - Prise en charge des problèmes nutritionnels des personnes âgées

Rédacteurs principaux : Jean-Claude Desport (SFNEP), Emmanuel Alix (SFNEP), Jacques Delarue (SFN - CEN)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

En 2010, près de 15 millions de françaises et français sont âgés de plus de 60 ans, soit 23% de la population, et 8,8% ont plus de 75 ans, 1,17 million sont des personnes âgées (PA) dépendantes (1). Le vieillissement a une incidence directe sur les coûts de santé, car les plus de 80 ans représentaient en 2008 près de 12% des dépenses médicales. Le nombre des PA va poursuivre son augmentation : environ 26% de la population aura plus de 60 ans en 2020, dont au moins 1,3 million de personnes dépendantes (1). La maladie d'Alzheimer, qui concerne environ 800 000 personnes, en touchera probablement plus d'un million en 2020 (2).

Les troubles nutritionnels sont fréquents chez les PA, et ceci, parmi d'autres facteurs, d'autant plus que l'âge avance, que les personnes sont en institution et qu'elles sont atteintes de démence (3-5). Les troubles nutritionnels sont plus souvent une dénutrition qu'un excès pondéral, et ils sont liés à de multiples pathologies. Ils ont été clairement pris en compte dans les Apports Nutritionnels Conseillés pour la population française (6), ainsi que par les PNNS 1 et 2 avec des objectifs spécifiques (importance d'augmenter les apports en calcium et vitamine D chez les PA, lutte contre la dénutrition) (7).

La prévention des affections liées à l'âge par l'alimentation est un point majeur étudié en particulier pour la survenue des cancers, qui a fait l'objet de recommandations du Ministère de la Santé et de l'Institut National du Cancer (8). Associer l'activité physique à un apport nutritionnel adapté est également fondamental pour éviter la perte d'autonomie. Il s'agit d'une forte préoccupation des PA à domicile, des associations les regroupant, ainsi que des établissements de santé et médico-sociaux. Les messages nutritionnels doivent être développés et clarifiés, ainsi que les prises en charge à domicile, par exemple par le moyen de réseaux de soins, afin de limiter les recours aux secteurs hospitaliers.

Objectifs et résultats attendus

1. Promouvoir l'équilibre alimentaire et l'activité physique chez les PA

L'équilibre alimentaire est défini par une bonne répartition des différentes sources d'énergie (graisses, sucres, protéines), avec un apport adapté en vitamines, oligoéléments et sels minéraux. C'est un facteur de prévention de la survenue de maladies aiguës ou chroniques : une alimentation équilibrée réduit le risque de survenue de cancers ; de meilleurs apports en calcium et vitamine D sont favorables chez les PA (7). De plus, les PA en capacité de se mobiliser ne doivent pas, du fait de leur âge, réduire leur consommation énergétique et protéique, mais plutôt les augmenter, du fait d'un moins bon « rendement » métabolique que les personnes plus jeunes (6).

Les messages sur l'équilibre alimentaire ne peuvent être dissociés de la promotion de l'activité physique quotidienne, seule à même de permettre la conservation de la masse musculaire et de la fonction, et de prévenir le risque de chutes, de fractures et d'infections (7,9-11).

Le résultat attendu est une amélioration de l'équilibre alimentaire des personnes âgées.

2. Lutter contre la dénutrition des personnes âgées

C'est un problème majeur, souvent traduit par une maigreur, mais parfois masqué par un maintien apparent de la masse grasse. Elle touche 4 à 10 % des PA à domicile, mais 15 à 38 % en institutions, et autour de 50 % à l'hôpital (4). Elle a de multiples conséquences néfastes (augmentation du risque de chutes, de fractures, d'infections [niveau de preuve B (12)], dégradation de l'état psychologique, difficultés de cicatrisation), d'où une réduction de l'autonomie, une augmentation des hospitalisations [niveau de preuve A (13)], une augmentation des complications lors de l'hospitalisation, une augmentation de la mortalité [niveau de preuve A (15)], et des coûts de santé [niveau de preuve A (14)], une baisse de qualité de vie [niveau de preuve B (16)] (9). Malgré les efforts de formations entrepris au cours des PNNS 1 et 2, plusieurs enquêtes hospitalières ont montré que la dénutrition reste insuffisamment détectée et prise en charge (17). Cette prise en charge doit poser le problème des revenus des PA et des ressources des institutions, et prendre en compte le côté plaisir de l'alimentation. Les résultats attendus sont une baisse de prévalence de la dénutrition, en particulier dans les établissements de santé et médico-sociaux, une amélioration de l'autonomie des patients et une réduction des coûts de santé.

3. Prendre en compte les spécificités de l'obésité des personnes âgées

L'obésité est plus fréquente chez les PA que chez les adultes de moins de 70 ans, et reste présente même chez des PA de plus de 80 ans (3). Le surpoids (IMC 27-30) ou l'obésité modérée (IMC 31-35) peuvent être associés à une plus longue espérance de vie chez les PA, en particulier lors de maladies chroniques (insuffisance rénale ou cardiaque, BPCO, SLA). L'excès modéré de poids aurait donc plutôt un effet protecteur et doit être respecté [niveau de preuve B (15)] Cependant, l'obésité avec un IMC au-delà de 40 génère des handicaps graves (limitation de l'autonomie, incontinences, risques opératoires majorés, insuffisance respiratoire, retentissement psychologique) (18,19). Nos institutions hospitalières ou médico-sociales ne se sont pas adaptées à la prise en charge de l'obésité sévère. Les résultats attendus sont le respect d'une obésité modérée, un meilleur dépistage de l'obésité sévère et des handicaps associés, une meilleure prise en compte de ces troubles.

4. Lutter contre les régimes restrictifs

Les régimes restrictifs touchent principalement les PA. Les régimes diabétiques, ou typiquement les régimes hyposodés, doivent être limités aux patients sévèrement atteints durant des périodes limitées (20). En effet, un régime trop sévère amène les PA à une mauvaise observance, donc un mauvais résultat, la qualité de vie des PA peut être dégradée lors d'un régime, le respect trop strict d'un régime ou sa mise en œuvre trop longue peuvent générer une dénutrition et aggraver le patient. Le résultat attendu est une meilleure adéquation entre l'état de santé des personnes âgées et la prescription de régimes.

5. Améliorer la recherche clinique en nutrition gériatrique

Malgré le développement récent de la gériatrie, la recherche est limitée par rapport à l'enjeu que représente la santé des PA. Des preuves de grade A ou B doivent remplacer des consensus d'experts, afin d'émettre des recommandations ayant plus de chances d'être suivies d'effets. Le résultat attendu est un développement des études cliniques en nutrition gériatrique.

Modalités des actions, cibles et indicateurs

	Actions	Cibles	Opérateurs / partenaires	Indicateurs
1. Equilibre alimentaire / activité physique	Formations Informations Accompagnement activité physique	Personnels de soins, associations de PA, aidants, éducateurs sportifs, grand public	Centres hospitaliers (CH), établissements médico- sociaux, réseaux, organismes de formation, sociétés scientifiques, Médecins Généralistes (MG)	Nbre de formations, informa séquences d'activité physiqu personnes touchées, heures, Evaluation des acquis, Amélioration des performances
2. Dénutrition	Formations Informations Dépistage de la dénutrition, prises en charges adaptées	<i>Priorité</i> : personnels des CH et établissements médico-sociaux	CH, établissements médico- sociaux réseaux, organismes de formation, sociétés scientifiques	Indicateurs IPAQSS et HAS, EPP, Nbre de : formations, inform personnes touchées, heures, Evaluation des acquis
3. Obésité sévère	Dépistage de l'obésité sévère, Formations Informations Mise en place d'une aide diététique, Dotations en équipements spécifiques	Personnels des CH et établissements médico- sociaux	CH, établissements médico- sociaux réseaux, organismes de formation, sociétés scientifiques, industriels (ex : domotique), MG	IMC, variation pondérale Nbre de : formations, informations, personnes touchées, heures, Evaluation des acquis
4. Régimes	Formations, informations, éducation thérapeutique	<i>Priorité</i> : Médecins hospitaliers et généralistes Personnels de soins des CH et établissements médico-sociaux PA en capacité de comprendre	MG, CH, établissements médico-sociaux réseaux, organismes de formation, sociétés scientifiques	Nbre de : formations, informations, personnes touchées, heures, Evaluation des acquis, Niveau de prescription des régimes, EPP
5. Recherche	Aides financières à la mise en place de projets de recherche, aide à la mise en place de consensus	Personnels gériatriques médicaux et paramédicaux	Financeurs institutionnels et privés	Nbre d'études aidées, de publications, Niveaux de financement réunis Thèmes et nombre de consensus

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

Ces propositions s'appuient sur de nombreuses données scientifiques. Les niveaux de preuve ont été notés dans le texte. Les résultats sont parfois nombreux (ex : prévalence de la dénutrition des personnes âgées), mais souvent insuffisamment appliqués en pratique quotidienne (ex : intérêt de l'activité physique chez les personnes âgées), ou bien encore embryonnaires (ex : prise en charge de l'obésité sévère). Il y a donc des justifications au traitement de chaque thème, et des améliorations importantes sont possibles dans chaque cas.

Bibliographie

1. INSEE 2010, Ministère de la Santé, Paris, juin 2010.
2. Plan Alzheimer 2008-2012, Ministère de la Santé, Paris, janvier 2008.
3. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité ObEpi. INSERM, TNS Healthcare SOFRES, Roche, 2006.
4. Haute Autorité de Santé, Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, avril 2007.
5. Gillette-Guyonnet S. Perte de poids et maladie d'Alzheimer. In : Traité de nutrition de la personne âgée, Hébuterne X, Alix E, Raynaud-Simon A, Vellas B eds, Springer, Paris 2009 : 189-98.
6. Apports nutritionnels conseillés pour la population française, 3^{ème} édition, A Martin coordonnateur, Tec & Doc, Paris 2001.
7. PNNS2. <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan.pdf>.
8. Nutrition et prévention des cancers : des reconnaissances scientifiques aux recommandations. Ministère de la Santé et des Sports, Réseau Nacre, institut National du Cancer, PNNS, Paris, janvier 2009.
9. Raynaud-Simon A. Dénutrition de la personne âgée : épidémiologie et conséquences. In : Traité de nutrition de la personne âgée, Hébuterne X, Alix E, Raynaud-Simon A, Vellas B eds, Springer, Paris 2009 : 165-74.
10. Nair KS. Aging muscle. Am J Clin Nutr 2004 ; 85 : 953-63.
11. Bonnefoy M. Interventions pour restaurer la masse musculaire du sujet âgé. Nutr Clin Metabol 2008 ; 22 : 80-3.
12. Paillaud E, Herbaud S, Cailliet P, Lejonc JL, Campillo B, Bories PN. Relations between undernutrition and nosocomial infections in elderly patients. Age Ageing 2005 ; 34 : 619-625.
13. Payette H, Coulombe C, Boutier V, Gray-Donald K. Nutrition risk factors for institutionalization in a free-living functionally dependent elderly population. J Clin Epidemiol 2000 ; 53 : 579-87.
14. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clinical Nutrition 2008 ; 27 : 5-15.
15. Bouillanne O, Morineau G, Dupont C, Coulombel I, Vincent JP, Nicolis I, Benazeth S, Cynober L, Aussel C. Geriatric Nutritional Risk Index: a new index for evaluating at-risk elderly medical patients. Am J Clin Nutr 2005 ; 82 : 777-783.
16. Drenowski A, Evans WJ. Nutrition, physical activity, and quality of life in older adults: summary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001 ; 56 Spec No 2 : 89-94.
17. IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, Ministère de la Santé, Paris.
18. Villareal DT et al. Obesity in older adults. Technical review and positive statement of the American Society and NAASO, the obesity society. Am J Clin Nutr 2005 ; 82 : 923-34.
19. Bradway C, DiResta J, Fleshner J, Polomano RC. Obesity in nursing homes: a critical review. J Am Geriatr Soc 2008 ; 56 : 1528-35.
20. Darmon P, Gorin-Gottraux S, Pichard C. Y a-t-il une place pour les régimes alimentaires restrictifs chez la personne âgée ? In : Traité de nutrition de la personne âgée, Hébuterne X, Alix E, Raynaud-Simon A, Vellas B eds, Springer, Paris 2009 : 131-40.

Proposition n°29 - Nutrition péri-opératoire

Rédacteurs principaux : Cécile Chambrier (SFNEP), François Sztark (SFNEP) et le groupe d'experts sur les « Recommandations de Bonnes Pratiques Cliniques sur la Nutrition Péri-opératoire de 2010 »

Problématique, Contexte

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, les coûts et retentit sur la qualité de vie des patients [1-28]. Un acte chirurgical représente une agression qui peut entraîner une dénutrition ou aggraver une dénutrition préexistante [29-30]. De nombreuses études ont démontré l'efficacité de la prise en charge nutritionnelle péri-opératoire sur la morbidité et le coût des soins chez le patient dénutri [31-77].

Dix à 20 % des malades devant être opérés sont dénutris. Une étude française réalisée en 1998 avait estimé cette prévalence à 13 % chez les adultes [78]. Environ 6 millions d'interventions chirurgicales sont réalisées en France par an, une vue pessimiste conduirait à une estimation de 780 000 patients dénutris en préopératoire. Pour les personnes âgées, les chiffres varient de 30 à 65 % selon que celles-ci vivent à domicile ou en institution [79-80]. Il n'y a pas de donnée chez l'enfant.

Le dépistage et la prise en charge précoces de la dénutrition sont indispensables lors de la période péri-opératoire, dans l'objectif d'améliorer le pronostic et l'évolution clinique postopératoires. Le risque de dénutrition avant la chirurgie dépend de facteurs liés au patient (âge, co-morbidités, symptômes persistants, durée d'hospitalisation préopératoire), du type de chirurgie, et des traitements associés (radiothérapie, chimiothérapie, corticothérapie). L'évaluation nutritionnelle chez l'adulte repose sur la recherche d'une perte de poids, d'un indice de masse corporelle bas, et sur la présence éventuelle d'une hypo-albuminémie, tous trois ayant un impact négatif sur le pronostic postopératoire [1-28].

Il a été montré que la prise en charge péri-opératoire du patient dénutri et notamment préopératoire permet de diminuer de moitié l'incidence des complications, la durée de séjour, de 15% en moyenne, et le coût global des soins [31-77].

Actuellement, en péri-opératoire, l'évaluation de l'état nutritionnel est peu réalisée par les équipes de soins et la prise en charge nutritionnelle est perfectible (indice IPAQSS 2008 et 2009). Par ailleurs, il a été démontré qu'une nutrition parentérale abusive (chez le non dénutri sans facteur de risque ou sans période de jeûne prolongée) augmentait l'incidence des septicémies et des infections du site opératoire [31, 44, 48]. Des Recommandations de Bonnes Pratiques Cliniques sur la Nutrition Péri-opératoire viennent d'être émises par la SFAR et la SFNEP, elles devraient être prises en compte dans le prochain PNNS.

Objectifs et enjeux

Avoir une prise en charge nutritionnelle péri-opératoire adaptée à l'état nutritionnel et aux besoins du malade.

Enjeux pour les malades

Ces recommandations permettront de limiter l'aggravation de la dénutrition hospitalière, dénutrition nosocomiale par non sensibilisation et méconnaissance des équipes soignantes.

Enjeux d'organisation des soins

Les recommandations issues de ce travail devront s'intégrer dans le parcours de santé du malade du domicile à l'hôpital. La prise en charge nutritionnelle préopératoire peut dans un nombre important de cas être réalisée à domicile sous la surveillance du médecin traitant. En postopératoire, elle devra souvent être poursuivie dans les unités de soins de suite et de rééducation, voire à domicile pour les malades les plus graves ou devant recevoir des traitements complémentaires.

Ces recommandations ne sont pas isolées et se développent parallèlement à la mise en place des indicateurs IPAQSS.

Enjeux financiers

Nous ne disposons pas de données nationales dans le domaine. Dans une étude italienne, il a été montré que la prise en charge péri-opératoire et notamment préopératoire permet de diminuer le coût global des soins de 2 300 euros par patient [59, 61, 63]. Pour la seule chirurgie digestive, l'économie nette générée par l'immuno-nutrition préopératoire était de 2386 euros par patient [63]. En 2005, il y a eu en France 106 090 actes de chirurgie digestive majeure. Les pratiques actuelles françaises en termes d'immuno-nutrition préopératoire ne sont pas connues.

Enjeux pour les professionnels : structuration de la profession ou amélioration des pratiques.

Il s'agit d'une amélioration des pratiques dans une prise en charge pluridisciplinaire au sein d'un parcours de soin organisé. La prise en charge nutritionnelle doit être organisée et optimisée au sein de chaque établissement de santé mais également en amont et en aval de l'hospitalisation. Ceci implique de nombreux professionnels (chirurgiens, anesthésistes, nutritionnistes, pédiatres, gériatres, spécialistes d'organes, médecins traitants, diététiciens, pharmaciens, etc.). L'existence des nouvelles recommandations de 2010 pour la prise en charge nutritionnelle péri-opératoire permettra aux comités de liaison alimentation nutrition (CLANs) de structurer localement cette prise en charge en s'appuyant sur des recommandations issues de sociétés savantes nationales. Ces recommandations permettront également aux réseaux de soins, en particulier réseaux de cancérologie, de formaliser le plan personnalisé de soins (PPS) des patients dont le traitement comprend un acte chirurgical.

