

# NUTRI-dac

## Agences régionales de santé : qu'en pense l'AFDN ?

*Instituées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), les agences régionales de santé (ARS) – dont la mise en place est en cours – sont chargées d'adapter la politique de santé publique aux problématiques régionales de médecine de ville, hôpital et médico-sociales. Isabelle Parmentier, présidente de l'AFDN\*, répond à nos questions.*

*Les ARS se substitueront aux Drass et Ddass, aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et à certains services d'assurance maladie. Quelles conséquences voyez-vous dans cette réorganisation de l'offre de soins ?*

Il s'agit d'une régionalisation de la santé avec un partage différent des pouvoirs entre le national et les régions. Organisation et moyens sont regroupés : ainsi, les ARS vont disposer de budgets qui leur permettront, au-delà de l'application d'une politique de santé, de répartir les moyens. Deuxième point important : prévention et thérapeutique sont regroupés, ce qui aura un impact sur cette répartition des moyens.

La loi HPST est une loi d'organisation avec pour objectif un bénéfice pour le patient et la volonté de créer plus de proximité, de réactivité et d'adaptation aux problématiques régionales. La création de structures de proximité, comme par exemple les maisons de santé, devrait limiter l'affluence parfois trop importante vers les hôpitaux, permettre une prise en charge plus en amont des patients et surtout un suivi au plus proche de leur domicile, et ainsi assurer leur éducation thérapeutique dans une situation dite « de tous les jours ». Cela est plutôt positif, notamment pour la nutrition, car désormais c'est toute l'organisation des soins qui se fera de façon transversale, autour du patient, entre la ville et l'hôpital, en France. Là est la différence.

*Ce regroupement aura-t-il un impact sur les diététiciens exerçant ou missionnés auprès des divers services médico-sociaux concernés ?*

La majorité des diététiciens exerce à l'hôpital, l'activité libérale représentant environ 20 %. Cela ne changera pas, mais des opportunités pour les diététiciens pourraient se présenter hors de l'hôpital, dans les maisons de santé, pour des actions de proximité. A nous de nous positionner, de montrer notre valeur ajoutée et de recréer les réseaux avec les nouveaux interlocuteurs.

*Les diététiciens pourront-ils s'impliquer davantage localement ? Seront-ils mis à contribution en dehors des missions strictement « nutrition » ?*

Promotion de la santé, prévention et éducation des populations sont au cœur des missions des ARS et j'espère que les diététiciens seront mis à contribution.

Plus d'initiatives régionales seront possibles, le ministère ne faisant qu'accompagner. Reste à espérer que les moyens suivent ! Le tout est d'être présent au moment où les projets se créent. Il faut que la profession s'organise pour pouvoir se positionner dès maintenant au niveau de chaque ARS. L'AFDN travaille dans ce sens pour aider les diététiciens. Les délégués des régions, outre leur rôle dans l'animation en région, l'information et l'accompagnement,

devront intégrer cet aspect politique. L'AFDN souhaite les voir devenir les interlocuteurs des ARS pour s'informer et suivre les projets. Avant tout, il faut être identifié comme un interlocuteur et partenaire potentiel.

*Quels conseils voulez-vous donner à vos collègues diététiciens et aux délégués régionaux de l'AFDN ?*

Les diététiciens hospitaliers doivent s'organiser en réseau en s'appuyant sur leurs collègues libéraux pour la prise en charge des patients au long cours d'une pathologie chronique. La profession ne se définit plus en trois secteurs d'activité – restauration collective, hospitalier et libéral. Il y a un seul métier, et selon le lieu d'activité, il s'agira d'éducation primaire, secondaire, thérapeutique, ou d'accompagnement, de soutien nutritionnel pour la dénutrition... que ce soit à l'hôpital ou en ville. La prise en charge en nutrition est transversale : de l'éducation nutritionnelle du sujet bien portant à sa prise en charge lorsque des pathologies s'installent.

Au-delà de l'ARS, deux autres opportunités se présentent aux diététiciens : la création du département alimentation au ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche, et la réforme des études dont la durée passe à trois ans, donnant plus de temps pour appréhender les compétences attendues sur le terrain. Avoir des professionnels mieux formés et une organisation de la santé plus transversale sont pour moi de vraies opportunités à saisir.

