

49^{èmes} JOURNÉES D'ÉTUDES DE L'AFDN GRENOBLE – 26, 27, 28 MAI 2011



Résumés *des conférences, des communications orales et affichées et des ateliers d'échanges professionnels*

(Les textes sont écrits sous la responsabilité de leurs auteurs)

Jeudi 26 mai :
Collectivités territoriales :
Quels engagements pour la
nutrition ?
Nutrition en situations
atypiques

Vendredi 27 mai :
Nutrition et troubles respiratoires
Mise au point sur les traitements de
l'obésité

Samedi 28 mai :
Actualités nutritionnelles et
professionnelles



Association Française des Diététiciens Nutritionnistes
35 allée Vivaldi - 75012 Paris
Tél. 01 40 02 03 02 - Fax 01 40 02 03 40 - afdn@afdn.org
www.afdn.org

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| PREMIÈRE PARTIE : LES CONFÉRENCES PLÉNIÈRES | 3 |
| 1. Collectivités territoriales : quels engagements pour la nutrition ? | |
| Agence Régionale de la Santé (ARS) : place de la nutrition | 4 |
| Manger local et bio : Quelles possibilités ? | 5 |
| « Moi, je préfère manger à la cantine du collège : » quelle politique alimentaire en Isère ? | 6 |
| Quel avenir pour la politique nutritionnelle dans les collèges de l'Isère ? | 7 |
| 2. Nutrition en situations atypiques | |
| La qualité et la durée du sommeil : un facteur clé pour la survenue et la réponse à la prise en charge nutritionnelle dans l'obésité ? | 8 |
| Travail posté : répercussions alimentaires | 9 |
| Particularités de la nutrition en haute altitude | 10 |
| L'alimentation spatiale de Gagarine aux premiers pas sur Mars : quelles conséquences sur la Terre ? | 11 |
| 3. Nutrition et troubles respiratoires | |
| Maladies respiratoires : impacts nutritionnels | 12 |
| Importance de la prise en charge nutritionnelle chez l'enfant et chez l'adulte atteints de mucoviscidose | 14 |
| Sevrage tabagique : l'alimentation est-elle un frein ou un levier ? | 15 |
| Prise en charge diététique de patients en réhabilitation de BPCO | 16 |
| Accompagnement en ville des insuffisants respiratoires | 17 |
| 4. Mise au point sur les traitements de l'obésité | |
| Apports des thérapies cognitives et comportementales dans la prise en charge des obésités | 18 |
| Un centre médico-chirurgical de prise en charge de l'obésité : des recommandations aux pratiques | 19 |
| Recommandations et harmonisation des pratiques diététiques autour de la chirurgie bariatrique | 20 |
| Traitements pharmacologiques de l'obésité | 21 |
| Avis de l'ANSES sur les régimes amaigrissants | 22 |
| 5. Actualités nutritionnelles et professionnelles | |
| Soin diététique réalisé par un diététicien dans un établissement de santé | 23 |
| Fiches pratiques de démarche de soin diététique : guide de bonnes pratiques | 24 |
| Pratiques professionnelles : la spirale d'acquisition des compétences | 25 |
| La réglementation de l'étiquetage des produits alimentaires | 26 |
| | |
| DEUXIÈME PARTIE : LES COMMUNICATIONS ORALES, LES COMMUNICATIONS AFFICHÉES, LES ATELIERS D'ÉCHANGES PROFESSIONNELS PRÉSENTÉS PAR DES DIÉTÉTICIENS | 27 |
| L'obésité : une prise en charge pluridisciplinaire au Centre Médical Rocheplane | 28 |
| Quand, comment le diététicien devient-il acteur de santé publique ? | 29 |
| L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) : un outil simple et efficace en consultation diététique | 30 |
| Une approche diététique élargie pour aider le patient à retrouver un comportement serein face à son alimentation | 31 |
| Rôle des diététiciennes dans une structure éducative de proximité pour diabétique de type 2 | 32 |
| Nutrition du sportif des efforts de longue durée | 33 |
| Ensemble, faisons évoluer les actions du diététicien en restauration collective | 34 |
| Être acteur en santé publique pour un diététicien | 35 |
| Le territoire de santé : nouvel enjeu pour l'éducation thérapeutique du patient | 36 |
| Adhérer au soin nutritionnel : les bons ingrédients pédagogiques en formation aide-soignante | 37 |
| Les « bouillies » du petit déjeuner, quand l'étude du goût et du coût amène à la variété | 38 |
| Défions les Grabeurks ! | 39 |
| Les compétences européennes et leur développement | 40 |
| Les lipides laitiers en alimentation infantiles : étude de l'absorption des lipides et de la tolérance digestive d'une nouvelle formule 1 ^{er} âge pendant un mois chez les nourrissons sains de 3 mois. | 41 |
| Evaluation des pratiques professionnelles régionales : démarche de soin diététique dans la prise en charge de la dénutrition | 42 |
| Caractérisation nutritionnelle des régimes amaigrissants les plus populaires en France | 43 |
| Place du diététicien en réseau obésité pédiatrique | 44 |
| Programme multidisciplinaire de lutte contre l'obésité en quartiers précaires | 45 |
| Impact d'une formation nutritionnelle au niveau des pôles et de la mise en place du diététicien mobiles sur l'amélioration du diagnostic nutritionnel des patients hospitalisés | 46 |
| Dénutris, non dénutris : même plateau ? | 47 |