Résultats attendus

- Diminuer la prévalence et la sévérité de la dénutrition postopératoire.
- Réduire le nombre de complications postopératoires notamment infectieuses.
- Accélérer la réhabilitation postopératoire.
- Diminuer le risque d'entrée en dépendance.
- Réduire les complications et les coûts induits par le mésusage de la nutrition artificielle notamment parentérale.

Propositions d'actions

- 1- Organiser et mettre en place le dépistage systématique de la dénutrition dans les établissements de santé, au plus tard au cours de la consultation pré-anesthésique, pour tous les patients devant subir une intervention chirurgicale :
 - a. Formation des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) ;
 - b. Mise en place de protocoles, de procédures, sensibilisation via les CLANs et les Unités Transversales de Nutrition (UTN).
- 2- Améliorer le renseignement et la traçabilité de l'évaluation nutritionnelle
 - a. Renseignements poids, taille, IMC et évolution du poids dans le dossier médical (indicateurs IPAQSS), et sur la courbe de croissance chez l'enfant ;
 - b. Cotation du score de risque nutritionnel avant le geste chirurgical (Grade nutritionnel proposé par les Recommandations de Bonnes Pratiques 2010) ;
 - c. Information du médecin traitant dans le courrier de consultation initiale et de sortie.
- 3- Mettre en œuvre une prise en charge nutritionnelle de tous les patients reconnus dénutris selon les référentiels publiés :
 - a. programmation d'une prise en charge nutritionnelle (consultation avec un diététicien associée éventuellement à une consultation médicale) pour tous les patients opérés n'ayant pas une chirurgie à risque de complications ;
 - b. mise en place d'un support nutritionnel préopératoire pour tous les patients dénutris et devant avoir une chirurgie à risque de complications ;
 - c. mise en place d'un support nutritionnel postopératoire pour tous les patients dénutris ayant eu une chirurgie à risque de complications et pour les patients dont la période de jeûne est prolongée selon les recommandations de bonnes pratiques cliniques.
- 4- Information et implication des malades :
 - a. rédaction d'un document à destination des patients pour les informer des nécessités et avantages de la prise en charge nutritionnelle péri-opératoire, accompagnés de conseils pour optimiser l'adhésion au traitement envisagé ;
 - b. intégration de cette prise en charge au plan personnalisé de soins (PPS) pour les patients cancéreux.

Niveaux de preuve : Existence d'une littérature abondante de bon niveau de preuve.

Opérateurs des actions, partenaires

- Médecins, généralistes, prestataires de soins à domicile ;
- Sociétés savantes : SFAR, SFNEP, AFDN, Sociétés de chirurgie, SFNGE, Sociétés de cancérologie ;
- Enseignants : Collège des Enseignants de Nutrition, CHU, Ecoles d'infirmières, Ecoles de diététiciens ;
- Soignants ;
- Associations de malades.

Indicateurs

Indices IPAQSS

Cotation dénutrition sur T2A pour les séjours cotant un acte chirurgical

L'évolution des durées de séjour pour les séjours cotant un acte chirurgical

Evaluation de pratique professionnelle (EPP)

Perspectives de recherche

- Développer, encourager et aider la recherche clinique :
- Sur les thématiques où les données scientifiques sont inexistantes, en particulier en pédiatrie (absence de données : dénutrition et prise en charge péri-opératoire), en orthopédie : impact de la dénutrition, prise en charge nutritionnelle.
- Sur le développement de nouvelles techniques de prise en charge nutritionnelle, et sur des études permettant de préciser plus précisément les indications et les groupes de patients-cibles.
- Etudes médico-économiques et sur études sur l'impact à long terme (professionnel, social et qualité de vie).

Bibliographie

1. Van Venrooij LM, de Vos R, Borgmeijer-Hoelen MM, Haaring C, de Mol BA. Preoperative unintended weight loss and low body mass index in relation to complications and length of stay after cardiac surgery. *Am J Clin Nutr* 2008;87:1656-61;
2. Van Bokhorst- de Van Der Schueren M , Van Leeuwen P, Sauerwein H, Kuik D, Snow G, Quak J. Assessment of malnutrition parameters in head and neck cancer and their relation to post operative complications. *Head Neck* 1997;19:419-425
3. Dequantier D, Lothaire P, Phillipart P. Fistula and stenosis after 135 (pharyngo) laryngectomies. *Acta Chir Belg* 2008;108:98-101
4. Kuzu M A, Terzioglu H, Genc V, Erkek A, Ozban M Preoperative nutritional risk assessment in predicting postoperative outcome in patients undergoing major surgery *World J Surg* 2006;30:378-390;
5. Junqueira JC, Soares EC, Filho HR, Hoehr NF, Magro DO, Ueno M. Nutritional risk factors for postoperative complications in Brazilian elderly patients undergoing major elective surgery. *Nutrition* 2003;19:321-326
6. Bailey SH, Bull DA, Harpole DH, Rentz JJ, Neumayer LA et al. Outcomes after esophagectomy: a ten year prospective cohort *Ann Thor Surg* 2003;75:217-22
7. Kirchoff P, Dincler S, Buchman P A multivariate analysis of potential risk factors for intra- and postoperative complications in 1316 elective laparoscopic colorectal procedures *Ann Surg* 2008;248:259-265
8. Kirchoff P, Dincler S, Buchman P A multivariate analysis of potential risk factors for intra- and postoperative complications in 1316 elective laparoscopic colorectal procedures *Ann Surg* 2008;248:259-265
9. Kingham TP, Patcher HL. Colonic anastomotic leak : risk factors, diagnosis and treatment. *J Am Coll Surg* 2009;208:269-276
10. Makela JT, Kiviniemi H, Laitinen S. Risk factors for anastomotic leakage after left-sided colorectal resection with rectal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 2003;46:653-660
11. Bozetti F, Gianotti L, Braga M, Di Carlo V, Mariani L. Postoperative complications in gastrointestinal cancer patients : the joint role of the nutritional status and the nutritional support. *Clin Nutr* 2007;26:698-709
12. Seelig MH, Klingler PJ, Oldenburg WA. Simultaneous aortic surgery and malnutrition increase morbidity after revascularisation of the mesenteric arteries. *Eur J Surg* 2000;166:771-6
13. Cello JP, Deveney KE, Trunkey DD, Heilbron DC, Stoney RJ, Ehrenfeld WK, et al. Factors influencing survival after therapeutic shunts. Results of a discriminant function and linear logistic regressions analysis. *Am J Surg* 1981;141:257-65
14. Schwebel C, Pin J, Barnoud D, Devouassoux G, Brichon PY, Chaffanjon P, et al. Prevalence and consequences of nutritional depletion in lung transplant candidates. *Eur Respir J* 2000;16:1050-5
15. Mullen JT, Moorman DW, Davenport DL. The obesity paradox: body mass index and outcomes in patients undergoing nonbariatric general surgery. *Ann Surg* 2009;250:166-72

16. Russo MJ, [Hong KN](#), [Davies RR](#), [Chen JM](#), [Mancini DM](#), [Oz MC](#), et al. The effect of body mass index on survival following heart transplantation: do outcomes support consensus guidelines? *Ann Surg* 2010;251:144-52
17. Rapp-Kesek D, Stahle E, Karlsson T Body mass index and albumine in the preoperative evaluation of cardiac surgery patients. *Clin Nutr* 2004 ;23,1398-1404
18. Gibbs J, Cull W, Henderson W, Daley J, Hur K, Khuri SF. Preoperative serum albumin level as a predictor of operative mortality and morbidity: results from the national VA surgical risk study. *Arch Surg* 1999;134:36-42
19. Garrison RN, [Cryer HM](#), [Howard DA](#), [Polk HC Jr](#). Clarification of risk factors for abdominal operations in patients with hepatic cirrhosis. *Ann Surg* 1984;199:648-55
20. O'Daly BJ, [Walsh JC](#), [Quinlan JF](#), [Falk GA](#), [Stapleton R](#), [Quinlan WR](#), et al. Serum albumin and total lymphocyte count as predictors of outcome in hip fractures. *Clin Nutr* 2010;29:89-93
21. Gunningberg L, Person C, Akerfeldt T, Stridsberg M, Swenne C. Pre- and postoperative nutritional status and predictors for surgical-wound infections in elective orthopaedic and thoracic patients. *e-SPEN* 2008 ;3,e93-e101
22. Pacelli F, Bossola M, Rosa F, Tortorelli AP, Papa V, Doglietto GB. Is malnutrition still a risk factor of postoperative complications in gastric cancer. *Clin Nutr* 2008;27,398-407
23. Douard R, [Lentschener C](#), [Ozier Y](#), [Doussset B](#). Operative risks of digestive surgery in cirrhotic patients. *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33(6-7):555-64
24. Smetana GW, Lawrence VA, Cornell JE; American College of Physicians. [Preoperative pulmonary risk stratification for noncardiothoracic surgery: systematic review for the American College of Physicians](#). *Ann Intern Med* 2006;144:581-95
25. Kudsk KA, Tolley EA, DeWitt RC, Janu PG, Blackwell AP, Yeary S, et al. [Preoperative albumin and surgical site identify surgical risk for major postoperative complications](#). *J Parenter Enteral Nutr* 2003;27:1-9
26. Putwatana P, Reodecha P, Sirapo-ngam Y, Lertsithichai P, Sumboonnanonda K. Nutrition screening tools and the prediction of postoperative infectious and wound complications: comparison of methods in presence of risk adjustment. *Nutrition* 2005;21:691-97
27. Buzby GP, Williford WO, Peterson OL, Crosby LO, Page CP, Reinhardt GF, et al. [A randomized clinical trial of total parenteral nutrition in malnourished surgical patients: the rationale and impact of previous clinical trials and pilot study on protocol design](#). *Am J Clin Nutr* 1988;47(2 Suppl):357-65
28. Sierzega M, Niekowal B, Kulig J, Popiela T Nutritional status affects the rate of pancreatic fistula after distal pancreatectomy : a multivariate analysis of 132 patients *J Am Coll Surg* 2007;205:52-59
29. Weissman C. The metabolic response to Stress: An overview and Update. *Anesthesiology* 1990; 73: 308-27
30. Ljungqvist O, Nygren J, Soop M, Thorell A. Metabolic perioperative management: novel concepts. *Curr Opin Crit Care* 2005;11:295-9.
31. Klein S, Kinney J, Jeejeebhoy K, Alpers D, Hellerstein M, Murray M, et al. Nutrition support in clinical practice: review of published data and recommendations for future research directions. National Institutes of Health, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, and American Society for Clinical Nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1997;21:133-56.
32. Weimann A, Braga M, Harsanyi L, Laviano A, Ljungqvist O, Soeters P et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including organ transplantation. *Clin Nutr* 2006; 25: 224-44.
33. Braga M, Ljungqvist O, Soeters P, Fearon K, Weimann A, Bozzetti F. [ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: surgery](#). *Clin Nutr*. 2009; 28:378-86.
34. Lassen K, Soop M, Nygren J, Cox BW, [Hendry PO](#), Spies C, et al. Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group recommendations. *Arch Surg* 2009; 144:961-9.
35. Smedley F, Bowling T, James M, Stokes E, Goodger C, O'Connor O. et al. Randomized clinical trial of the effects of preoperative and postoperative oral nutritional supplements on clinical course and cost of care. *Br J Surg* 2004;91:983-90
36. MacFie J, Woodcock NP, Palmer MD, Walker A, Townsend S, Mitchell CJ. Oral dietary supplements in pre- and postoperative surgical patients: a prospective and randomized clinical trial. *Nutrition* 2000;16:723-8
37. Henriksen MG, Hesson I, Dala F, [Hansen HV](#), [Haraldsted V](#), [Rødt SA](#). Effects of preoperative oral carbohydrates and peptides on postoperative endocrine response, mobilisation, nutrition and muscle function in abdominal surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47:191-9
38. Soop M, Nygren S, Myrenfors P, [Thorell A](#), [Ljungqvist O](#). Preoperative oral carbohydrate treatment attenuates immediate postoperative insulin resistance. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2001;280:E576-83
39. Beattie AH, Prach AT, Baxter JP, Pennington CR. A randomised controlled trial evaluating the use of enteral nutritional supplements postoperatively in malnourished surgical patients. *Gut* 2000; 46:813-8
40. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, Thomas S. Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMJ* 2001; 323: 773-6.
41. Minig L, Biffi R, Zanagnolo V, Attnasio A, Beltrami C, Boccione L, et al. Reduction of postoperative complication rate with the use of early oral feeding in gynecologic oncologic patients undergoing a major surgery: a randomized controlled trial. *Ann Surg Oncol* 2009; 16: 3101-10.
42. Jeffery KM, Harkins B, Cresci GA, Martindale RG. The clear liquid diet is no longer a necessity in the routine postoperative management of surgical patients. *Am Surg* 1996; 62:167-70.
43. [Seven H](#), [Calis AB](#), [Turgut S](#). A randomized controlled trial of early oral feeding in laryngectomized patients. [Laryngoscope](#) 2003;113:1076-9.

44. Sandström R, Drott C, Hyltander A, Arfvidsson B, Scherstén T, Wickström I, et al. The effect of post-operative intravenous feeding (TPN) on outcome following major surgery evaluated in randomized study. *Ann Surg* 1993; 217: 185-95.
45. Moore FA, Moore EE, Jones TN, McCroskey BL, Peterson VM. TEN versus TPN following major abdominal trauma - reduced septic morbidity. *J Trauma* 1989;29:916-22.
46. Kudsk KA, Croce MA, Fabian TC, Minard G, Tolley EA, Poret HA, et al. Enteral versus parenteral feeding. Effects on septic morbidity after blunt and penetrating abdominal trauma. *Ann Surg* 1992; 215:503-11.
47. Bozzetti F, Gianotti L, Braga M, Di Carlo V, Mariani L. Postoperative complications in gastrointestinal cancer patients: the joint role of the nutritional status and the nutritional support. *Clin Nutr* 2007; 26: 698-709.
48. Veterans Affairs TPN Cooperative Study Group. *NEJM* 1991;325:525-32.
49. Marik PE, Zaloga GP. Immunonutrition in high-risk surgical patients: A systematic review and analysis of the literature. *JPEN* 2010;34:378-386.
50. Waitzberg DL, Daito H, Plank L, Jamieson G, Jaga, ath, P, Hwang T, et al. Postsurgical infections are reduced with specialized nutrition support. *World J Surg* 2006;30:1592-1604.
51. Horie H, Okada M, Kojima M, Nagai H. Favorable effects of preoperative enteral immunonutrition on a surgical site infection in patients with colorectal cancer without malnutrition. *Surg Today* 2006;36:1063-1068.
52. Xu J, Zhong Y, Jing D, Wu Z. Preoperative enteral immunonutrition improves post-operative outcome in patients with gastrointestinal cancer. *World J Surg* 2006;30:1284-1289.
53. Nakamura M, Iwahashi M, Takifugi K, Nakamori M, Naka T, Ishida K, et al. Optimal dose of preoperative enteral immunonutrition for patients with esophageal cancer. *Surg Today* 2009;39:855-860.
54. Fish J, Sporay G, Beyer K, Jones J, Kihara T, Kennedy A, et al. A prospective randomized study of glutamine-enriched parenteral compared with enteral feeding in postoperative patients. *Am J Clin Nutr* 1997;65:977-983.
55. Oguz M, Kerem M, Bedirli A, Menten B, Sakrak O, Salman B, et al. L-Alanine-L-Glutamine supplementation improves the outcome after colorectal surgery for cancer. *Colorectal Dis* 2007;9(6):515-520.
56. Gianotti L, Braga M, Biffi R, Bozzetti F, Mariani L. Perioperative intravenous glutamine supplementation in major abdominal surgery for cancer. *Ann Surg* 2009;250(5):684-690.
57. Daly JM, Lieberman MD, Goldfine J, Shou J, Weintraub F, Rosato EF, et al. Enteral nutrition with supplemental arginine, RNA, and omega-3 fatty acids in patients after operation: immunologic, metabolic and clinical outcome. *Surgery* 1992;112:56-67.
58. Daly JM, Weintraub FN, Shou J, Rosato EF, Lucia M. Enteral nutrition during multimodality therapy in upper gastrointestinal cancer patients. *Ann Surg* 1995;221:327-338.
59. Senkal M, Mumme A, Eickhoff U, Geier B, Späth G, Wulfert D, et al. Early postoperative enteral immunonutrition: clinical outcome and cost-comparison analysis in surgical patients. *Crit Care Med* 1997;25:1489-1496.
60. Braga M, Gianotti L, Vignali A, Cestari A, Bisagni P, Di Carlo V. Artificial nutrition after major abdominal surgery: impact of route of administration and composition of the diet. *Crit Care Med* 1998;26:24-30.
61. Senkal M, Zumtobel V, Bauer KH, Marpe B, Wolfram G, Frei A, et al. Outcome and cost-effectiveness of perioperative enteral immunonutrition in patients undergoing elective upper gastrointestinal tract surgery. *Arch Surg* 1999;134:1309-1316.
62. Braga M, Gianotti L, Radaelli G, Vignali A, Mari G, Gentilini O, et al. Perioperative immunonutrition in patients undergoing cancer surgery. Results of a randomized double-blind phase 3 trial. *Arch Surg* 1999;134:428-433.
63. Gianotti L, Braga M, Frei A, Greiner R, Di Carlo V. Health care resources consumed to treat postoperative infections: cost saving by perioperative immunonutrition. *Shock* 2000;14:325-330.
64. Gianotti L, Braga M, Gentilini O, Balzano G, Zerbi A, Di Carlo V. Artificial nutrition after pancreaticoduodenectomy. *Pancreas* 2000;21:344-351.
65. Braga M, Gianotti L, Nespoli L, Radaelli G, Di Carlo V. Nutritional approach in malnourished surgical patients. A prospective randomized study. *Arch Surg* 2002;137:174-180.
66. Braga M, Gianotti L, Vignali A, Di Carlo V. Preoperative oral arginine and n-3 fatty acid supplementation improves the immunometabolic host response and outcome after colorectal resection for cancer. *Surgery* 2002;132:805-814.
67. Gianotti L, Braga M, Nespoli L, Radaelli G, Beneduce A, Di Carlo V. A randomized controlled trial of preoperative oral supplementation with a specialized diet in patients with gastrointestinal cancer. *Gastroenterology* 2002;122:1763-1770.
68. Braga M, Gianotti L, Vignali A, Schmid A, Nespoli L, Di Carlo V. Hospital resources consumed for surgical morbidity: effects of preoperative arginine and omega-3 fatty acid supplementation on costs. *Nutrition* 2005;21:1078-1086.
69. Farreras N, Artigas V, Cardona D, Rius X, Trias M, Gonzalez JA. Effect of early postoperative enteral immunonutrition on wound healing in patients undergoing surgery for gastric cancer. *Clin Nutr*
70. Takeuchi H, Ikeuchi S, Kawaguchi Y, Kitagawa Y, Isobe Y, Kubochi K, et al. Clinical significance of perioperative immunonutrition for patients with esophageal cancer. *World J Surg* 2007;31:2160-2167.
71. Riso S, Aluffi P, Brugnani M, Farinetti F, Pia F, D'Abdrea F. Postoperative enteral immunonutrition in head and neck cancer patients. *Clin Nutr* 2000;19:407-412.
72. Sorensen D, McCarthy M, Baumgartner B, Demars S. Perioperative immunonutrition in head and neck cancer. *Laryngoscope* 2009;119:1358-1364.
73. Stableforth WD, Thomas S, Lewis SJ. A systematic review of the role of immunonutrition in patients undergoing surgery for head and neck cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009;38:130-110.