\* Association française des diététiciens nutritionnistes.

## TV, ordinateur, lecture et saut de repas

Selon une étude réalisée auprès de 700 jeunes adolescents belges, 11,8 % d'entre eux sautent un repas pour regarder la télévision, 10,5 % pour jouer sur leur ordinateur et 8,2 % pour lire. Les adolescents qui pratiquent régulièrement de telles activités (télévision, ordinateur, lecture) pendant les repas auront beaucoup plus de risque de sauter une prise alimentaire. Au contraire, la prise des repas en famille semble constituer un bon moyen de prévenir de tels comportements.

Custers K, et al. Public Health Nutrition 2010 ; 13(4) : 537-43.

## Poids, lait et soja

Pour un essai d'intervention, 100 femmes préménopausées, obèses ou en surpoids ont suivi pendant 8 semaines un régime hypocalorique (- 500 kcal/j) avec (1) 500 à 600 mg de calcium issu de l'alimentation - groupe contrôle -, (2) 800 mg de carbonate de calcium, (3) 3 portions quotidiennes de lait écrémé et (4) 3 portions de jus de soja enrichi en calcium. La perte pondérale est respectivement de 4,43, 3,46, 3,89 et 2,87 kg dans les cas 3, 4, 2 et 1. Le régime à base de lait écrémé permet d'obtenir la réduction pondérale la plus importante.

Faghih Sh, et al. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases 2009. doi/10.1016/j.numecd.2009.11.013.

## Vitamine K et cancer

Des effets anticarcinogènes de la vitamine K ont été mis en évidence *in vitro* et chez l'animal. L'étude prospective de la cohorte EPIC-Heidelberg (*European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition*) a analysé l'incidence du cancer chez plus de 24 000 individus (non cancéreux) de 35 à 64 ans et l'effet possible de la vitamine K. En 2008, après dix ans de suivi, 1 755 cas de cancer se sont déclarés, dont 458 ont entraîné la mort. Les apports alimentaires en phylloquinones (vit. K1) n'influent pas sur l'incidence des cancers. En revanche, les apports en ménaquinones (vit. K2) sont inversement associés - de manière non significative - à l'incidence des cancers et de manière significative à la mortalité par cancer : chez les plus gros consommateurs de vit. K2 (4<sup>e</sup> quartile), la mortalité est réduite de 28 % par rapport à ceux du 1<sup>er</sup> quartile. Cette association est davantage marquée chez les hommes, avec notamment une association inverse significative pour les cancers de la prostate et des poumons. Or, les apports alimentaires en vitamine K2 augmentent significativement avec les produits laitiers et notamment les fromages (tableau).

### Principales sources alimentaires en ménaquinones selon les quartiles de consommation (extrait)

	Q1	Q2	Q3	Q4
Alcool (g/j)	8,8	10,1	10,8	10,7
Légumes (g/j)	101,8	104,5	108,7	111,4
Fruits (g/j)	97,1	94,8	95,8	96,7
Viande (g/j)	86,8	87,6	87,1	87,8
Produits laitiers (g/j)	163,0	183,9	199,7	218,1
Fromages (g/j)	13,8	21,2	32,3	40,9

Ces résultats suggèrent un effet protecteur de la vitamine K2 sur le cancer et notamment celui de la prostate.

Nimptsch K et al. Am J Clin Nutr 2010; doi:10.3945/ajcn.2009.28691.

## Cuisine et diététicien

La « cuisine » n'est plus au programme scolaire : pour entre autres cette raison, cuisiner est un savoir-faire qui se perd et le recours aux plats préparés industriels fait recette. L'auteur de cet article s'interroge sur la place des diététiciens dans l'apprentissage des compétences culinaires de la population et donc sur les propres compétences culinaires de ces professionnels.