PREMIÈRE PARTIE : LES CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

I – Collectivités territoriales : quels engagements pour la nutrition ?

II – Nutrition en situations atypiques

III – Nutrition et troubles respiratoires

IV – Mise au point sur les traitements de l'obésité

V – Actualités professionnelles et associatives

Agence Régionale de la Santé (ARS) : place de la nutrition

Jean-Louis Cotart

*ARS Rhône Alpes, Direction déléguée à la protection et promotion de la santé
jean-louis.cotart@ars.sante.fr*

Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont été créées par la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) de juillet 2009. L'enjeu de cette loi est la modernisation globale du système de santé. La loi HPST comprend quatre grands chapitres : modernisation des établissements de santé, améliorer l'accès et la qualité des soins de ville, prévention et santé publique, organisation territoriale du système de santé dont la création des ARS.

L'objectif de la création des ARS est d'apporter un pilotage unifié au niveau régional pour la déclinaison et la mise en œuvre régionale de la politique nationale de santé.

Les ARS agissent dans 3 champs d'intervention : la prévention, l'offre de soins hospitalière et ambulatoire, et l'accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie.

Les ARS forment des établissements publics de l'Etat dotés de l'autonomie administrative et financière, dont les directeurs sont nommés en conseil des ministres. Elles ont une représentation dans chaque département : directions territoriales départementales (DTD).

Les ARS travaillent avec l'ensemble des parties prenantes : le préfet de région, le préfet de zone et les préfets de département, les élus, les professionnels de santé, les représentants des usagers et du secteur associatif. Le dispositif de gouvernance garantit la concertation avec les acteurs locaux au travers de diverses instances : la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, les deux commissions de coordination des politiques, et les conférences de territoire.

Les ARS définissent des territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours.

Les projets régionaux de santé (PRS) planifient et programment la politique régionale de santé des ARS pour une durée de 5 ans. Ils se déclinent au travers de schémas dans 3 domaines : prévention, organisation des soins et organisation médico-sociale. Ces schémas comprennent eux-mêmes des programmes. Cinq domaines stratégiques ont été définis pour les PRS : handicap et vieillissement, risques sanitaires, périnatalité et petite enfance, maladies chroniques, et santé mentale. La nutrition trouve sa place surtout dans le domaine des maladies chroniques en tant que facteur déclenchant et aggravant, ou en tant que facteur bénéfique et protecteur.