74. Kenler AS, Swails WS, Driscoll DF, DeMichele SJ, Daley B, Babineau TJ, et al. Early enteral feeding in postsurgical cancer patients. Fish oil structured lipid-based polymeric formula versus a standard polymeric formula. *Ann Surg* 1996;223:316-333.
75. Tsekos E, Reuter C, Stehle P, Boeden G. Perioperative administration of parenteral fish oil supplements in a routine clinical setting improves patient outcome after major abdominal surgery. *Clin Nutr* 2004;23:325-330.
76. Wichmann M, Thul P, Czarnetzki HD, Morlion B, Kemen M, Jauch KW. Evaluation of clinical safety and beneficial effects of a fish oil containing lipid emulsion (Lipoplus, MLF541): data from a prospective, randomized, multicenter trial. *Crit Care Med* 2007;35.
77. Chen B, Zhou Y, Yang P, Wan HW, Wu XT. Safety and efficacy of fish oil-enriched parenteral nutrition regimen on postoperative patients undergoing major abdominal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JPEN* 2010;34:387-394.
78. D. Lanoir, C. Chambrier, P. Vergnon, L. Meynaud-Kraemer, J. Wilkinson, K. McPherson, P. Bouletreau, C. Colin. Perioperative artificial nutrition in elective surgery: an impact study of French guidelines. *Clinical Nutrition* 1998; 17:153-157
79. HAS 2007. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Synthèse des recommandations professionnelles.
80. Lumbers M, New SA, Gibson S, Murphy MC. Nutritional status in elderly female hip fracture patients: comparison with an age-matched home living group attending day centres. *Br J Nutr* 2001;85:733-40.

Proposition n°30 - Nutrition et maladies chroniques d'organe (pulmonaires, rénales, cardiaques, hépatiques)

Rédacteur principal : Noël Cano (SFNEP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

Les maladies chroniques d'organes (MCO) et particulièrement les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) sont en passe, dans les dix prochaines années, de devenir la 3^e cause de mortalité dans le monde occidental après le cancer et les maladies cardiovasculaires [1, 2]. Ces maladies non transmissibles sont la priorité de l'OMS pour les années 2008-2013 et seront responsables de 70% des décès à échéance 2030 (OMS, plan d'action 2008-2013).

- **Prévalence de la dénutrition.** Les MCO, pulmonaires, rénales, hépatiques et cardiaques en particulier sont fréquemment associées à des troubles nutritionnels dominés par la dénutrition. Sa prévalence varie selon l'affection considérée et les critères nutritionnels utilisés. Elle est en moyenne de 40% et va de 20 à 70% selon le degré d'évolution de l'affection considérée [3, 4].
- **Mécanismes.** Il existe des mécanismes communs à la dénutrition au cours des MCO qui en font une entité physiopathologique : ingesta inadéquats, augmentation de la dépense énergétique, accélération du « turnover protéique », inflammation, insulino-résistance, androgénopénie [5]. Certaines perturbations métaboliques sont propres à l'affection considérée : acidose chez l'insuffisant rénal, hypoxie au cours de l'insuffisance respiratoire. Enfin, les facteurs psychosociaux et comportementaux sont omniprésents et souvent déterminants dans la survenue d'une dénutrition : sédentarité, solitude, dépression, pauvreté, hospitalisations, polymédication.
- **L'impact pronostique de la dénutrition** est actuellement bien établi au cours des MCO : 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 [6-8]. Les MCO sont caractérisées par une relation particulière entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le pronostic. En effet, dans la population générale le risque de mortalité le plus faible est observé lorsque l'IMC est compris entre 20 et 25. Ce risque augmente lorsque l'on s'écarte de cette fourchette, quand l'IMC est inférieur à 20 ou chez les patients en surpoids voire obèses (IMC supérieur à 30) [8-10]. Au cours des MCO, la diminution de l'IMC en deçà de 20 est associée à une réduction de l'espérance de vie. Cependant, à la différence de la population générale, l'augmentation de l'IMC au-delà de 25 et même 30 s'accompagne d'une réduction de la mortalité. Cette relation entre IMC et survie est démontrée au cours des maladies rénales chroniques (MRC), des BPCO et de l'insuffisance cardiaque chronique (ICC). Certaines études suggèrent que l'augmentation de la masse maigre est l'élément déterminant de l'effet protecteur de la masse corporelle [11-13]. Au cours de l'insuffisance hépatique, l'IMC perd de sa signification en présence d'œdèmes ou d'une ascite.
- **Approche thérapeutique.** L'entité physiopathologique des MCO conduit à une approche thérapeutique commune pour la dénutrition liée à ces affections. Cette approche doit être multimodale et, au delà du support nutritionnel, intégrer la réhabilitation physique (dont l'objectif est d'augmenter les activités physiques quotidiennes, facteur indépendant de meilleur état de santé) et la correction des anomalies métaboliques et endocriniennes propres à chaque affection [5, 14]. Une telle approche intégrée, associant support nutritionnel, réhabilitation et, chez des patients sélectionnés, androgénothérapie, figure dans les recommandations des sociétés savantes nationales et internationales [15, 16].

Objectifs et résultats attendus

Objectifs

- Sensibilisation du monde médical et notamment des spécialistes d'organe à la dénutrition associée aux maladies chroniques.
- Rendre systématique le dépistage de la dénutrition par une évaluation reposant sur les recommandations nationales et internationales actuelles, chez ces patients à domicile comme en institution ou hospitalisés.
- Mettre en place un suivi diététique et une surveillance de l'état nutritionnel.

- Instaurer une prise en charge intégrée de la dénutrition, en prenant en compte tous les déterminants, selon les stratégies recommandées.

Cible de l'action

Le dépistage de la dénutrition, particulièrement fréquente aux stades avancés des MCO doit concerner l'ensemble des patients.

- La BPCO touche 3,5 millions de personnes en France. Son incidence est de 2,8 cas/1000 habitants/an. Cent mille personnes environ présentent une insuffisance respiratoire nécessitant une prise en charge à domicile. Les BPCO représentent 5% des causes d'hospitalisation.
- L'insuffisance rénale chronique (IRC) concerne 1,7 million de personnes en France et l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée par dialyse plus de 50 000 personnes, représentant 2% de l'ensemble des dépenses du Régime Général de la Sécurité Sociale [17, 18]. La dénutrition se constitue parallèlement à l'insuffisance rénale. Son influence sur le pronostic est évidente au stade d'IRCT : la mortalité des patients hémodialysés, proche de 10 à 15 % en France, s'élève à 30 % en cas de dénutrition.
- On recense environ 120.000 nouveaux cas d'ICC par an en France. Celle-ci est responsable de 150.000 hospitalisations et de 32.000 décès. La prévalence de la dénutrition au cours de l'ICC varie de 10 à 68 % selon les séries, en fonction du type de cardiopathie et de leur stade évolutif.
- La prévalence des cirrhoses en France est de 2 à 3,3 cas/1000 habitants (S Naveau, Rev Prat 2005). La prévalence de la dénutrition est estimée à 30%, soit environ 60 000 personnes [19, 20]. Elle augmente avec la sévérité de la maladie.

Résultats attendus

- Amélioration de la détection des patients dénutris et du nombre de patients pris en charge sur le plan nutritionnel.
- Promotion d'une approche thérapeutique intégrée associant notamment support nutritionnel et réhabilitation physique.
- Réduction du recours au système de soins, notamment du nombre et de la durée des hospitalisations.
- Amélioration de la capacité d'exercice et de la qualité de vie, diminution du degré de handicap associé à la maladie.

Opérateurs de l'action / partenaires

- Médecins généralistes, organisations de soins à domicile.
- Diététiciens, médecins nutritionnistes, médecins spécialistes.
- CLANS, UTNs, services hospitaliers de nutrition et diététique, service spécialisés.
- Sociétés savantes : SFNEP, SPLF, SN, SFD, SFNGE, SFC, CNCF, FFC.
- FMC.
- Associations de patients.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

- Niveau de preuve : La relation entre dénutrition et pronostic des MCO est d'un niveau de preuve A. Les données concernant la réduction du recours au système de soins, notamment du nombre et de la durée des hospitalisations, l'amélioration de la capacité physique, de la qualité de vie et dans certains cas de la survie sont d'un niveau C à A en fonction des contextes cliniques.
- Faisabilité : Dans le secteur hospitalier, la mise en place progressive des CLANS doit permettre la détection transversale de la dénutrition de même que la formation et la sensibilisation des unités de soins concernées. En dehors de l'hôpital la sensibilisation et la formation des soignants doivent mettre en jeu les sociétés savantes et les FMC, et impliquer massivement les structures de maintien et de soins à domicile.
- Efficacité : En secteur hospitalier, le développement des Unités Transversales de Nutrition (UTNs) et des services de nutrition et diététique doit permettre la prise en charge la dénutrition associée aux MCO.
- Efficience : La détection de la dénutrition par des moyens simples peu onéreux et utilisables par l'ensemble du personnel médical tel que le propose la HAS doit permettre de réaliser cet objectif à un coût minimal. La délégation par les médecins de certains aspects de la prise en charge de la dénutrition aux infirmiers et diététiciens est nécessaire pour en améliorer l'efficience.

Indicateurs d'évaluation

- Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un dépistage de la dénutrition.
- Pourcentage de patients dénutris bénéficiant d'une prise en charge nutritionnelle.

- Pourcentage de patients bénéficiant d'un traitement intégrant support nutritionnel et réhabilitation.
- Impact de la prise en charge sur les critères suivants : qualité de vie, activité physique, nombre et durée des hospitalisations, survie.

Perspectives de recherche clinique

- Evaluation de la prise en charge nutritionnelle des patients présentant une MCO à domicile et de son retentissement médico-économique.
- Evaluation de l'approche intégrée de ces affections, associant support nutritionnel et exercice, en termes de qualité de vie, survie et recours aux systèmes de soins.

Références

1. Jemal A, Ward E, Hao Y, Thun M. Trends in the Leading Causes of Death in the United States, 1970-2002. *JAMA* 2005; 294: 1255-9.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3: e442.
3. Akner G, Cederholm T. Treatment of protein-energy malnutrition in chronic non malignant disorders. *Am J Clin Nutr*. 2001; 74: 6-24.
4. Cano N, Melchior JC. Dénutrition au cours des maladies chroniques. *Rev Prat* 2003; 53: 268-73.
5. Evans WJ, Morley JE, Argiles J, Bales C, Baracos V, Guttridge D, et al. Cachexia: a new definition. *Clin Nutr* 2008; 27:793-9.
6. Combe C, Chauveau P, Laville M, Fouque D, Azar R, Cano N, et al. Influence of nutritional factors and hemodialysis adequacy on the survival of 1,610 French patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 37 (1 Suppl 2): S81-8.
7. Cano NJ, Pichard C, Roth H, Court-Fortune I, Cynober L, Gerard-Boncompain M, et al. C-reactive protein and body mass index predict outcome in end-stage respiratory failure. *Chest* 2004 ; 126 :540-6.
8. Chailleux E, Laaban JP, Veale D. Prognostic value of nutritional depletion in patients with COPD treated by long-term oxygen therapy: data from the ANTADIR observatory. *Chest* 2003 ; 123: 1460-6.
9. Horwich TB, Fonarow GC, Hamilton MA, MacLellan WR, Woo MA, Tillisch JH. The relationship between obesity and mortality in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2001; 38: 789-95.
10. Kalantar-Zadeh K, Block G, Humphreys MH, Kopple JD. Reverse epidemiology of cardiovascular risk factors in maintenance dialysis patients. *Kidney Int* 2003; 63(3):793-808.
11. Caregaro L, Alberino F, Amodio P, Merkel C, Bolognesi M, Angeli P, et al. Malnutrition in alcoholic and virus-related cirrhosis. *Am J Clin Nutr* 1996; 63(4):602-9.
12. Beddhu S, Pappas LM, Ramkumar N, Samore M. Effects of body size and body composition on survival in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*. 2003 Sep;14(9):2366-72.
13. Schols AM, Broekhuizen R, Weling-Scheepers CA, Wouters EF. Body composition and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Clin Nutr* 2005; 82: 53-9.
14. van Wetering CR, Hoogendoorn M, Mol SJ, Rutten-van Molken MP, Schols AM. Short- and long-term efficacy of a community-based COPD management programme in less advanced COPD: a randomised controlled trial. *Thorax* ;65(1):7-13.
15. Fouque D, Vennegoor M, ter Wee P, Wanner C, Basci A, Canaud B, et al. EBPG guideline on nutrition. *Nephrol Dial Transplant*. 2007 May;22 Suppl 2:ii45-87.
16. [In Process Citation]. *Rev Mal Respir*. May;27(5):522-48.
17. Macron-Nogues F, Vernay M, Ekong E, Thiard B, Salanave B, Fender P, et al. The prevalence of ESRD treated with renal dialysis in France in 2003. *Am J Kidney Dis* 2005; 46: 309-15.
18. Salariés. CNDIAMdT. Enquête Nationale Schéma d'organisation Sanitaire de l'Insuffisance Rénale Chronique (SROS/IRCT) - Juin 2003, Volet Dépenses. 2005.
19. Kearns PJ, Young H, Garcia G, Blaschke T, O'Hanlon G, Rinki M, et al. Accelerated improvement of alcoholic liver disease with enteral nutrition. *Gastroenterology*. 1992 Jan;102(1):200-5.
20. Nutritional status in cirrhosis. Italian Multicentre Cooperative Project on Nutrition in Liver Cirrhosis. *J Hepatol* 1994 ; 21(3): 317-25.

Proposition n°31 - Surveillance et amélioration de l'état nutritionnel des patients atteints de cancer : impact sur la morbidité et la faisabilité des séquences thérapeutiques

Rédacteurs principaux : Pascal Crenn (SFNEP), Pierre Senesse (SFNEP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

Une alimentation inadaptée et une insuffisance d'activité physique sont des facteurs de risque de cancer. Chez le patient *atteint d'un cancer* la dénutrition associée, de prévalence proche de 50% (1), diminue la possibilité d'effectuer un traitement complet, augmente les toxicités des thérapeutiques, obère la qualité de vie et la réhabilitation après traitement et est un facteur péjoratif de survie.

La dénutrition est le corollaire du développement tumoral, le décès par cancer sans développement d'une dénutrition étant rare. Prévenir son développement et/ou la ralentir est un enjeu thérapeutique majeur. De plus, la dénutrition accroît la morbidité et la mortalité de tous les actes thérapeutiques anti-tumoraux médicaux et chirurgicaux (2). 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*. Cependant encore beaucoup de médecins considèrent à tort l'évaluation de l'état nutritionnel et la prise en charge nutritionnelle comme des soins secondaires. Les cancers sont de plus en plus une indication fréquente à l'assistance nutritive et à la nutrition thérapeutique du fait de l'extrême fréquence des anomalies métaboliques et nutritionnelles. Selon les études, de 30 à 50% des patients, tout particulièrement en cas de tumeur des voies aérodigestives supérieures, de l'estomac, du poumon, du pancréas, des ovaires et en hématologie lourde, sont amaigris et dénutris avant le début du traitement. La dénutrition atteint ainsi 60 à 90% des patients atteints de cancers des voies aérodigestives supérieures (ORL, œsophage) (1). Elle est plus rare dans les tumeurs coliques ou prostatiques. Ces chiffres n'ont pas changé depuis 30 ans. De fait, le dépistage, la prévention et le traitement de la dénutrition sont actuellement indispensables. Les outils du traitement (conseil diététique, compléments nutritionnels oraux, nutrition thérapeutique par sonde ou cathéter) se doivent d'être des traitements ciblés, adaptés aux thérapeutiques oncologiques.