Historiquement, la formation des diététiciens s'est différenciée des « apprentissages domestiques », apanage de la « bonne ménagère », et s'est orientée vers un contenu scientifique autour de la composition des aliments et des besoins nutritionnels. Cependant, pour aider les patients à améliorer leurs apports alimentaires, il est souvent nécessaire de donner des conseils sur les préparations et les modes de cuisson, voire d'expliquer totalement la réalisation d'une recette. Les diététiciens doivent donc avoir des compétences d'ordre culinaire, ce qui est la position de l'Association américaine des diététiciens qui a constitué un groupe de travail dans ce domaine, et établi une liste des compétences culinaires que doit posséder un diététicien et qui doit donc être intégrée à leur formation. Dans d'autres pays comme l'Australie, dont est originaire l'auteur de l'article, on s'oriente plus vers un partenariat privilégié entre les diététiciens et d'autres professionnels avec des compétences culinaires propres afin de pouvoir ensemble dispenser des conseils culinaires

dans un but de santé publique. La cuisine doit-elle être une des compétences du diététicien, la question reste posée.

N Begley A *et al.* *Nutrition & Dietetics* 2010 ; 67 : 41-6.

## Phobie des « gros »

L'obésité ne cesse d'augmenter dans les pays développés, comme le montrent les derniers résultats (2005/2006) de l'étude NHANES aux États-Unis où, pour la première fois, le nombre des obèses dépasse celui des « simplement » en surpoids (34,3 et 32,7 % respectivement) avec en outre 5,9 % d'obésité morbide (IMC  $\geq$  40). Or, les obèses sont souvent stigmatisés non seulement par la population générale, mais aussi par les professionnels de santé qui les prennent en charge.

Pour tenter de modifier cette phobie des « gros » véhiculée par les soignants, dont les diététiciens et les étudiants en diététique, les auteurs ont soumis pendant une semaine 40 de ces étudiants à un régime hypocalorique (1 200 kcal pour les femmes et 1 500 kcal pour les hommes). Ces derniers devaient également tenir un journal sur leurs impressions/ressentis durant cette semaine. En outre, leur phobie des gros était testée avant et après la période de régime. Les résultats sont sans appel : leur perception des obèses s'est significativement améliorée après ce régime. Seulement 65 % des étudiants ont réussi à « tenir » une semaine ; ils ont pris conscience de la difficulté à suivre des préconisations diététiques même sur une courte durée et ne s'imaginent absolument pas continuer ainsi pendant six mois ! Les étudiants relatent cette expérience comme extrêmement riche et leur permettant une meilleure empathie vis-à-vis de leurs futurs patients obèses.

Cette étude montre l'importance pour les professionnels de santé de prendre conscience de leurs propres attitudes et ressentis vis-à-vis des sujets en surpoids avant d'effectuer une prise en charge.

Cotugna N *et al.* *J Community Health* 2010 ; doi 10.1007/s10900-010-9226-9.

## Dénutrition et cancer

Pour cette étude prospective épidémiologique sur la dénutrition des patients cancéreux conduite dans 17 centres français de traitement du cancer, les 1 545 patients inclus ont été interrogés sur l'évolution de leur poids les derniers six mois et revus deux mois plus tard.

Dans cette population, la prévalence de la dénutrition était de 31 % avec 18,6 et 12,2 % respectivement de dénutrition modérée et sévère et 60,4 % de patients rapportant une perte de poids au cours des six derniers mois. L'analyse des facteurs associés montre qu'une obésité préexistante (IMC  $\geq$  30 six mois auparavant) constituait un facteur de risque important de voir apparaître une dénutrition (38,8 % *versus* 28,5 % pour les non-obèses). En outre, la prévalence de la dénutrition est associée avec un mauvais état général (score WHO Performance Status  $\geq$  2) et un cancer de la tête et du cou ou des voies digestives supérieures.

Le suivi à deux mois montre une mortalité significativement plus élevée chez les patients dénutris (26,7 % *versus* 11,8 %), notamment en cas de dénutrition sévère. La dénutrition est également associée avec un temps d'hospitalisation accru (19,3 jours *versus* 13,3).

Dans cette étude, l'obésité constitue un facteur de risque de dénutrition que les auteurs expliquent par un mauvais diagnostic (méconnaissance de la dénutrition chez les obèses) ou par un retard de prise en charge nutritionnelle chez ces patients.

Pressoir M *et al.* *British J of Cancer* 2010 ; doi 10.1038/sj.bjc.6605578.