La nutrition est un élément déterminant dans les schémas régionaux de prévention et dans les schémas régionaux d'organisation des soins. Les objectifs des ARS dans le domaine de la nutrition s'inscrivent pleinement dans le cadre de la réduction des inégalités sociales de santé.

La politique de santé des ARS en matière de nutrition décline en région les programmes nationaux en vigueur : le plan national nutrition santé (PNNS), le plan Obésité et le plan national de l'alimentation (PNA).

- Loi HPST :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244

- ARS : www.ars.sante.fr

- PNNS : www.mangerbouger.fr

- PNA : <http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/PNA-09022011.pdf>

Manger local et bio : Quelles possibilités ?

Elisabeth Manzon,

DRAAF Rhône-Alpes, Service Régional de l'Alimentation (SRAL)

elisabeth.manzon@agriculture.gouv.fr

Claire Venot,

CORABIO, Coordination Rhône-Alpes de l'Agriculture Biologique

claire.venot@corabio.org

Depuis plusieurs années, et avec l'encouragement des politiques publiques suite au Grenelle de l'environnement, les produits bio prennent leur place en restauration collective. Pourquoi ?

Introduire des produits bio, c'est avant tout se tourner vers une démarche globale de développement durable et recréer du lien entre alimentation et environnement. En effet, opter pour des produits AB, c'est choisir le seul signe officiel de qualité qui garantit la qualité environnementale des aliments. Les produits bio sont issus d'une agriculture qui n'utilise ni pesticides, ni engrais chimiques, qui interdit l'usage des OGM et prend en compte le bien-être animal. De même, les additifs de synthèse sont interdits pour la transformation des produits bio.

Ensuite, favoriser un approvisionnement local pour les produits bio est une action forte en faveur du développement de l'économie locale et permet de redonner du sens à une alimentation en lien avec le territoire (produits de saison, proximité des producteurs, etc.).

Enfin, sans résidus de produits chimiques, les produits bio sont emblématiques d'une alimentation de qualité.

Cependant, l'introduction de produits biologiques en restauration collective reste un véritable challenge pour les équipes responsables de la restauration, tant les modalités classiques de fonctionnement sont modifiées, depuis la conception des menus jusqu'à la communication vers les convives.

Dans ce contexte, l'Etat favorise l'introduction de produits bio et locaux dans la restauration collective, par la déclinaison du Programme National pour l'Alimentation (PNA) et la mise en œuvre du Plan Administration Exemple. Ainsi, des restaurants administratifs de la région Rhône-Alpes sont accompagnés pour introduire et développer l'approvisionnement en produits bio ; la capitalisation de ces expériences doit permettre de publier des fiches pratiques pour aider d'autres gestionnaires dans ce parcours, sur des aspects très divers : faut-il tester les produits ? Comment trouver des fournisseurs ? Le surcoût est-il inévitable et comment le gérer ? Faut-il des recettes particulières pour cuisiner des produits bio, etc. D'ores et déjà, la DRAAF a publié un guide pratique intitulé « favoriser une restauration collective de qualité et de proximité » accessible gratuitement sur son site internet <http://www.draaf.rhone-alpes.agriculture.gouv.fr>. En 2011-2012, l'accompagnement de restaurants d'entreprise en gestion concédée devra permettre d'ouvrir les perspectives de développement de l'emploi de produits bio locaux en Rhône-Alpes.

Face à ces défis, le rôle des diététiciens est primordial pour intégrer au mieux les produits bio locaux dans les menus : favoriser les produits de saison, veiller au respect des grammages et des équilibres, cuisiner à partir de produits bruts, établir des plans alimentaires souples s'adaptant à la disponibilité des produits bio, proposer des adaptations pour gérer les surcoûts... Et les clés du changement nécessiteront une approche concertée entre tous les acteurs, élu, juriste, acheteur, diététicien, cuisinier, personnel de service, etc.