L'élaboration de recommandations pour la pratique clinique sur la stratégie de prise en charge nutritionnelle des patients atteints de cancer a débuté en 2010 sous l'égide de la SFNEP, avec participation de la Ligue nationale contre le cancer et de l'INCa : dépistage et diagnostic, compléments nutritionnels oraux, nutrition artificielle (entérale et parentérale), spécificité selon l'âge et le type de tumeur, traitements adjuvants métaboliques, indicateurs, coordination des soins. Ces recommandations seront intégrées au PNNS.

Objectifs et résultats attendus

L'objectif général est de réduire la morbidité et d'améliorer la réhabilitation post-thérapeutique.

- Amélioration du dépistage et du diagnostic des troubles nutritionnels en cancérologie, au moment du diagnostic, pendant et après le traitement.
- Proposition de stratégies validées (selon la méthode de détermination du niveau de preuve) de prise en charge nutritionnelle selon les différentes situations.
- Inscription de ces stratégies dès le diagnostic, et ceci prioritairement pour les cancers associés à un risque élevé de dégradation nutritionnelle, dans le plan personnalisé de soins (PPS).

Objectifs spécifiques : améliorer l'état nutritionnel des patients pendant et après le traitement du cancer dans un but thérapeutique [diminution de la morbidité et amélioration de la faisabilité des traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) complets prévus en RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire)].

Résultats attendus

- Amélioration de la faisabilité des projets thérapeutiques (amélioration de la tolérance aux traitements et permettre leur administration à dose optimale.

- Réduction de la morbidité et amélioration de la réhabilitation post-thérapeutique et de la qualité de vie.

Description des modalités de l'action

- Dépistage de la dénutrition et prise en compte la dénutrition (avec notamment diminution de la prescription des nutriments parentéraux inutiles) lors de la prise en charge puis régulièrement tout au long du traitement, en particulier au cours des radio/chimiothérapies et au décours de celui-ci.
- Inscrire les stratégies validées par sensibilisation des patients et soignants par intégration de la démarche nutritionnelle dès la mise en place du PPS.
- Entretien diététique et/ou nutritionnel lors de la consultation d'annonce.
- Rédaction de protocoles de prises en charges nutritionnelles spécifiques.
- Mise en place de programme d'éducation thérapeutique pour les malades et leurs familles.

Cible de l'action - Nombre de personnes concernées

- Incidence (2010, INVS) de nouveaux cas de cancer (hors cancers cutanés) : 350 000/an en France [4].
- Prévalence à 5 ans (rapport INCa 2010): 837 0000 cancers totaux [5].

La dénutrition atteint au moins 40 000 personnes *par an* pour les tumeurs les plus fréquemment vectrices de dénutrition: cancers des voies aérodigestives supérieures (ORL, œsophage) : 13 000 ; cancer de l'estomac : 6000 ; cancer du pancréas : 6000 ; cancer du poumon : 20 000 ; cancer de l'ovaire : 3000 ; hémopathies malignes : 8000. Autres localisations : 60 000 à 90 000 par an au total (en adéquation avec une prévalence basse d'un tiers des patients atteints d'un cancer dénutri).

Selon les recommandations internationales (ESPEN, ASPEN), une intervention nutritionnelle doit être proposée dans tous les cas de dénutrition, et dans certains cas, même en dehors de toute dénutrition patente. Par ailleurs, la dénutrition sévère est d'au moins 20 000 patients (le chiffre réel est probablement le double) par an en France.

De plus, il faut noter que le cancer touche majoritairement les sujets âgés au-delà de 70 ans pour lesquels une dénutrition ou une atteinte fonctionnelle installées, source de dépendance et nécessitant des prises en charge nutritionnelle précoces, entraîne un coût sociétal important.

Opérateurs de l'action / partenaires

Sociétés savantes (SFNEP, FFCD, GERCOR, AFSOS...), FNCLCC, FHC, AFDN, Ligue Nationale contre le Cancer, INCa.

Spécialistes (oncologues, chirurgiens, gastroentérologues, diététiciennes...).

Association de malades ; médecins généralistes ; prestataires de soins à domicile.

Rôles : élaboration des guidelines, pratique clinique, relais d'information et de formation...

Indicateurs d'évaluation

En cours d'évaluation dans l'expertise collective réalisée sous l'égide de la SFNEP, on peut notamment retenir :

- indicateurs IPAQSS sur l'évaluation des troubles nutritionnels dans les établissements et unités de cancérologie
- morbidité et faisabilité des traitements en particulier complications postopératoires infectieuses et non infectieuses, toxicité grade 3-4 pour la radiothérapie et la chimiothérapie
- qualité de vie
- codage adéquat de la dénutrition, dans le cadre d'un projet thérapeutique spécifique, ce qui permet de revaloriser la dénutrition de ces malades, génératrice d'un surcoût de soin
- utilisation adaptée de la nutrition artificielle en favorisant dans les structures de cancérologie un rapport nutrition entérale/nutrition parentérale > 1.

Perspectives attendues : développement d'une recherche sur les facteurs prédictifs de réponse, de toxicité et de survie en lien avec l'état nutritionnel.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience : bibliographie

Nombreuses études d'intervention cliniques ou épidémiologiques : immuno-nutrition, péri-opératoire, radiothérapie...

Voir par exemple : [6]

1. Dewys WD, Begg C, Lavin PT, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Med* 1980; 69: 491-7.
2. Di Fiore F, Leclaire S, Pop D, et al. Baseline nutritional status is predictive of response to treatment and survival in patients treated by definitive chemoradiotherapy for a locally advanced esophageal cancer. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 2557-63.
3. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol* 2005;23(7):1431-8.
4. http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/projections2010/rapport_projections_nationales_cancer_2010.pdf
5. http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/4890-survie-attendue-despatients-atteints-de-cancers-en-france-etat-des-lieux
6. <http://www.springerlink.com/content/0040152123v275w2/fulltext.pdf> (Nutrition pages 711-728); référence (3)

Proposition n°32 - Prévention secondaire de l'obésité dans le cancer du sein : impact sur la récurrence

Rédacteurs principaux : Pascal Crenn (SFNEP), Pierre Senesse (SFNEP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

Un mauvais état nutritionnel par alimentation inadaptée et une insuffisance d'activité physique sont des facteurs reconnus de risque de cancer et de survie moindre. Après traitement curatif des cancers du sein, l'obésité et le surpoids obèrent la qualité du traitement et la survie.

Les travaux épidémiologiques et de biologie dédiés à l'oncogénèse convergent pour mettre en évidence le rôle de l'obésité et la prise de lipides dans la genèse et la récurrence de nombreux cancers, y compris certains cancers non hormono-dépendants. Des études cliniques montrent le bénéfice, en survie en prévention secondaire, de traiter l'obésité et de proposer une alimentation adaptée associée à l'activité physique, en particulier dans les cancers du sein post-ménopausique, notamment du sujet âgé de plus de 65 ans (1). Une attitude de prévention des troubles nutritionnels au cours de l'évolution n'est pourtant le plus souvent pas mise en place. Celle-ci doit comporter une évaluation initiale de l'état nutritionnel et fonctionnel et la mise en place dans le programme personnalisé de soin (PPS) de conseils adaptés, d'une promotion de l'activité physique, d'un plan de surveillance et de prise en charge éventuelle selon les cas.

L'éducation nutritionnelle adaptée à ces patients ne peut en effet être dissociée de l'activité physique. La prise de poids moyenne après traitement curatif d'un cancer du sein est de l'ordre de 3 kg et concerne 40 à 50% des patientes au cours des chimiothérapies adjuvantes pour les formes localisées. De plus pour le cancer du sein en France, il apparaît que 30 à 50% des femmes présentent un surpoids ou une obésité au diagnostic. Les principaux messages de prévention primaire du PNNS sont mieux connus. Cependant, les quatre messages sanitaires concernant l'activité physique, le grignotage, les 5 fruits et légumes ainsi que le trop gras, trop salé et trop sucré, ont été mémorisés mais seulement 21 % des personnes âgées de plus de quinze ans déclarent avoir changé leurs habitudes alimentaires (2). Après la maladie, ces messages sont essentiels et l'implication des patients et des associations de malade sont des éléments clés de cette démarche. En effet, après la maladie, les publications confirment qu'un régime alimentaire associé à une activité physique régulière diminue la rechute et la mortalité par cancer du sein (1, 3, 4). Il a notamment été montré qu'une alimentation avec augmentation des végétaux et diminution de la consommation de lipides associés à une activité physique diminue le risque de récurrence du cancer du sein et des comorbidités spécifiques.

Objectifs et résultats attendus

L'objectif est la diminution de la récurrence du cancer du sein non métastatique après traitement curatif.

-Proposition de stratégies validées d'éducation nutritionnelle associée à l'activité physique sur la qualité de vie et la survie après traitement curatif du cancer du sein en post-ménopause.

-Inscription de ces stratégies dès le diagnostic, dans le Programme Personnalisé de Soins (PPS).

Objectif spécifique : modifier l'alimentation et l'hygiène de vie dans un but de prévention secondaire (diminution des risques de second cancer et de récurrence du cancer du sein).

Résultats attendus : diminution des récurrences des cancers du sein localisés après traitement curatif.

Description des modalités de l'action

Inscrire les stratégies validées par sensibilisation des patients et soignants par intégration de la démarche nutritionnelle dès la mise en place du PPS.

Entretien diététique et/ou nutritionnel dans le diagnostic d'annonce ou au début du traitement.

Rédaction de protocoles de prises en charge nutritionnelles spécifiques.

Mise en place de programme d'éducation thérapeutique pour les malades et leurs familles.

- Cible de l'action

Prévalence à 5 ans (rapport INCa 2010) : 185 000 cancers du sein.

- Opérateurs de l'action / partenaires

Sociétés savantes (SFNEP, GERCOR...), FNCLCC, Associations de malades, Ligue Nationale contre le Cancer, INCa, Spécialistes (oncologues, chirurgiens, diététiciennes...).

Rôles : élaboration des guidelines, pratique clinique, relais d'information et de formation.

Indicateurs d'évaluation

On peut notamment retenir :

- Incidence des récurrences et des seconds cancers après traitement curatif du cancer du sein.
- Qualité de vie.
- Survie.

Perspectives attendues : développement d'une recherche sur les facteurs prédictifs de récurrence et de survie en lien avec les apports et l'état nutritionnel.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficacité : bibliographie

1. Chlebowski RT, Blackburn GL, Thomson CA, Nixon DW, Shapiro A, Hoy MK et al. Dietary fat reduction and breast cancer outcome: interim efficacy results from the Women's Intervention Nutrition Study. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98: 1767-76
2. Boyer V. Rapport d'information par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux sur la mission prévention de l'obésité. Assemblée Nationale, 13^e législature, 30 septembre 2008. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1131.pdf>
3. Demark-Wahnefried W, Pinto BM, Gritz ER. Promoting health and physical function among cancer survivors: potential for prevention and questions that remain. *J Clin Oncol* 2006; 10: 5125-31
4. Kroenke CH, Chen WY, Rosner B, Holmes MD. Weight, weight gain, and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol*. 2005 Mar 1;23:1370-8

6^e PARTIE – ACTIVITES PHYSIQUES

Proposition n°33 - Parcours activité physique-santé, plan personnalisé d'activité physique et bilan activité physique-santé

Rédacteurs principaux : ACAPS, ADEMS, AFAPA, ANCREC, SF2S, SFP-APA

Problématique, contexte, rappel des actions menées

L'activité physique est l'un des principaux facteurs de santé liés au mode de vie et est potentiellement l'un des moyens les plus efficaces de prévenir ou diminuer les facteurs de risques de maladies non transmissibles et ainsi contribuer à en limiter l'apparition ou leurs conséquences et améliorer le bien-être de tous. Cependant, un nombre important de personnes n'accède pas à l'activité physique, notamment par un manque de cohérence et de complémentarité des interventions dans les champs de l'éducation, de la prévention, du soin et de l'aide sociale.

La mise en œuvre individuelle des recommandations portant sur le mode de vie doit s'appuyer sur des modes d'organisation (cf. proposition n°7) qui mettent en lien les acteurs du dépistage, de la prise en charge et de l'accompagnement, et ceux de l'éducation et de l'animation des activités physiques et sportives afin d'obtenir une continuité et une observance des mesures proposées. Les parcours de soins sont organisés autour d'étapes bien définies permettant d'assurer, par la cohérence et la complémentarité d'intervention des différents acteurs, une prise en charge de différents publics par le bon professionnel, au bon endroit et avec le bon tissu de soutien.

Le **parcours activité physique-santé** est un dispositif individuel qui vise, par un accompagnement éducatif et motivationnel préventif et/ou thérapeutique, à permettre à différents publics (personnes atteintes de pathologies chroniques, de handicap, personnes âgées...) d'accéder à un **plan personnalisé d'activité physique** (cf. proposition n°7).

La dynamique de l'éducation pour la santé de l'usager ou de l'éducation thérapeutique du patient est privilégiée, à partir d'un **bilan activité physique-santé**. Ce bilan est composé d'une évaluation de la condition physique et d'un diagnostic éducatif pouvant être réalisé par une équipe pluri-professionnelle.

Un **plan personnalisé d'activité physique** est élaboré par une équipe pluri-professionnelle. Il s'agit d'élaborer un parcours activité physique-santé empruntant les offres du territoire de proximité, sous la forme d'étapes successives allant du repérage d'une pratique physique (absence ou insuffisance essentiellement) à l'accompagnement éducatif et motivationnel pour tendre vers une pratique régulière en association (tissu social de soutien), lieu d'apprentissage visant l'autonomie. Ce parcours comporte une gradation de prise en charge/accompagnement selon les besoins de santé de la personne, ses désirs, ses aptitudes, capacités et possibilités de pratiques, le risque potentiel pour la santé, en veillant en particulier aux interactions éventuelles entre ces pratiques et leur environnement, l'alimentation, l'état de santé et les thérapeutiques prises, et en gérant leurs interactions.

Le **plan personnalisé d'activité physique** utilise :

- les offres régulières dans le cadre professionnel ou domestique constituées en particulier par les plans de déplacement en entreprise et les plans de déplacement urbain avec utilisation des mobilités douces (marche, vélo, roller, trottinette, transports combinés...);
- les équipements, sites, espaces et itinéraires dans lesquels peuvent être pratiquées en autonomie ou au sein d'associations des activités physiques et sportives, valorisant ainsi le patrimoine naturel, culturel et de mémoire des territoires ;
- les offres d'accompagnement éducatif et motivationnel (structurées en programmes) en distinguant ce qui relève de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique :
 - o l'éducation à la santé est assurée par les relais animation activité physique-santé en milieu associatif sportif, avec programmes de pratique collective dans le cadre d'une démarche qualité (cahier des charges spécifique), orientés vers l'autonomisation de la pratique ;

- l'éducation thérapeutique peut être réalisée soit dans le parcours de soin dans le cadre de programmes autorisés intégrant l'Activité Physique Adaptée, soit dans des programmes d'accompagnement portés par les associations de patients ou les acteurs sociaux.

Objectifs et résultats attendus

- Elaborer des parcours activité physique-santé autour d'un projet activité physique-santé rendu opérationnel dans 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.
- Proposer une gradation de la prise en charge avec repérage, information/conseil et orientation (étape 1), accompagnement éducatif et motivationnel (étape 2), accueil en « relais éducatif sport santé » (étape 3) et accueil en « relais animation activité physique-santé » (étape 4).
- Mettre en place des projets Activités Physiques Adaptés (APA) dans les établissements et au sein des réseaux de santé.

Opérateurs de l'action / partenaires

Le « réseau régional activité physique-santé » propose les « parcours activité physique-santé » autour du « projet personnalisé d'activité physique » et fait le lien avec l'ensemble des offres d'activités physiques et sportives de proximité.

Les établissements des champs sanitaire, médico-social et social qui bénéficieront des services des professionnels en activités physiques adaptées ; les partenaires sont notamment les UFR-STAPS et les institutions de l'administration sanitaire et sociale, de la sécurité sociale et des collectivités territoriales.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

- Les parcours mis en place s'appuient sur des expériences mises en place dans plusieurs régions (Midi-Pyrénées, Champagne-Ardenne et Franche-Comté), avec soutien de la Mission Régionale de Santé en Champagne-Ardenne (expérimentation soins de ville). Les réseaux régionaux s'appuient et s'articulent avec les réseaux locaux.
- Environ 50 % des personnes bénéficiant d'un programme d'accompagnement éducatif et motivationnel rejoignent un club sportif à l'issue de la prise en charge initiale (chiffre retrouvé dans la plupart des expérimentations existantes sur le territoire français). Les autres prolongent la pratique dans un relais éducatif, avec d'autres patients.
- Le coût engendré par le « réseau régional activité physique-santé », les « bilans activité physique-santé » et les cycles éducatifs devront être comparés à la réduction des complications liées à l'insuffisance d'activité physique.
- Les études réalisées avec l'appui de l'INPES au sein des réseaux de diabète attestent très clairement de cette adéquation entre les besoins des publics et la réponse adaptée apportée par ces nouveaux professionnels. Cette nouvelle profession intermédiaire existe depuis de nombreuses années au Québec (les kinésiologues).
- Près de 500 éducateurs médico-sportifs et professionnels en APA proposent ces activités au sein des champs sanitaire, médico-social et social sur le territoire français.
- L'efficacité va considérablement augmenter grâce aux réseaux régionaux activité physique-santé qui vont identifier les relais éducatifs et les relais animation activité physique-santé des structures associatives (clubs sportifs, centres sociaux...) qui permettront la pérennité de la pratique et l'autonomisation progressive des publics.