## Les « chefs » ont le cœur plus fragile

*En Allemagne, les habitudes alimentaires (recueil sur 7 jours) et l'état de santé (analyses de sang et d'urine) de chefs cuisiniers et d'employés de bureau ont été comparés. Les chefs ont un facteur de risque de maladies cardiovasculaires de plus que les employés (5 contre 4). Les indices de masse corporelle, pourcentages de masse grasse et maigre et apports énergétiques sont comparables dans les deux groupes, mais avec davantage de graisses d'origine animale (viande) et moins de fibres et de vitamine E (fruits et légumes et céréales complètes) chez les chefs, qui, en outre, fument deux fois plus et sont beaucoup plus perfectionnistes dans leur travail. La profession n'explique pas tous les choix alimentaires, mais elle mérite sans doute d'être prise en compte dans la « gestion » de la santé.*

Hartung D, *et al.* *Journal of Occupational Medicine and Toxicology.* doi:10.1186/1745-6673-5-4.

## INFOS CONGRÈS

- Symposium IFN, « Les allergies alimentaires », 21 septembre, Paris [www.ifn-asso.fr](http://www.ifn-asso.fr)
- Symposium Autrement, « La dénutrition et les conduites restrictives », 7 octobre, Dijon, [www.anorexie-et-boulimie.fr](http://www.anorexie-et-boulimie.fr)
- 20<sup>e</sup> Congrès européen sur l'obésité infantile, 17-20 novembre, Bruxelles, [www.ecog-obesity.eu](http://www.ecog-obesity.eu)

## Une nouvelle agence

Dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires, une nouvelle agence de sécurité sanitaire a été créée par une ordonnance du 5 janvier. Elle réunira les 2 agences actuelles, l'Afssa et l'Afset, pour une meilleure interface. Quatre piliers structureront l'agence, dont l'un sera consacré à l'alimentation. Elle sera opérationnelle dès la parution du décret d'application.

À propos, n°27, janvier 2010

## Point sur la restauration rapide

La CLCV, association de consommateurs, vient de publier une enquête sur la qualité nutritionnelle des produits de restauration rapide modèle américain. Des progrès ont été constatés, mais l'offre doit encore s'améliorer (1). Une étude réalisée dans 14 pays a également fait un état des lieux de la composition nutritionnelle des produits et des pratiques marketing des chaînes de restauration rapide (2). Un ouvrage très complet signé par le Dr J. Fricker et A. Aveau, diététicienne-nutritionniste, propose de guider le consommateur à travers l'offre de la restauration rapide en passant en revue tous les sandwiches, salades, soupes... pour l'aider à faire des choix pour mieux manger (3).

1. [www.clcv.org](http://www.clcv.org) « la mayonnaise a du mal à prendre »
2. [www.consumersinternational.org](http://www.consumersinternational.org) « fried and tested »
3. « Bon, sain & pas cher » éditions Odile Jacob, 2010

## Plan obésité

Suite au rapport sur l'obésité de la commission présidée par A. de Danne et remis au président N. Sarkozy, un plan sur 3 ans sera piloté par une commission interministérielle dirigée par le Pr Basdevant. Les orientations du plan seront les suivantes : améliorer la restauration collective (y compris scolaire) et la restauration solidaire, favoriser l'activité physique à l'école, organiser d'ici 2012 le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile, charger les ARS de décliner localement le plan obésité et lutter contre la discrimination.

[www.elysee.fr](http://www.elysee.fr)

## PNNS 2

Le PNNS 2 a été évalué par l'Inspection générale des affaires sociales et le Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux. Ces structures ont reconnu qu'il a été le facteur déclenchant d'actions importantes (ex. : Oqali) et que les objectifs ont été remplis de manière plutôt satisfaisante, mais il reste un programme essentiellement incitatif. Les avancées sont encore insuffisantes et sa gouvernance n'est pas à la hauteur des enjeux de santé. Le comité interministériel susceptible d'impulser et de décider n'a jamais vu le jour. Les rapporteurs recommandent la pérennité du PNNS à condition d'améliorer, entre autres, le dispositif de gouvernance et l'articulation avec les autres plans de santé publique.