Télécharger le Programme National pour l'Alimentation :

http://www.draaf.rhone-alpes.agriculture.gouv.fr/article.php3?id_article=1106

« Moi, je préfère manger à la cantine du collège : » quelle politique alimentaire en Isère ?

Jean-Baptiste Ogier

*Chef du service Restauration Scolaire, Direction de l'Education et de la Jeunesse
Conseil Général de l'Isère
jb.ogier@cg38.fr*

Introduction

Le contexte isérois, 95 collèges/35000 repas jours.

La décentralisation

La volonté d'assumer pleinement la nouvelle compétence départementale

L'audit des demi-pensions

L'élaboration et l'application de la politique départementale en matière de restauration scolaire : le schéma de la restauration scolaire.

L'amélioration de la qualité nutritionnelle des repas : un projet à part entière

1°/ objectif : respecter les préconisations nutritionnelles

2°/ moyens :

- le recours à l'expertise (diététiciens)
- l'application du choix orienté

3°/ missions confiées aux diététiciens

- élaboration d'un plan alimentaire
- formation des agents
- validation des menus
- suivi sur site
- animation
- réunion/animation de la commission restauration du collège
- évaluation de la satisfaction des convives

Evaluation de trois années de partenariat réussi entre Conseil général et diététiciens

1°/ un suivi attentif des missions, un partenariat de confiance

- suivi du marché de prestations nutritionnelles
- diététiciens, force de proposition

2°/ conditions de mise en œuvre dans les collèges

- un accueil dubitatif
- une adhésion rapide

3°/ les résultats obtenus

- atteinte des objectifs initiaux
- adaptation des missions à de nouveaux objectifs (dispositif « manger et dépenser autrement »)

Conclusion

Quel avenir pour la politique nutritionnelle dans les collèges de l'Isère ?

Danièle Colin

*Diététicien-nutritionniste, Brindas
dcolin.diet@free.fr*

En septembre 2008, à l'initiative innovante du Conseil Général de l'Isère, un marché de prestations nutritionnelles a été adjugé pour les 96 collèges du département. Plusieurs diététiciens indépendants, au nombre de 7 répartis sur la région, assurent depuis bientôt 3 ans au sein des établissements du territoire les différentes missions qui leur ont été confiées.

La présentation des **politiques nutritionnelles nationales**, lors des réunions territoriales, a permis d'initier la démarche départementale et d'engager l'implication des principaux acteurs de terrain (chefs d'établissement, gestionnaires et chefs de cuisine) dans ce projet ambitieux.

Une demi-journée de formation « théorique » à l'application des recommandations du GEMRCN et du plan alimentaire défini a complété cette première rencontre. Mais **l'adhésion**, la **compréhension**, et **l'application** de plus en plus complète à ces recommandations est surtout venue au fil des mois par une forte implication des diététiciens **sur le terrain** (8 fois par année scolaire et par établissement).

Depuis, chaque rencontre est l'occasion également de faire mieux connaître le métier de diététicien, de corriger certains clichés, de gagner la confiance, et de démontrer, comme le définit le PNA, que plaisir et nutrition sont tout à fait compatibles et essentiels en regard de la vie sociale.

L'évolution des politiques d'achat, et notamment la volonté affichée du département pour l'introduction des produits locaux et/ou Bio, a pu être facilitée par le diététicien qui a dû s'impliquer dans les aspects économiques (gestion, production, service). Evidente et effective dans certains établissements, cette implication a parfois été nécessaire afin de se rapprocher de l'objectif souhaité. Malgré les contraintes imposées par les marchés publics et des difficultés organisationnelles (absentéisme par exemple), il a été possible, au bout de deux ans, de faire évoluer les mentalités et les réticences. Globalement les politiques d'achat ont pu évoluer.

Et nos collégiens ... ?