Indicateurs d'évaluation

- Pourcentage de patients (obésité, syndrome métabolique, diabète, pathologies cardio-vasculaires et respiratoires, cancers) bénéficiant d'un parcours activité physique santé.
- Pourcentage de patients entrés dans l'étape 2 du parcours et poursuivant leur activité physique au sein d'une association au bout de 5 ans.
- Nombre de patients porteurs de maladie chronique ou en situation de handicap ayant bénéficié d'un bilan activité physique santé.
- Nombre de professionnels de santé ayant eu une information sur ces nouveaux professionnels, leur rôle et l'articulation avec les autres professionnels des équipes de soins.

Références bibliographiques :

RETROUVER SA LIBERTÉ DE MOUVEMENT Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive. Rapport Préparatoire de la Commission Prévention, Sport et Santé présidée par le Pr Jean-François Toussaint et réunie d'avril à octobre 2008

59 **L'activité physique adaptée (APA)** correspond à une intervention professionnelle qui relève d'une formation universitaire spécifique (filières APA et Santé des UFR STAPS, niveau licence et mastère). Elle mobilise des connaissances scientifiques pluridisciplinaires pour analyser les ressources et les besoins spécifiques des populations et concevoir des dispositifs et des projets d'intervention qui utilisent des activités physiques adaptées à des fins d'éducation, de prévention, de promotion de la santé et d'intégration, en articulation avec d'autres professionnels de la santé, de l'éducation ou du développement social.

60 **Le Sport santé** correspond aux pratiques sportives proposées par les clubs et les associations sportives ayant obtenu un label « Sport-Santé » dans le cadre d'un réseau, du fait de leur engagement à accueillir, en toute sécurité, des personnes atteintes d'une maladie chronique ou rare ou les personnes en situation de handicap. Ceci suppose un projet, une formation des éducateurs sportifs et un investissement matériel.

61 **Le réseau sport-santé** facilite la coordination entre les prises en charge en APA proposées dans les organisations de santé dans le cadre de l'éducation thérapeutique ou de la Réadaptation (réseaux de santé, unités transversales d'éducation, services APA en SSR...) et les pratiques de sport-santé proposées dans les clubs et les associations. Il délivre le label sport-santé, encadre la formation des éducateurs sport-santé et accompagne les clubs et associations dans l'accueil des publics ayant des besoins spécifiques.

69 INSERM, 2008. Activité physique. Contextes et effets sur la santé. Expertise collective. Editions Inserm, 811 pages. Disponible sur : http://ist.inserm.fr/basisrapports/activite-physique/activitephysique_synthese.pdf (consulté le 28.09.2008)

Perrin C., Champely S., Chantelat P., Sandrin Berthon B., Mollet E., Tabard N., Tschudnowsky M. (2008) Activité Physique Adaptée et Education du Patient dans les Réseaux Diabète Français. Santé Publique 008 ; 3 : 213-23.

Proposition n°34 - Etablir des référentiels métiers en Activité Physique Adaptée et Sport Santé

Rédacteurs principaux : ACAPS, ADEMS, AFAPA, ANCREC, SF2S, SFP-APA

Problématique, contexte, rappel des actions menées

L'expertise collective conduite par l'INSERM, en 2008, réalisée à la demande du ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, présente une synthèse des effets sur la santé de l'activité physique et sportive en termes de bénéfices et de risques, complétée de plusieurs recommandations. Parmi ces recommandations, le groupe d'experts demande de **répertorier les professionnels non paramédicaux, spécialistes de la prise en charge en activité physique ainsi que leurs niveaux de formation et de qualification ainsi que les lieux où ils exercent.**

La même année, la commission « prévention, sport et santé » avait proposé :

- des cycles d'éducation pour la santé reposant sur des séances d'Activité Physique Adaptée (APA) et des projets « sport-santé » au sein des fédérations sportives,
- un statut pour les professionnels de l'APA
- et le soutien à la création d'emplois aidés.

La mise en œuvre de l'**activité physique adaptée (APA)** peut s'intégrer:

- **à la rééducation, à la réadaptation et à la réinsertion, au sein des services des secteurs sanitaire** (MCO, SSR, psychiatrie), médico-sociaux et sociaux, dans le cadre du plan personnalisé d'activité physique, pour un travail de prise en charge individuel et collectif et/ou d'accompagnement de la personne ;
- **à des programmes d'éducation thérapeutique du patient,**
- **à des relais éducatif et les relais animation « sport santé ».**

Les relais éducatifs et les relais animation « **sport santé** » correspondent aux pratiques sportives proposées par les clubs et les associations sportives ayant obtenu un label « Sport-Santé » dans le cadre d'un réseau, du fait de leur certification professionnelle et de leur engagement à accueillir, en toute sécurité, des personnes atteintes d'une maladie chronique ou rare ou les personnes en situation de handicap physique, mental ou social.

Les expérimentations menées depuis de nombreuses années en France, dans l'accompagnement et la prise en charge de publics âgés, en situation de handicap physique ou mental, et maintenant de personnes porteuses de pathologies chroniques au sein des services de SSR et de psychiatrie, des réseaux de santé et des fédérations sportives ont besoin d'être clarifiés et coordonnés pour que les qualifications professionnelles soient en adéquation avec les parcours de vie et de soins des personnes, avec la gradation souhaitée en fonction de l'état de santé et des capacités fonctionnelles des personnes engagées dans l'activité physique.

Objectifs

Pour pouvoir développer l'APA, il apparaît dorénavant important de

- de décrire les différents métiers ;
- de réaliser des fiches descriptives d'activités (par groupe d'activités non hiérarchisées entre elles) ;
- d'élaborer des référentiels de certification (unités capitalisables et objectifs d'intégration).

Résultats attendus :

Pour les publics : permettre au plus grand nombre des personnes sédentaires et/ou porteuses de pathologies chroniques ou en situation de handicap physique, mental ou social d'être prises en charge et accompagnées.

Pour les opérateurs de formation : mettre en place ou adapter les filières de formation permettant de répondre aux besoins.

Pour les acteurs : acquérir les compétences (dans le cadre d'un portefeuille de compétences) pour prendre en charge et accompagner les personnes qui en ont besoin.

Opérateurs de l'action / partenaires

- Universités (Unités de Formation et de Recherche en Sciences et Techniques, des Activités Physiques et Sportives, de médecine et de pharmacie...)
- Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
- Réseaux régionaux activité physique-santé et réseaux de santé, médico-sociaux et sociaux (opérateurs associés et organisateurs des prises en charge, avec les professionnels de santé ou du social)
- CREPS et fédérations sportives, (opérateurs associés)
- Observatoires permanents des emplois et qualifications, associations Profession sport et loisirs, mouvement sportif

Indicateurs d'évaluation

- Document de définition des métiers
- Document de fiches descriptives d'activités
- Document de référentiels de certification
- A terme :
 - pourcentage de postes de chefs de projet, de chargés de projet APA, d'enseignants en APA ou d'éducateurs médicosportifs occupés par des professionnels formés et qualifiés ;
 - pourcentage de postes d'éducateur ou d'animateur sport santé occupés par des professionnels formés et qualifiés en APA ;
 - nombre de personnes prises en charge dans les filières définies ici par rapport aux personnes pouvant potentiellement être prises en charge ;
 - pourcentage de formations transversales/formations mono-disciplinaire mises en place en formation continue.

7^e PARTIE – EVALUATION ET RECHERCHE

Proposition n°35 - Les bonnes pratiques pour monter une étude

Rédacteur principal : Bernard Ledésert (SFSP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

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 concomitamment.

Ainsi, depuis la mise en place du PNNS au début des années deux mille, de nombreuses enquêtes ont été menées tant au niveau national (ENNS, Inca2, Baromètre santé nutrition 2008), régional que local. À titre d'exemple, un recensement (non exhaustif) réalisé via le réseau des observatoires régionaux de la santé a permis d'identifier plus de 130 travaux réalisés entre 2001 et début 2008 au niveau régional et local.

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.

De ce fait, des actions sont nécessaires pour promouvoir des méthodologies et des outils pouvant être partagées entre les études nutritionnelles réalisées à différents niveaux géographiques et populationnels. Un travail en ce sens a été impulsé en 2008 par la DGS avec la mise à disposition en 2009 d'un guide de bonnes pratiques pour les études régionales et locales. Des actions doivent être menées pour favoriser l'utilisation de ces bonnes pratiques et permettre une harmonisation des études.

Un lien avec le travail sur l'évaluation des actions dans le domaine de la nutrition est nécessaire.

Objectifs

- Développer des bonnes pratiques dans la réalisation des études en nutrition.
- Permettre une harmonisation des méthodes et outils pour favoriser la comparaison dans le temps et dans l'espace des informations collectées.

Description des modalités de l'action

- Cible de l'action

- les décideurs au niveau national, régional et local agissant comme donneurs d'ordre pour la réalisation d'enquêtes et d'études dans le domaine de la nutrition ;
- les opérateurs réalisant les enquêtes et études dans le domaine de la nutrition.

- Résultats attendus :

- comparaison possible des résultats entre enquêtes ;
- utilisation d'outils communs pour apprécier les différents éléments abordés lors des enquêtes nutritionnelles ;
- développer la possibilité de comparaison entre différentes stratégies d'actions par le biais d'études d'évaluation utilisant des outils et des méthodologies communes.

- Opérateurs de l'action / partenaires

- Opérateur des enquêtes nationales (InVS, Afssa, Inpes) pour la mise à disposition d'outils et méthodes de recueil d'information.
- Organe de pilotage du PNNS pour la promotion des bonnes pratiques pour les études nutritionnelles.
- Société savantes pour la validation, la promotion et la diffusion des bonnes pratiques pour les études nutritionnelles.

- Réseau d'opérateurs dans le domaine des études nutritionnelles.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

À la demande de la DGS, un guide a été élaboré en 2008-2009 et mis à disposition à l'automne 2009. Ce document intitulé « Harmoniser les études en nutrition : un guide de bonnes pratiques pour les études régionales et locales » a été élaboré par la Fnors avec l'aide d'un conseil scientifique regroupant des représentants de l'InVS, de l'Afssa, de l'Inpes, de la DGS et des correspondants PNNS en région. Il est disponible dans les ARS et sur internet :

http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/guide_fnors_nutrition.pdf

ou

http://www.fnors.org/uploadedFiles/pagedaccueil/guide_fnors_nutrition.pdf

Indicateurs d'évaluation

- Nombre et proportion d'études faisant référence au guide de bonnes pratiques.
- Nombre et proportion d'études utilisant les outils et méthodes proposées.

Proposition n°36 - Evaluer un programme ou des interventions dans le champ de la nutrition

Rédacteurs principaux : Jean-François Collin (SFSP), Sophie Gendarme (SFSP), Luc Dauchet (CUESP)

Problématique, contexte

La nutrition fait partie des thématiques prioritaires en santé publique car elle est un déterminant majeur de bonne santé et de qualité de vie. Les 2 composantes de la nutrition (alimentation et activité physique) interviennent, a contrario, comme facteurs de risque de nombreuses pathologies, telles que les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, l'obésité, le diabète... Dans ce domaine, de multiples interventions sont réalisées pour favoriser une nutrition bénéfique à notre santé.

Nombreux sont les acteurs qui se sont emparés du PNNS pour décliner la stratégie nationale au niveau régional, départemental, communal, local, sur des lieux professionnels, institutionnels ou de loisirs.

Parmi ces acteurs, on peut trouver des décideurs -commanditaires et financeurs-, des professionnels de la prévention, de l'éducation, de la restauration, de l'activité physique, des associations d'usagers ou de consommateurs... Des acteurs très différents par leur origine, leur culture et surtout leurs fonctions dans la mise en œuvre de ces programmes. Mais quelle que soit leur implication, la question de l'évaluation est posée à chacun. En effet, ces programmes utilisent des ressources importantes en termes de personnels mobilisés et de financements. Il est donc légitime de les évaluer, comme le rappelle le rapport d'évaluation du PNNS²³.

Cependant, la diversité des facettes de l'évaluation conduit à utiliser le pluriel : il y a des évaluations, différentes dans l'objet et dans la méthode selon le contexte et l'ampleur du programme. Ces évaluations, partie prenante 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. Ainsi, certaines exigences des commanditaires ou initiatives des acteurs en matière d'évaluation sont incompatibles avec le contexte dans lequel se déroulent les programmes à évaluer. Parmi les questions évaluatives, on peut trouver celles-ci : Est-ce que ce que je fais sur le terrain améliore la santé ? Est-ce que ce que je finance est efficace ? Est-ce que faire autrement serait plus efficace ?

La culture de la performance²⁴ conduit à s'interroger sur la meilleure utilisation possible des ressources disponibles, ce qui est socialement et éthiquement légitime. Dans ce contexte, l'évaluation est au cœur d'enjeux importants. Elle fait l'objet de multiples guides méthodologiques^{25, 26}, qui ne permettent pas toujours de faire le lien entre le niveau d'intervention et les possibilités d'évaluation. Il n'est pas toujours aisé de définir des indicateurs pertinents pour analyser la performance, ce qui peut conduire à induire des effets pervers, contraires à la promotion de la santé.

C'est pourquoi, il est nécessaire de proposer des modalités d'évaluation adaptées au contexte des interventions ou programmes nutritionnels.

Rappel sur les évaluations

« Evaluer consiste à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes de façon à ce que les différents acteurs concernés soient en mesure de prendre position sur l'intervention et de construire un jugement qui puisse se traduire en actions. »²⁷
Les références commencent au chiffre 23

²³ Inspection Générale des Affaires Sociales – Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux. Evaluation du Programme National Nutrition Santé PNNS 2 2006-2010. Avril 2010

²⁴ Contandriopoulos AP, Champagne F, Sicotte C, Sainte-Marie G. L'évaluation de la performance au service d'un pilotage décentralisé du système de santé. Décembre 2009. 69 :21-26.

²⁵ Nock F. Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé. 2^e édition. Paris : Fédération Nationale de la Mutualité Française; 2006.119 p.

²⁶ Fontaine D, Beyragued L, Miachon C, L'évaluation en 9 étapes, fiches pratiques pour l'évaluation des actions et programmes santé-social. Lyon : ERSP; 2008.

²⁷ Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Avargues MC. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2000

L'évaluation des interventions en santé publique est une étape clé du processus, étape qui s'étend de la conception à la réalisation et au bilan de l'intervention. Elle a pour but d'établir un état des lieux en amont, d'optimiser sa mise en œuvre et d'apprécier le travail fourni au regard de ce qui était attendu. L'évaluation peut être réalisée à des moments et avec des desseins différents.

Ce qui est attendu, en matière d'évaluation de programme, peut signifier de vérifier que ce qui était prévu a bien été réalisé : **c'est une évaluation de processus**. On est proche d'une démarche qualité^{28, 29}

Ce qui est attendu, en matière d'évaluation, peut signifier de mesurer si l'évolution de comportements ou d'environnements favorables à la santé ou l'amélioration de la santé a eu lieu comme prévu : **c'est une évaluation de résultats**. On se trouve alors dans 2 situations bien différentes : veut-on simplement montrer une évolution dans le temps (évaluation dite normative en référence à la norme ou l'objectif fixé au départ) ou veut-on démontrer que c'est le programme spécifiquement mis en place qui a induit cette évolution (évaluation dite de recherche avec comparaison).

Dans le dernier cas, la méthode à mettre en œuvre est beaucoup plus lourde. Les indicateurs de résultats peuvent porter sur les comportements de santé ou sur la santé, ce qui suppose, pour la santé, un programme important et de longue durée. Un guide de catégorisation des résultats permet de situer la typologie des résultats à attendre d'une intervention³⁰. Une présentation plus détaillée et des illustrations sont données dans la fiche annexe produite par la FNES. Un guide de bonnes pratiques des études permet de sélectionner méthodes et indicateurs pertinents³¹.

On peut ajouter une dimension de l'évaluation qui est celle de **l'évaluation médico-économique**, permettant d'orienter le choix de stratégies d'intervention. De la même façon, on distingue le processus (est ce que les ressources ont été utilisées comme prévu ?) et l'évaluation de recherche (est ce que cette stratégie d'intervention est plus efficiente donc moins consommatrice de ressources humaines et financières qu'une autre ?).

Enfin, il convient de souligner une autre dimension qui est celle de l'évaluation de l'impact d'un programme. L'impact doit être compris ici comme un effet non envisagé directement par le programme (souvent évaluable après coup). Il y a, de ce fait, une double difficulté : évaluer quelque chose qui n'était pas envisagé (c'est large) et évaluer après coup, cela demande donc des ressources à distance d'un programme. On peut citer quelques exemples :

- Le programme favorise-t-il un soutien ou bien une discrimination entre des populations ayant un statut pondéral différent, voire entre des populations aux habitudes d'alimentation et d'activité physique plus ou moins respectueuses des recommandations ?
- Le programme a-t-il réduit ou augmenté les inégalités sociales de santé (adhésion différentielle aux recommandations selon les classes sociales, augmentation d'un sentiment de culpabilité pour ceux qui ne respectent pas les recommandations ou sont en surpoids...).