[www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000214/index.shtml](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000214/index.shtml)

## SÉLECTIONNÉS POUR VOUS

### « Quand le baobab cache la forêt », ou ce que le pédopsychiatre peut voir derrière une obésité ou un surpoids chez l'enfant

Zannotti M. *Réalités Nutrition Diabétologie* 2010 ; 25 : 29-33.

Cet article s'intéresse aux dimensions psychologiques de l'obésité infantile. Pour ce faire, il aborde le contexte dans lequel celle-ci peut se développer ; la notion de regard social, la représentation que l'enfant a de son propre corps et de son fonctionnement, l'implication de la famille dans la genèse et la gestion du trouble.

### Nutrition et ménopause : prévention cardiovasculaire, osseuse et cognitive

Lecerf JM. *Réalités Nutrition Diabétologie* 2010 ; 25 : 11-7.

La ménopause est caractérisée par des modifications physiologiques et psychologiques susceptibles d'accroître le risque cardiovasculaire, le risque d'ostéoporose et le risque de déclin cognitif. Sont abordés successivement les facteurs nutritionnels et les recommandations alimentaires permettant de réduire le risque de survenue de ces pathologies.

### Syndrome de l'intestin irritable : une maladie inflammatoire ?

Piche T, Dainese R. *Cah Nutr Diet* 2010 ; 45(2) : 78-83.

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est une pathologie digestive très fréquente qui concerne environ 5 à 15 % de la population générale. La physiopathologie du SII repose sur un modèle biopsychosocial dans lequel des altérations de l'intégrité de la barrière épithéliale intestinale sont influencées par le système nerveux central.

### Suivi des recommandations du GEMRCN pour la restauration collective : quel impact sur le coût des repas dans les écoles primaires ?

Darmon N, Allegre L, Vieux F, Mandon L, Ciantar L. *Cah Nutr Diet* 2010 ; 45(2) : 84-92.

L'objectif de cette étude est d'estimer l'impact des recommandations du GEMRCN sur le coût des matières premières des repas scolaires. Les menus respectant le GEMRCN coûtent significativement moins cher que ceux d'avant 2001 (-0,10 €/repas) du fait des grammages recommandés plus faibles.

### Influence positive sur la nutrition et la fonctionnalité d'interventions combinées à visée nutritionnelle chez les résidents d'Ehpad

Moulias S. *Age Nutr* 2010 ; 21(1) : 3-5.

Cette étude randomisée contrôlée a testé une intervention associant une approche nutritionnelle, des exercices en groupe et des soins buccaux *versus* une prise en charge classique associant suppléments nutritionnels si besoin et kinésithérapie.

### Développement et validation française du questionnaire d'autorégulation des attitudes alimentaires en sport (QARCAS)

Scoffier S, D'Arripe-Longueville F. *Information Diététique* 2010 ; (1) : 40-5.

L'objectif de ce travail était de développer et valider en langue française le questionnaire d'autorégulation des comportements alimentaires en sport (QARCAS).

### Intérêts et conflits d'intérêts en nutrition

Martin A. *Cah Nutr Diet* 2010 ; 45(1) : 10-7.

Une part de plus en plus importante du financement de la recherche en nutrition repose sur des fonds privés. Depuis une dizaine d'années, les systèmes d'expertise ont intégré la gestion des intérêts et des conflits éventuels qui peuvent en découler et de nombreuses propositions ont été faites pour la recherche. Une partie des solutions passe par une meilleure connaissance du phénomène et par sa prise en compte à tous les niveaux du développement et de l'utilisation des connaissances.

Revue bimestrielle éditée par le CERIN  
(Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles).  
Rédacteur en chef : Brigitte Coudray - Coordination et rédaction : Chantal Lalau Keraly  
Rédaction : Christine Lacroix - Maquette : Marc Trenson  
ISSN 1166-1828

CERIN - 42, rue de Chateaudun - 75314 Paris Cedex 09  
Fax : 01 42 80 64 13 - E-mail : [nutrition-fr@cerin.org](mailto:nutrition-fr@cerin.org)  
[www.cerin.org](http://www.cerin.org)