Il faut retenir de ces distinctions que selon l'objet et l'ampleur du programme, on ne pourra pas évaluer les mêmes éléments. Or, la confusion est encore trop souvent de mise dans les démarches et exigences évaluatives. Si certaines concernent les interventions locales, d'autres interpellent les politiques de santé. On dispose d'outils récents et importants sur le comment faire, mais pas sur le pourquoi faire et plus spécifiquement sur le niveau des questions évaluatives.

Objectif

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.

²⁸ Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Guide d'autoévaluation : Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? 2009. <http://www.inpes.sante.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale.pdf>

²⁹ Institut pour la Promotion de la Santé et pour la Prévention des Maladies. Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé Preffi 2.0. Pays-Bas. Woerden. Janvier 2003. http://www.inpes.sante.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf

³⁰ Promotion Santé Suisse guide pour la catégorisation des résultats Berne, juillet 2005 2ème version revue et corrigée Adaptée pour la France par L'INPES – janvier 2007 http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/V6%20guide_fr.pdf

³¹ Ministère de la Santé et des Sports – Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé. Harmoniser les études en nutrition : un guide de bonnes pratiques pour les études régionales et locales. Paris. Juillet 2009.

Description des modalités de l'action

- Cible de l'action

- les acteurs locaux promoteurs d'intervention dans le champ de la nutrition ;
- les commanditaires de programmes de prévention dans le champ de la nutrition (élus de collectivités territoriales, ARS, Assurance-maladie, éducation nationale...).

- Modalités de l'action

- Réalisation d'un guide d'évaluation des interventions liées à la nutrition.
- Organisation de formations pour les acteurs du champ.

Opérateurs de l'action / partenaires

- DGS, INPES, experts santé publique en évaluation.

Indicateurs d'évaluation

- A court terme (processus) : mise en œuvre des actions annoncées.
- A moyen terme (résultat) : cohérence des niveaux d'exigence en matière d'évaluation de programmes et d'interventions en nutrition.

OUTIL D'ANALYSE, DE PLANIFICATION ET D'EVALUATION EN PROMOTION DE LA SANTE DANS LE CHAMP DE L'ALIMENTATION ET DE L'ACTIVITE PHYSIQUE

L'OMS (Charte d'Ottawa, 1986) définit la promotion de la santé comme « un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de leur santé et d'améliorer celle-ci ». Les déterminants sur lesquels on peut agir en santé publique sont de plusieurs ordres : déterminants personnels, déterminants environnementaux, déterminants sociaux et les déterminants liés au système de santé.

Améliorer la qualité des projets de promotion de la santé dans le champ de la nutrition

Les effets des projets de promotion de la santé sont rarement immédiats et il est souvent difficile de rendre compte des résultats en raison du grand nombre de facteurs externes susceptibles d'influencer la santé de la population. De ce fait, il est difficile d'attribuer directement les résultats aux activités de promotion mises en œuvre. Cette difficulté a incité **Promotion Santé Suisse à concevoir un système de catégorisation des résultats**. Cet outil a été développé à partir d'un modèle qui repose sur l'hypothèse que la santé, en tant que but de prévention et de promotion, ne peut être atteinte qu'en passant par des stades intermédiaires. La promotion de la santé y est considérée comme un processus d'apprentissage de l'individu mais aussi des groupes et des organisations.

Ce modèle, met en évidence ces différents stades et **permet de rendre compte des effets des programmes** mis en œuvre sur la santé de la population et de visualiser de façon synthétique la cohérence entre les effets attendus et les activités d'un programme.

Il permet à la fois de localiser des problèmes de santé, leurs déterminants, mais aussi les résultats planifiés (par rapport à des objectifs) et les résultats effectivement atteints.

Cet outil présente aussi l'intérêt de pouvoir être utilisé à plusieurs niveaux : **au niveau d'un projet, d'un programme local, régional ou national ou même d'une structure**.

Dans le cadre du PNNS 3, les experts de la promotion de la santé peuvent former et/ou accompagner les acteurs des différents niveaux à l'utilisation de cet outil : état des lieux de la situation, définition des objectifs, et/ou présentation des résultats. Il permet également de démontrer l'impact de ces actions et donc de légitimer l'investissement financier.

Le schéma ci-dessous se lit de droite à gauche : de l'amélioration de la santé de la population qui est visée (colonne D) aux activités de promotion de la santé mises en œuvre (colonne A), en passant par la modification des déterminants de la santé (colonne C) et la modification des facteurs qui influencent les déterminants de santé (colonne B). Chaque colonne est subdivisée en catégories et sous catégories.



Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats



Auteur(e)s: Cbetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Uxsel; Ruckstuhl, Brigitte; Spöri-Fahrni, Adrian
 © Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats: www.promotionsante.ch

Colonne D : L'amélioration de la santé

Cette colonne renvoie au but final de la promotion de la santé : augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, amélioration de la qualité de vie, diminution de la morbidité et de la mortalité prématurée. A ce niveau, les résultats (qui dépendent de nombreux facteurs) ne peuvent être atteints et contrôlés que sur le long terme.

Colonne C : Modification des déterminants de la santé

Il s'agit des modifications positives établies d'un déterminant de santé reconnu (empiriquement et/ou scientifiquement) dans un contexte et/ou un groupe de population donné.

C	Exemples
Environnement physique favorable à la santé	<i>Equipements favorables à la pratique d'une activité physique régulière, amélioration de la qualité des repas dans les cantines scolaires Régulation de la publicité télévisée aux heures de grande écoute des enfants</i>
Environnement social favorable à la santé	<i>Le climat dans l'école encourage une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique</i>
Ressources personnelles et types de comportement favorables à la santé	<i>Les personnes se sentent en capacité de s'alimenter plus favorablement et d'avoir une activité physique régulière</i>

Colonne B : Modification des facteurs qui influencent les déterminants de la santé

Cette colonne correspond aux résultats directs des activités de promotion de la santé

B	Exemples
Offres en matière de promotion de la santé	<i>- Le public cible connaît mieux les différentes offres concernant la nutrition - Amélioration de l'accessibilité des publics aux offres existantes - Les intervenants relais sont plus compétents pour promouvoir la santé nutritionnelle ainsi que pour mener des actions</i>
Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions	<i>- Les décideurs et personnalités clés s'engagent publiquement en faveur de la santé nutritionnelle - Des bases écrites contraignantes permettent la mise en œuvre d'actions significatives</i>
Potentiel social et engagement favorables à la santé	<i>- Des groupes actifs de la population se mobilisent sur les questions de la santé nutritionnelle et de l'activité physique, des personnes jusqu'alors non actives dans ce champ se mobilisent. - Les publics cibles considèrent cette question comme importante et se l'approprient</i>
Compétences individuelles favorables à la santé	<i>- Les personnes connaissent les repères du PNNS et les services auxquels elles peuvent faire appel en cas de besoin. - Elles jugent comme positifs les messages qui leur sont adressés ; elles souhaitent et se sentent capables d'adopter des comportements nutritionnels favorables à leur santé.</i>

Colonne A : Activités de promotion de la santé

Ce sont les activités de promotion de la santé mises en œuvre afin d'atteindre les objectifs du projet.

A	Exemples
Développement d'offres de promotion de la santé	<i>- Développement de l'offre en modes de transports actifs - Formation des personnes chargées de la distribution de l'aide alimentaire</i>
Représentation d'intérêts, collaboration entre organisations	<i>- L'adhésion à la charte de Toronto pour l'activité physique est discutée entre décideurs issus du domaine de la santé, du transport, de l'environnement, etc.</i>
Mobilisation sociale	<i>- Les habitants sont associés à la réflexion sur le développement d'aménagements propices à l'activité physique dans leur quartier - Les élèves participent à la conception de menus équilibrés dans leur cantine</i>
Développement de compétences personnelles	<i>- Programme de promotion de la santé nutritionnelle et de l'activité physique à destination des salariés de l'entreprise</i>

Illustration

Prenons l'exemple d'une commune souhaitant promouvoir une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière chez les habitants³².

Le schéma suivant permet de visualiser les modifications obtenues au niveau des déterminants de la santé et des facteurs qui les influencent, et ainsi d'identifier la contribution de l'action menée à la réalisation de l'objectif général du programme. L'outil permet également de repérer les éventuels facteurs non pris en compte par l'action et d'envisager les actions ou partenariats à entreprendre afin de favoriser une modification positive de ces facteurs.

³² Cet exemple est inspiré du programme « Bien manger, bien bouger, c'est bon pour la santé ! » mis en œuvre par la Ville de Mouans Sartoux dans les Alpes Maritimes. Plus de précisions sur : http://www.villesactivespnns.fr/upload/Mouans_Sartoux_PNNS.pdf

Activités de promotion de la santé

- 1 repas PNNS / semaine dans les cantines
- Séances d'éducation au vélo
- Opération « un fruit pour la récré »
- Formation des personnels des centres de loisir et des enseignants aux questions de nutrition et d'activité physique
- Offre d'un suivi individuel pour les enfants repérés par la médecine scolaire
- Création et diffusion d'un livret éducatif à destination des enfants
- Organisation de réunions à destination des parents d'élèves
- Diffusion d'un document à destination des familles pour identifier les 9 repères de consommation du PNNS
- Actions sur les déplacements actifs domicile-école (pédibus et vélobus)
- Adhésion à la Charte Ville Active PNNS et participation au réseau ville active
- Modification des apéritifs proposés par la commune (fruits et les légumes, sans alcool)
- Mise en place d'une campagne de sensibilisation des employés municipaux travaillant avec les enfants (atsem, cuisiniers, animateurs)
- Organisation d'événements pour sensibiliser la population
- Mise en place de fontaines à eaux dans les bâtiments publics
- Organisation d'un nouveau marché « fruits&légumes »

Facteurs influencent les déterminants de la santé

B1 Offres en matière de promotion de la santé

- Les habitants, les professionnels, les institutions, les médias connaissent les offres proposées dans la commune en matière de promotion de la santé
- Amélioration de l'accessibilité des habitants aux offres proposées
- Les habitants utilisent l'offre disponible et en sont satisfaits
- L'offre est pérenne
- Les intervenants relais sont plus compétents pour mener des actions sur la thématique nutrition

B2 Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions

- Les élus de la ville s'engagent publiquement en faveur de l'amélioration de la santé des habitants
- Des modifications organisationnelles sont prévues pour promouvoir les déplacements actifs

B3 Potentiel social et engagement favorables à la santé

- Mobilisation des parents d'élèves, des professionnels de centre de loisirs, des enseignants, des employés municipaux...
- La commune relaie les campagnes nationales et communique sur les actions mises en œuvre localement

B4 Compétences individuelles favorables à la santé

- Les habitants connaissent les repères du PNNS et les services auxquels ils peuvent faire appel en cas de besoin
- Les habitants jugent positifs les messages qui leur sont adressés, ils souhaitent et se sentent capables d'adopter des comportements nutritionnels favorables à leur santé

Effets sur les déterminants

C1 Environnement matériel favorable à la santé

- Amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire
- Installations et produits favorables à une alimentation équilibrée et à la pratique d'une activité physique

C2 Environnement social/sociétal favorable à la santé

- Le climat dans la commune, l'école, le quartier, les lieux de loisirs...encourage une alimentation favorable et la pratique d'une activité physique
- Amélioration de l'accès des personnes défavorisées et précaires à une alimentation favorable à leur santé et à la pratique d'une activité physique

C3 Ressources personnelles et types de comportement favorables à la santé

- Les habitants sont plus conscients des enjeux d'une alimentation saine et de la pratique d'une activité physique, ils se sentent en capacité de s'alimenter plus favorablement et d'avoir une activité physique régulière.
- Leur comportement se rapproche des recommandations du PNNS

Bénéfice pour la santé de la

D

Santé

Améliorer l'équilibre nutritionnel des habitants de la commune

D

Santé

Amélioration de la santé nutritionnelle de l'ensemble de la population

Eléments bibliographiques

- Alla F. Les déterminants de la santé. In : F. Bourdillon, dir. Traité de prévention. Paris : Médecine – Sciences Flammarion ; 2009.
- Bantuelle M, Langlois G, Schoene M. La démarche communautaire en santé. In : F. Bourdillon, dir. Traité de prévention. Paris : Médecine – Sciences Flammarion ; 2009.
- Deschamps JP. La promotion de la santé In : F. Bourdillon, dir. Traité de prévention. Paris : Médecine – Sciences Flammarion ; 2009.
- Ferron C. Les comités d'éducation pour la santé. In : F. Bourdillon, dir. Traité de prévention. Paris : Médecine – Sciences Flammarion ; 2009.
- Green J, Tones K. Health Promotion – Planning and strategies, 2nd edition. Los Angeles : Sage Publications ; 2010.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés. Plan national d'éducation pour la santé ; 2001.
- Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Geneva : World Health Organization ; 1998.
- Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva : World Health Organization ; 1986.
- Déclaration de Vienne. Geneva : World Health Organization ; 1997.
- Global Advocacy Council of Physical Activity, International Society for Physical Activity and Health. La Charte de Toronto pour l'activité physique : un appel mondial à l'action ; 2010.
- Promotion Santé Suisse. Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention, 2^e version. Berne : Promotion Santé Suisse ; 2005.
- Toussaint JF. Retrouver sa liberté de mouvement. PNAPS. Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive. Paris : Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative ; 2008.
- Caillet S. Ré-activité ... sédentarité et surpoids : promouvoir l'activité physique auprès de tous les jeunes. Lyon : CRAES-CRIPS Rhône-Alpes, DRDJS Rhône-Alpes. 2007.
- Edwards P, Tsouros A. Promoting physical activity and active living in urban environments. The role of local governments. Copenhagen : OMS-bureau régional de l'Europe ; 2006.

Proposition n°37 - Carence en vitamine D (APOP)

Rédacteur principal : Dominique Bouglé (APOP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

- Introduction

La vitamine D joue un rôle primordial dans le maintien de l'homéostasie phospho-calcique, et est essentielle au développement et au maintien de la minéralisation osseuse. Elle est maintenant considérée comme étant un régulateur physiologique de la prolifération-différenciation de nombreux types cellulaires, et comme un modulateur des défenses immunitaires de l'organisme.

Son importance s'étend très au-delà de la petite enfance, à tous les âges de la population.

Bien que sa carence apparaisse comme fréquente, nous manquons en France d'études épidémiologiques d'ampleur permettant de cibler et traiter les populations à risque, en particulier l'adolescent. 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.

- Origines de la vitamine D

La vitamine D a deux origines : l'alimentation apporte environ 20% de la vitamine D, et peu d'aliments en contiennent. L'étude INCA₂ a montré que les apports de la population française sont très insuffisants et représentent environ 50% des apports nutritionnels recommandés, à tous les âges (2-2,7 µg/j pour des ANC de 5 µg/j).

La synthèse endogène est donc prépondérante ; elle se fait dans les couches profondes de l'épiderme sous l'action des rayonnements ultra-violet. L'intensité du rayonnement ultraviolet n'est atteinte qu'entre les mois de juin et d'octobre aux latitudes de 40°- 50°, comme en France, d'où une fluctuation saisonnière importante. La production de vitamine D₃ est également dépendante de la pollution atmosphérique, de la pigmentation cutanée et de l'exposition à la lumière solaire (activités en plein air, conditions météorologiques, port de vêtements couvrants, ...).

Le statut en vitamine D dépend étroitement du mode de vie, des activités d'extérieur et de la saison.

- Métabolisme de la vitamine D

La 1-25-(OH)₂D est la forme active de la vitamine D ; la forme de réserve est la 25-(OHD), dont le dosage plasmatique est le meilleur marqueur des réserves et du statut vitaminique. De nombreux tissus possèdent la capacité de synthèse de 1-25(OH)₂D, à l'état sain ou cancéreux (côlon, glande mammaire, utérus, ovaires, prostate, monocytes/macrophages, pancréas, endothélium vasculaire), où elle pourrait assurer localement un rôle autocrine/paracrine.

- Effets de la vitamine D

Le 1^{er} rôle connu de la vitamine D est d'assurer l'homéostasie phospho-calcique et la minéralisation osseuse. La carence en vitamine D retentit sur le squelette : rachitisme chez l'enfant, ostéomalacie et fractures/tassements osseux chez l'adulte.

Les autres effets biologiques de la vitamine D sont les suivants :

- Rôle immunomodulateur associant une activation des systèmes non spécifiques et spécifiques de défense immunitaire. Chez l'animal, la supplémentation en vitamine D prolonge la survie d'hétéogreffes et retarde le développement de maladies auto-immunes telles que le diabète de type I, le lupus, l'encéphalite allergique, et la glomérulonéphrite expérimentale (nutrition-fr@cerin.org).
- Effet positif sur la différenciation cellulaire et inhibition de la prolifération de certaines lignées de cellules tumorales.
- Contrôle de la sécrétion d'insuline : la 1,25-(OH)₂D peut être sécrétée par les cellules bêta-pancréatiques, ce qui suggère un contrôle autocrine de la sécrétion d'insuline ; elle a un rôle dans la régulation du flux de calcium dans les cellules bêta du pancréas.

- Obésité : la vitamine D interfère avec les facteurs de risque de l'obésité par plusieurs voies métaboliques : par son interférence avec le métabolisme et l'action de l'insuline au niveau de l'adipocyte ; la 25(OH) D favorise également la production d'énergie futile par les protéines découplantes (UCP).
- Contrôle du système rénine – angiotensine.

La plupart des effets biologiques de la vitamine D ont comme intermédiaire le calcium ou lui sont associées ; les différences d'apport en calcium et ces interactions homéostatiques et biologiques peuvent obscurcir l'interprétation d'un certain nombre d'études épidémiologiques, rendant nécessaires la réalisation d'études de supplémentation.

- Déficit, insuffisance et carence en vitamine D

Les seuils de réserve de la vitamine D sont encore incertains. Les deux difficultés principales sont :

- l'adaptation au sujet jeune des seuils définis pour les adultes ;
- l'existence potentielle de seuils différents pour les différentes actions de la vitamine. Par contre, l'interprétation de ces chiffres est sujette à discussion.

On distingue actuellement trois seuils :

1. un seuil de « carence » de 10-12 ng/mL, en dessous duquel le risque de conséquences pathologiques à court terme est significatif. Il implique un traitement de cette carence ; cette valeur est reconnue par tous : en dessous de ce seuil peuvent être observés des signes cliniques ;
2. un seuil de « statut vitaminique D insuffisant » en dessous duquel le risque de développer des conséquences à long terme est suggéré, et peut impliquer un apport préventif de vitamine D. Ce seuil est plus difficile à définir, d'où les variations de 20 à 32 ng/mL suivant les auteurs ;
3. un seuil de 20 ng/mL, dit de « déficit », qui est actuellement largement accepté, en particulier chez l'enfant et la personne âgée.

Chez l'adulte, des valeurs plus élevées (30-32 ng/mL), correspondant à un seuil dit « d'insuffisance », ont été proposées pour deux raisons : d'une part ces valeurs correspondent à celles en-dessous duquel la parathormone sérique augmente d'après la grande étude épidémiologique française Su Vi Max , étude confirmée par d'autres travaux ; d'autre part en raison d'associations entre la 25-(OH) D et des pathologies : risque osseux, risques de cancer (sein, côlon, principalement) ou de maladies auto-immunes (diabète) ou cardio-vasculaires. Mais la plupart de ces associations sont transversales et ne permettent pas d'affirmer un lien de cause à effet entre les niveaux de 25-(OH) D et la survenue de la maladie. Il est donc nécessaire de poursuivre des études épidémiologiques, en raison de la latence possible des effets d'une carence vitaminique, et des études de supplémentation, soit préventives chez des sujets à risque, soit adjuvantes à un traitement spécifique.

- Statut vitaminique de la population française

Les données concernant les réserves sont peu nombreuses et partielles ; de plus les seuils définissant la carence varient suivant les études.

Le rachitisme carentiel a quasiment disparu chez l'enfant, sauf dans des populations à risque en fonction de leur pigmentation cutanée ou de leur mode de vie, alimentaire ou vestimentaire. Mais une prévalence de 6% de carence (25(OH) D < 10 ng/mL) a toutefois été notée chez des enfants d'âge préscolaire en région rouennaise en 2005, associée à une faible minéralisation osseuse.

Les données concernant l'enfant plus âgé et l'adulte jeune sont surtout issues des enquêtes nord-américaines (NHANES) et de pays de latitude proche de la France (40-48°N) ; la prévalence de valeurs de 25(OH) D < 20 ng/mL augmente avec l'âge et la surcharge pondérale, est plus importante chez la femme et en hiver ; elle est dépendante du mode alimentaire (consommation de produits laitiers), de la vie en milieu urbain et de l'activité physique.

Chez l'enfant, la prévalence du déficit en vitamine D sous 48°N est de 43% chez l'enfant sain et de 59% chez le sujet en surcharge pondérale ; elle est plus faible en été qu'en hiver (29% et 59%) ; ces valeurs sont proches de celles provenant de pays de même latitude.

Chez l'adulte, les études nationales (SU.VI.MAX) et lyonnaise ont trouvé une insuffisance (25(OH) D < 20-30ng/mL) chez 73% des femmes de 19-50 ans et 78% des femmes de 50 ans ; cette carence ne semble pas se corriger l'été. Dans la même étude lyonnaise, 68% des hommes de 19-50 ans avaient également des chiffres de 25(OH) D < 20-30ng/mL ; cette prévalence atteint 97% chez les patientes hospitalisées pour fracture ostéoporotique (81% < 20 ng/mL) ; ces chiffres semblent augmentés chez les sujets en mauvais état général ou hospitalisés.

- Résumé des études cliniques

Elles confirment les données biologiques et expérimentales. Chez l'Homme, l'insuffisance ou la carence en vitamine D est associée à :

- une diminution de la minéralisation osseuse et, chez l'adolescent, du pic de masse osseuse ;
- l'obésité et à ses complications métaboliques, au 1^{er} rang desquelles la résistance à l'insuline et le diabète de type 2, l'hyperlipidémie. La plus grande prévalence de déficit en vitamine D chez le sujet jeune en surcharge pondérale, comparée au sujet normopondéral, doit être confirmée ;
- des complications au cours de la grossesse : le retard de croissance intra-utérin et les complications à l'accouchement ;
- l'augmentation du risque cardio-vasculaire : hypertension, accidents et insuffisance cardiaques ;
- des perturbations de l'immunité :
 - augmentation du risque et de la gravité d'infections, en particulier pulmonaires (virales, tuberculose...)
 - augmentation du risque de maladies auto-immunes (sclérose en plaques, diabète de type 1, polyarthrite rhumatoïde) ou inflammatoires (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) ;
- l'augmentation du risque de cancers ;
- l'augmentation de la mortalité précoce.

La supplémentation en vitamine D (au minimum 400 UI (10 µg)/j durant les mois d'hiver) réduit :

- le risque de fracture, si elle est associée à une supplémentation en calcium. L'effet sur la minéralisation osseuse est vraisemblablement en synergie avec l'effet sur la force musculaire et la prévention des chutes ;
- le risque de cancer, toujours en association avec la supplémentation en calcium ;
- le risque de sclérose en plaques ;
- le risque de développer un diabète de type 1 à l'âge adulte, quand elle est donnée au nourrisson ;
- le risque de diabète de type 2, en association avec le calcium ;
- le risque d'accident cardio-vasculaire ;
- la fréquence des affections respiratoires, surtout sur un terrain prédisposé (asthme, BPCO) ;
- le degré d'obésité, dans certaines études ;
- le risque de mortalité, même en tenant compte du facteur « institutionnalisation » chez les sujets âgés.

En dehors de certaines pathologies comme le diabète de type 2, la plupart de ces études sont isolées et doivent être confirmées.

Une méta-analyse récente montre l'insuffisance d'études épidémiologiques et d'intervention dans des populations pourtant critiques : le sujet jeune, la femme préménopausée et enceinte, les groupes ethniques que la peau pigmentée et/ou le mode de vie exposent à la carence.

Objectifs

- 1- Déterminer le niveau de carence dans la population française.
- 2- Etudier les relations de cause à effet entre le statut en vitamine D et :
 - a. le développement (fœtus, minéralisation osseuse) ;
 - b. les pathologies chroniques.
- 3- Favoriser la supplémentation des populations à risque.

Description des modalités de l'action

- 1- Prévalence de la carence : réaliser des études multicentriques comparant les taux plasmatiques de 25(OH) D, aux conditions d'environnement (apports alimentaires, saison, ensoleillement, activité

physique d'extérieur) et aux paramètres fonctionnels (au minimum osseux : PTH), si possible immunitaires et métaboliques.

- 2- Définition des seuils de réserves, par l'intégration des paramètres fonctionnels.
- 3- Développement, pathologies : suivre des cohortes de sujets à risque ; réaliser des études de supplémentation.
- 4- Supplémentation :
 - Actions de communication grand public et auprès des personnels de santé ;
 - Définition d'une nouvelle réglementation sur l'enrichissement des aliments.

- Cible de l'action

- Populations à risque : enfants et adolescents.
- Femmes enceintes.
- Personnes âgées.

- Résultats attendus

- Diminution des complications au cours de la grossesse.
- Amélioration de la minéralisation osseuse (adolescents, personnes âgées).
- Diminution de certains facteurs de risques.

- Opérateurs de l'action / partenaires

- Sociétés savantes : SFP, Sociétés de Nutrition, de Gériatrie, de Rhumatologie, APOP, AFPA
- Organismes de formation continue
- INPES

Indicateurs d'évaluation

- Réalisation des études
- Nombre de sujets carencés dépistés
- Nombre de sujets carencés traités

Références bibliographiques

1. Anderson JL, May HT, Horne BD, et al. Relation of vitamin D deficiency to cardiovascular risk factors, disease status, and incident events in a general healthcare population. *Am J Cardiol* 2010; 106: 963-8.
2. Bischoff-Ferrari HA, Giovannucci E, Willett WC, et al. Estimation of optimal concentrations of 25-hydroxyvitamin D for multiple health outcomes. *Am J Clin Nutr* 2006; 84: 18-28.
3. Briot K, Audran M, Cortet B, et al. Vitamine D : effets osseux et extra-osseux ; recommandations de bon usage. *Presse Méd* 2009 ; 38 : 43-54.
4. Chapuy MC, Preziosi P, Maamer M, et al. Prevalence of vitamin D deficiency in an adult normal population. *Osteopor Int* 1997; 7: 439-43.
5. Cranney C, Horsley T, O'Donnell S, et coll. Effectiveness and safety of vitamin D in relation to bone health. *Evidence Reports/Technology Assessments*, N° 158.
6. Holick MF, Chen TC. Vitamin D deficiency: a worldwide problem with health consequences. *Am J Clin Nutr* 2008; 87: 1080S-6S.
7. Leffelaar ER, Vrijkotte TG, van Eijsden M. Maternal early pregnancy vitamin D status in relation to fetal and neonatal growth: results of the multi-ethnic Amsterdam Born Children and their Development cohort. *Br J Nutr* 2010; 104: 108-17.
8. Mallet E, Gaudelus J, Reinert P, et al. Le rachitisme symptomatique de l'adolescent. *Arch Pédiatr* 2004; 11: 871-8.
9. Mallet E, Claude V, Basuyau JP, et al. Statut calcique et vitaminique D des enfants d'âge préscolaire. A propos d'une enquête pratiquée en région rouennaise. *Arch Pédiatr* 2005 ; 12: 1797-1803.
10. Melamed ML, Michos, ED, Post, W, et al. 25- hydroxyvitamin D levels and the risk of mortality in the general population. *Arch Intern Med* 2008; 168: 1629-37.
11. Peterlik M, Cross HS. Vitamin D and calcium deficits predispose for multiple chronic diseases. *Eur J Clin Invest* 2005; 35: 290-304.
12. Pittas AG, Lau J, Hu F, et al. The role of vitamin D and calcium in type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92: 2017-29.
13. Prentice A, Goldberg GR, Schoemakers I. Vitamin D across the lifecycle: physiology and biomarkers. *Am J Clin Nutr* 2008; 88: 500S-6S.
14. Walker VP, Modlin RL. The vitamin D connection to pediatric infections and immune function. *Pediatr Res* 2009; 65: 106R-113R.
15. Zemel MB, Sun X. Calcitriol and energy metabolism. *Nutr Rev* 2008; 66: S139-46.

16. Zipitis CS, Akobeng AK. Vitamin D supplementation in early childhood and risk of type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child* 2008; 93: 512-7.

Proposition n°38 - Améliorer la qualité de vie des malades atteints de cancer par une éducation nutritionnelle appropriée, associée à l'exercice physique

Rédacteurs principaux : Pierre Senesse (SFNEP), Catherine Cecchi (SFSP), Hélène Sancho-Garnier (SFSP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

Si 50% des malades porteuses de cancer du sein et sous traitement souffrent de symptômes dépressifs (Golden-Kreutz et Andersen 2004), le symptôme le plus fréquent est la fatigue. Elle touche 70 à 100% des personnes en cours de traitement. Elle affecte davantage (61% des cas), la qualité de vie des malades que la douleur et représente le frein le plus important à la récupération fonctionnelle des patients pendant les traitements (Curt 2000). Ce problème tend à se généraliser avec les progrès thérapeutiques qui améliorent le taux de survie et augmente, de ce fait à long terme, le nombre de personnes vivant avec les effets secondaires de la maladie et de ses traitements (Stasi et al. 2003).

La fatigue « cancéreuse » (FC) et son impact sur la qualité de vie se différencie de la fatigue ordinaire (sans substratum pathologique), elle est plus sévère, épuisante, persistante et non réversible par le repos (Cella 1998). En routine clinique, la FC est reconnue comme étant sous rapportée par les patients, sous diagnostiquée et sous traitée par les professionnels de santé (V Mock 2001). Les patients se persuadent que la FC est un phénomène inévitable et/ou incurable. Les professionnels de santé sont plus attentifs à la douleur et considèrent que le repos va enrayer la FC (Stone et Minton 2008). Les médecins peuvent proposer des thérapies médicamenteuses ciblées telles que l'EPO pour traiter l'anémie, l'antidépresseur pour l'asthénie. Ces traitements s'avèrent peu efficaces (Mustian et al. 2007). Des tentatives de thérapies psychosociales (sommeil, groupe de parole), éducatives (éducation thérapeutique), diététiques, et corporelles (exercice physique) semblent prometteuses dans l'atténuation de la FC (Mustian et al. 2007).

L'éducation nutritionnelle adaptée à ce type de population ne peut être dissociée de l'exercice physique. Ce point est d'autant plus important que la prise de poids moyenne après traitement est de l'ordre de 3 kg, et qu'elle concerne 40 à 50 % des patients. Un régime alimentaire associé à de l'exercice physique régulier peut réduire les comorbidités des patients atteints de cancer (Demark-Wahnefried et al. 2006) et de nouvelles études suggèrent que ces pratiques pourraient diminuer la rechute et la mortalité par cancer (Demark-Wahnefried et al. 2007; Chlebowski et al. 2006; Holmes et al. 2005). Demark-Wahnefried et al. ont montré que l'état fonctionnel général est meilleur chez les survivants qui ont un régime alimentaire basé sur une consommation importante de végétaux et une faible consommation de lipides et pratiquent de l'exercice physique.

Objectifs

Objectif général

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 en diffuser les résultats.

Objectifs opérationnels

Faire le bilan des études réalisées dans ce domaine et mettre en place les travaux complémentaires si besoin.

Améliorer les connaissances des professionnels de santé et des patients dans ces domaines.

Sensibiliser les institutions à cette démarche.

Favoriser l'accès des patients aux conseils nutritionnels et à la pratique d'une activité physique.

Description des modalités de l'action

- Cible de l'action :

Les professionnels de santé, les patients et les institutions

- Modalités :

- Revue bibliographique et publication d'un rapport faisant le point sur l'état des connaissances.
- Appel d'offre pour études complémentaires si besoin.
- Développement du conseil nutritionnel en milieu hospitalier et à domicile.
- Développement de lieux adaptés à la pratique d'exercice physique dédié à cette population.

- Résultat attendu :

Une amélioration de la qualité de vie, voire de la survie des patients atteints de cette pathologie.

- Opérateurs de l'action / partenaires :

Les chercheurs et acteurs de santé professionnels du soin dans le domaine des cancers, les patients et leur famille ainsi que les associations de patients, et finalement les institutions.

Indicateurs d'évaluation

- Intégration de la proposition dans le PNNS.
- Nombre d'études réalisées et publication du rapport.
- Nombre de sessions de formation mise en place.
- Documents ou autres outils d'information des patients.
- Nombre d'études mises en place.
- Nombre de création de lieux et personnels dédiés à ces pratiques.
- Nombre d'appels d'offre.
- Rédaction de recommandations.

Exemples d'études en cours

CRLC Val d'Aurelle : service diététique et Epidaure associé à l'Université Montpellier II.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

Bibliographie

- Campbell, Anna, Nanette Mutrie, Fiona White, Fiona McGuire, et Nora Kearney. 2005. A pilot study of a supervised group exercise programme as a rehabilitation treatment for women with breast cancer receiving adjuvant treatment. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society* 9, n° 1 (Mars): 56-63. doi:10.1016/j.ejon.2004.03.007.
- Chlebowski, Rowan T., George L. Blackburn, Cynthia A. Thomson, Daniel W. Nixon, Alice Shapiro, M. Katherine Hoy, Marc T. Goodman, et al. 2006. Dietary Fat Reduction and Breast Cancer Outcome: Interim Efficacy Results From the Women's Intervention Nutrition Study. *J. Natl. Cancer Inst.* 98, no. 24 (Décembre 20): 1767-1776. doi:10.1093/jnci/djj494.
- Courneya, K. S., R. J. Segal, J. R. Mackey, K. Gelmon, R. D. Reid, C. M. Friedenreich, A. B. Ladha, et al. 2007. Effects of Aerobic and Resistance Exercise in Breast Cancer Patients Receiving Adjuvant Chemotherapy: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology* 25, n°. 28 (9): 4396-4404. doi:10.1200/JCO.2006.08.2024.
- Cramp, F, et J Daniel. 2008. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, n°. 2: CD006145. doi:10.1002/14651858.CD006145.pub2.
- Daley, A. J., H. Crank, J. M. Saxton, N. Mutrie, R. Coleman, et A. Roalfe. 2007. Randomized Trial of Exercise Therapy in Women Treated for Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology* 25, n°. 13 (5): 1713-1721. doi:10.1200/JCO.2006.09.5083.
- Demark-Wahnefried, Wendy, Elizabeth C Clipp, Isaac M Lipkus, David Lobach, Denise Clutter Snyder, Richard Sloane, Bercedis Peterson, et al. 2007. Main outcomes of the FRESH START trial: a sequentially tailored, diet and exercise mailed print intervention among breast and prostate cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* 25, no. 19 (Juillet 1): 2709-2718. doi:10.1200/JCO.2007.10.7094.
- Demark-Wahnefried Wendy, Clipp Elizabeth C, M C. Morey, Carl Pieper, Richard Sloane, Denise Clutter Snyder, et Harvey J. Cohen. 2006. Lifestyle Intervention Development Study to Improve Physical Function in Older Adults With Cancer: Outcomes From Project LEAD. *J Clin Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* 24, no. 21 (Juillet 20): 3465-3473. doi:10.1200/JCO.2006.05.7224.
- Holmes MD, Wendy Y Chen, Diane Feskanich, Candyce H Kroenke, et Graham A Colditz. 2005. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 293, no. 20 (Mai 25): 2479-2486. doi:10.1001/jama.293.20.2479.

- Jacobsen, Paul B., Kristine A. Donovan, Susan T. Vadaparampil, et Brent J. Small. 2007. Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. *Health Psychology* 26, n° 6: 660-667. doi:10.1037/0278-6133.26.6.660.
- Kroenke, Candyce H, Wendy Y Chen, Bernard Rosner, et Michelle D Holmes. 2005. Weight, weight gain, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* 23, no. 7 (Mars 1): 1370-1378. doi:10.1200/JCO.2005.01.079.
- Mock, Victoria, Constantine Frangakis, Nancy E. Davidson, Mary E. Ropka, Mary Pickett, Barbara Poniowski, Kerry J. Stewart, et al. 2005. Exercise manages fatigue during breast cancer treatment: A randomized controlled trial. *Psycho-Oncology* 14, n° 6 (6): 464-477. doi:10.1002/pon.863.
- Mustian, K. M., G. R. Morrow, J. K. Carroll, C. D. Figueroa-Moseley, P. Jean-Pierre, et G. C. Williams. 2007. Integrative Nonpharmacologic Behavioral Interventions for the Management of Cancer-Related Fatigue. *The Oncologist* 12, n° 1 (5): 52-67. doi:10.1634/theoncologist.12-S1-52.
- Mutrie, N., A. M Campbell, F. Whyte, A. McConnachie, C. Emslie, L. Lee, N. Kearney, A. Walker, et D. Ritchie. 2007. Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 334, n° 7592 (3): 517-517. doi:10.1136/bmj.39094.648553.AE.
- Schmitz, KH, J Holtzman, KS Courneya, LC Masse, S Duval, et R Kane. 2005. Controlled physical activity trials in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *CANCER EPIDEMIOLOGY BIOMARKERS & PREVENTION* 14, n° 7 (Juillet): 1588-1595.
- Segal, R., W. Evans, D. Johnson, J. Smith, S. Colletta, J. Gayton, S. Woodard, G. Wells, et R. Reid. 2001. Structured exercise improves physical functioning in women with stages I and II breast cancer: results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology* 19, n° 3: 657.
- Stone, P, et O Minton. 2008. Cancer-related fatigue. *European Journal of Cancer* 44, n° 8 (5): 1097-1104. doi:10.1016/j.ejca.2008.02.037.

Proposition n°39 - Mise en place d'études sur la souffrance des enfants obèses et l'éventuelle culpabilité de leurs parents

Rédacteurs principaux : Patrick Tounian (SFN – SFP), Béatrice Dubern (SFN – SFP), Marlène Dreyfus (SFN- SFP)

Problématique, contexte, rappel des actions menées

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 [1], 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.

Une des hypothèses possibles pour expliquer cette discrimination serait qu'elle provienne en grande partie des nombreuses idées préconçues concernant les causes qui mènent un enfant à prendre du poids de manière excessive. L'idée qu'un enfant devient obèse en raison du renoncement éducationnel de ses parents et de la tendance à la gourmandise qui le caractérise, est traditionnellement avancée. Or, il existe maintenant des arguments scientifiques plaidant en faveur de l'idée que l'obésité de l'enfant est avant tout une maladie constitutionnelle, révélée par notre environnement obésogène [2]. Le comportement des enfants obèses, tant alimentaire que physique, pourrait donc être autant la conséquence de cette prédisposition à prendre du poids de manière excessive, que sa cause [3,4].

Les professionnels de terrain rapportent également des cas de nourrissons souffrant d'un infléchissement pondéral à la suite d'une restriction énergétique imposée par leurs parents. Dans la mesure où aucune donnée objective ne permet d'étayer ces propos, il serait intéressant d'en vérifier l'authenticité et de trouver l'origine de ces attitudes délétères. De même, le nombre d'adolescents en restriction énergétique augmenterait et l'âge auquel ils s'imposent ce comportement diminuerait. Des enquêtes rigoureuses sont nécessaires pour vérifier ces affirmations qui, si elles s'avéraient exactes, mériteraient une réflexion pour en expliquer les raisons. Certains auteurs ont effectivement suggéré que les campagnes de lutte contre l'obésité infantile pourraient favoriser l'apparition de troubles du comportement alimentaire, sans toutefois le démontrer [5]. Il serait également utile d'analyser le rôle éventuel des programmes d'éducation nutritionnelle dans les écoles, dont l'efficacité dans la prévention de l'obésité infantile est discutée [5-7].

Les professionnels de terrain signalent également que certains parents seraient accusés de « négligence » vis-à-vis de l'obésité massive de leur enfant et subiraient de ce fait des procédures judiciaires. Nous partageons cette expérience. Dans ce contexte, ils sont menacés d'être séparés de leur enfant voire déchus de leur autorité parentale avec toutes les conséquences dramatiques que cela peut avoir. Récemment, des délétions chromosomiques responsables d'obésité massive ont été mises en évidence chez des enfants ayant vécu des situations identiques, cette découverte a permis de rendre ces enfants à leur famille et de la déculpabiliser sur les mécanismes à l'origine de leur obésité massive [8]. C'est un problème majeur pour l'avenir des familles d'enfants massivement obèses qui mérite d'être étudié.

Enfin, il est largement diffusé dans la population générale que la pauvreté serait en grande partie responsable de l'obésité des enfants des familles précaires en raison de leur alimentation bon marché et de mauvaise qualité nutritionnelle. Dans ce contexte, les familles défavorisées pourraient être davantage atteintes par cette discrimination. Or, des études épidémiologiques ont montré récemment que cette relation entre pauvreté et obésité de l'enfant était bien plus complexe et que l'alimentation n'expliquait pas à elle seule cette relation [9]. Une meilleure analyse des liens entre pauvreté et obésité infantile serait probablement bénéfique pour les familles les plus précaires.

En raison de tous ces éléments, la mise en place d'études sur la souffrance des enfants obèses et sur l'éventuelle culpabilité de leurs parents pourrait être un des objectifs du PNNS, comme elle l'a déjà été pour les adultes obèses. Grâce à l'élaboration d'outils adaptés pour répondre objectivement aux questions posées, le PNNS contribuera ainsi à réduire la discrimination des familles d'enfants obèses et ses conséquences.

Objectifs

- Etudier les connaissances du grand public sur les causes de l'obésité infantile.
- Analyser objectivement l'expérience des professionnels de santé dans l'évolution de leurs relations avec les familles d'enfants obèses au cours de la dernière décennie.
- Evaluer la culpabilité des parents d'enfants obèses.
- Evaluer la souffrance des enfants et adolescents obèses.
- Comparer le vécu respectif des campagnes de prévention de l'obésité infantile sur les familles avant et sans enfants obèses.

Description des modalités de l'action

Cibles de l'action

- Population générale.
- Médecins généralistes et pédiatres.
- Autres professionnels de santé.
- Enseignants, éducateurs sportifs.

Résultats attendus

- Confirmation des expériences rapportées par les professionnels de santé concernant l'aggravation de la souffrance des enfants obèses et de la culpabilité de leurs parents
- Selon les résultats obtenus, pourraient être envisagés dans un second temps :
 - une meilleure intégration des enfants et adolescents obèses dans leur milieu scolaire ;
 - un changement du regard porté sur les enfants obèses et leur famille ;
 - une meilleure prévention des troubles du comportement alimentaire chez l'enfant et l'adolescent ;
 - une modification de la stratégie des campagnes de prévention de l'obésité infantile.

Opérateurs de l'action/partenaires

- Société Française de Pédiatrie.
- Société Française de Nutrition.
- Experts (médecins, psychologue, diététiciens) en obésité infantile.
- INPES.

Documentation

1. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, et al. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med* 1993; 329: 1008-12.
2. Wardle J, Carnell S, Haworth CMA, Plomin R. Evidence for the strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. *Am J Clin Nutr* 2008; 87:398-404.
3. Llewellyn CH, van Jaarsveld CHM, Johnson L, et al. Nature and nurture in infant appetite: analysis of the Gemini twin birth cohort. *Am J Clin Nutr* 2010; 91: 1172-9.
4. Metcalf BS, Hosking J, Jeffery AN, et al. Fatness leads to inactivity, but inactivity does not lead to fatness: a longitudinal study in children. *Arch Dis Child* 2010 doi: 10.1136/adc.2009.175927.
5. Kamath CC, Vickers KS, Ehrlich A, et al. Behavioral interventions to prevent childhood obesity: a systematic review and metaanalyses of randomized trial. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93: 4606-15.
6. Brown T, Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obes Rev* 2009; 10: 110-41.
7. Harris KC, Kuramoto LK, Schulzer M, Retallack JE. Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis. *CMAJ* 2009; 180: 719-26.
8. Bochukova EG, Huang N, Keogh J, et al. Large, rare chromosomal deletions associated with severe early-onset obesity. *Nature* 2010; 463; 666-70.
9. Wang Y, Zhang Q. Are American children and adolescents of low socioeconomic status at increased risk of obesity? Changes in the association between overweight and family income between 1971 and 2002. *Am J Clin Nutr* 2006 ; 84: 707-16.

Proposition n°40 - Mener une 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

Rédacteur principal : AFDN

Problématique, contexte, rappel des actions menées

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 diététique avec un diététicien en ville est problématique pour bon nombre de personnes. De ce fait, il existe aujourd'hui une véritable inégalité sociale d'accès aux soins diététiques. L'accès à une diététicienne en ville remboursée par l'assurance maladie n'est aujourd'hui possible qu'en cas de dérogation tarifaire réalisé dans le cadre de réseaux de santé. Le 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 pour les patients les plus gravement atteints afin de faciliter les prises en charge.

Objectifs

- Améliorer la prise en charge par l'accès aux soins diététiques de ville en proposant un remboursement de l'activité diététique dans le cadre d'un parcours de soin, d'un suivi protocolisé (par exemple pour les chirurgies de l'obésité, IMC > 40, BPCO, mucoviscidose, erreurs innées du métabolisme...) et soumis à entente préalable.

Résultats attendus

- Amélioration de la prise en charge nutritionnelle par des soins de proximité.
- Transfert de consultations actuellement réalisées à l'hôpital vers la ville en proximité (évolution du modèle de prise en charge).

Description des modalités de l'action

- Mener une 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 :
 1. Expérience pilote sur un territoire de remboursement par la sécurité sociale des consultations diététiques réalisées par un diététicien sur prescription médicale, dans le cadre de protocoles préétablis et soumis à entente préalable.
 2. Associée à un programme d'évaluation avec un groupe témoin sans prise en charge par un diététicien.
- Cette expérience sera l'occasion de :
 1. Formaliser une classification des actes de soins diététiques pratiqués par le diététicien pendant les consultations diététiques et les séances d'éducation et de rééducation diététique pour l'obésité et toutes les pathologies chroniques où la nutrition est un des déterminants majeurs.
 2. Définir une nomenclature et une codification des ces actes de soins diététiques dans le cadre de protocole de soin et de suivi prédéfinis.

Documentation du niveau de preuve, de la faisabilité, de l'efficacité, efficience

- Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. Janvier 2009. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_765529/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte
- Recommandations de bonnes pratiques du diabète de type 2 (Alfédiám, ADLF) 2003
- Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Rapport ministère de la Santé : 2003.

http://cochise-secteur2.pagesperso-orange.fr/DOSSIER_DOCS/DOC_03_10_18_RAPPORT_BERLAND2.htm

- Thomson RL, Summerbell CD, Hooper L, Higgins JP, Little PS, Talbot D, Ebrahim S. Dietary advice given by a dietitian versus other health professional or self-help resources to reduce blood cholesterol. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (3): CD001366.
- Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal MP, Camilo ME. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol* 2005; 23: 1431-8.
- Varroud-Vial M. Réseaux de soins aux diabétiques de type 2 et traitement diététique. *Inform Diét* 2003 ; 1 : 20-1.
- Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé. *Journal Officiel de la République Française* du 13 janvier 2005.
- Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec dans le cadre de la consultation des Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sur la création des Réseaux locaux de services Avril 2004

Indicateurs d'évaluation

- Evolution des données cliniques ou biologiques des patients suivis.
- Analyse des coûts de prise en charge.

Liste des contributeurs

Auteurs des fiches

Emmanuel Alix (SFNEP), Céline André (FNES), Isabelle Arnulf (SFRMS), Olivier Aromatario (FNES), Flore Aumaître (SFSP), Antoine Avignon (SFD), Aurélie Baillot (SFP - APA), Jean-Marc Barbin (SFP – APA – SF2S), Karim Belaid (SF2S), Eric Bertin (SFN), Nathalie Boisseau (ACAPS), Marion Boucher (FNES), Vincent Boucher (SFN), Dominique Bouglé (APOP), François Bourdillon (SFSP), Régis Bresson (ANCREDE), Noël Cano (SFNEP), Katia Castetbon (ADELF), Catherine Cecchi (SFSP), Cécile Chambrier (SFNEP), Yves Charpak (SFSP), Jean-François Collin (SFSP), David Communal (SFP-APA), Pascal Crenn (SFNEP), Myriam Dabbas (SFP), Patrick Daimé (ANPAA), Nicole Darmon (SFN), Luc Dauchet (CUESP) Pierre Déchelotte (SFNEP), Jacques Delarue (SFN - CEN), Matthieu de palma (SFP-APA), Jean-Claude Desport (SFNEP), Dominique Deugnier (AMISP), Marie-Pia D'Ortho (SFRMS), Marlène Dreyfus (SFN- SFP), Béatrice Dubern (SFN), Pascale Duché (AFAPA), Aymeric Dupon (SFP-APA), Thierry Fauchard (SF2S), Christine Ferron (FNES), Marie-Laure Frelut (SFP), Karine Gallopel-Morvan, Sophie Gendarme (SFSP), Olivier Goulet (Comité de nutrition de la SFP), Céline Gouley (SFNEP), Jean-Luc Grillon (SF2S), Régis Hankard (Comité de nutrition de la SFP), Delphine Jarraud (ANPAA), Myriam Jezequel (SFN), Franck Laureyns (ADEMS), Bernard Ledésert (SFSP), Damien Léger (SFRMS), Véronique Liagre-Duteil (SFN), Pierre Lombrail (SFSP), Véronique Nègre (APOP – CN-RéPPOP), Jean-Michel Oppert (EASO), Isabelle Parmentier (AFDN), Jean-Louis Pépin (SFRMS), Renée Pomarède (SFSP), Didier Quilliot (SFNEP), Alain Rigaud (ANPAA), Monique Romon (SFN), Florence Rossi-Pacini (AFDN), François Rouger (SFNEP), Sylvie Royant-Parola (SFRMS), Laureline Salaun (SFP-APA), Hélène Sancho-Garnier (SFSP), Stéphane Schneider (SFNEP), Véronique Sery (AFDN), Pierre Senesse (SFNEP), François Sztark (SFNEP), Jérôme Talbot, Maithé Tauber (APOP – CN-RéPPOP), Hélène Thibault (APOP), Gilles Thoni (SFP-APA), Patrick Tounian (SFN), Sophie Treppoz (AFPA – APOP), Dominique Turck (SFP), Paul Valensi (SFN), Alain Varray (AFAPA - SF2S), Michel Vidailhet (SFP), Anne Vuillemin (AFAPA, SF2S), Olivier Ziegler (AFERO) et le groupe d'experts sur les « Recommandations de Bonnes Pratiques Cliniques sur la Nutrition Péri-opératoire de 2010 ».

Participants au séminaire fermé des 16 et 17 septembre 2010 à Marseille

Amiot-Carlin Marie Josèphe ; Adrover Lucia ; Alatrach Julie ; André Céline ; Aumaître Flore ; Baillot Aurélie ; Baudet Bernardette ; Beauvil Marie-Line ; Belaïd Karim ; Bocquet Alain ; Boisseau Nathalie ; Bouglé Dominique ; Bourdillon François ; Cano Noël ; Caron François-Marie ; Castetbon Katia ; Cecchi Catherine ; Charpak Yves ; Chauliac Michel ; Communal David ; Coudray Brigitte ; Crenn Pascal ; Darmon Nicole ; Dauchet Luc ; De Palma Matthieu ; Dechelotte Pierre ; Delarue Jacques ; Démoulin Perrine ; Desport Jean-Claude ; Dupon Aymeric ; Frelut Marie-Laure ; Giordanella Jean-Pierre ; Grillon Jean-Luc ; Grynberg Alain ; Guerin Olivier ; Guillet-Descas Emma ; Hébuterne Xavier ; Herberg Serge ; Jarraud Delphine, Krempf Michel ; Laureyns Franck ; Ledésert Bernard ; Mansour Zeina ; Martin-Prével Yves, Moradell Mathilde ; Oppert Jean-Michel ; Parmentier Isabelle ; Pomarède Renée ; Rieu Daniel ; Rossi Florence ; San Marco Jean-Louis ; Sancho-Garnier Hélène ; Schneider Stéphane ; Senesse Pierre ; Sery Véronique ; Treppoz Sophie ; Turck Dominique ; Turcot Céline ; Viallettes Bernard ; Vuillemin Anne ; Ziegler Olivier.