Depuis janvier 2009, les menus proposés en choix orienté (pour les périphériques) sont conformes aux recommandations du GEMRCN : l'élaboration des menus à partir du plan alimentaire est de mieux en mieux maîtrisée. Les restaurants de petite taille proposent souvent un choix assez limité, ce qui ne semble pas déranger les élèves en regard de l'analyse des enquêtes de satisfaction réalisées. Offre conforme ne sous-entend pas « consommée », surtout en ce qui concerne les légumes, car c'est bien là que le bât blesse !

Découverte de la restauration collective pour certains, crise d'adolescence, prestation non adaptée aux attentes des collégiens, etc., une réalité s'affiche à nos yeux face au gaspillage : il faut nécessairement développer de nouvelles stratégies !

Pour cette 3^{ème} année, l'implication de plus en plus importante des partenaires internes aux établissements (équipe de restauration et d'intendance, enseignants, infirmières, CPE, etc.), l'appui occasionnel de producteurs locaux s'étant investis pour les animations, ont permis d'élargir le champ éducatif autour de l'alimentation. L'animation des commissions restauration sont l'occasion pour les diététiciens de fédérer, d'initier des projets et de contribuer à l'amélioration de la qualité des repas proposés et surtout d'arriver à ce que la pause méridienne remplisse ses 3 fonctions : nourricière, nutritionnelle et hédonique.

Ce projet départemental innovant démontre bien à quel point le diététicien peut (et doit) avoir une place prépondérante dans la restauration des convives dans un cadre éducatif.

Travail posté : répercussions alimentaires

Nathalie Massit

*Diététicienne-nutritionniste, Seyssinet-Pariset
nathalie.massit@wanadoo.fr*

Roselyne Querrien

*Infirmière formatrice - Formaqualsanté, Charvieu
roselyne.querrien@yahoo.fr*

Travailler en horaires décalés a-t-il vraiment des répercussions sur le mode de vie du patient et a fortiori sur son alimentation et sa santé ? La question mérite d'être soulevée dans la mesure où environ 20% de la population est concernée.

Les horaires dits atypiques sont considérés comme des « aménagements du temps de travail situés en dehors du cadre de la semaine standard, y compris les horaires étalés entre 7 heures et 21 heures ». Cela correspond donc au travail dit posté, au travail de nuit ou le week end. Selon les lieux d'exercice (entreprises, collectivités, secteur hospitalier...), des équipes successives se relaient pour assurer une production et/ou un service soit en continu (24/24h), soit en semi-continu (arrêt hebdomadaire).

Travailler en usine en 3X8, travailler de nuit uniquement, exercer en milieu soignant, conduire des trains, bus, métros, être routier... ne sont que quelques exemples permettant de constater la diversité des situations et au-delà de cette diversité, la complexité de prise en charge de ces patients ayant un rythme de vie « particulier ».

Quels sont les principaux risques ou conséquences de ces rythmes de vie atypiques ?

- Perturbation des rythmes biologiques
- Troubles de la vigilance et du sommeil par des rythmes circadiens et une horloge biologique « dérégulée » notamment dans le travail de nuit.
- Instabilité pondérale, Prise de poids (prévalence plus élevée pour le surpoids)
- Troubles cardiovasculaires dus à une mauvaise alimentation, augmentation de la consommation de café (allongement du temps d'endormissement, diminution de la qualité du sommeil entre autre...)
- Troubles gastro intestinaux,
- Fatigue, tabagisme, stress, etc.

D'un point de vue purement nutritionnel, l'apport énergétique de ces patients n'est pas forcément augmenté mais réparti différemment notamment en prises extraprandiales sous forme de casse-croûte ou grignotages (environ 20% de l'AET*), qui, ne nous le cachons pas, permettent de rester éveillé.

Toutefois, le côté qualitatif de l'alimentation, sa répartition ainsi que l'organisation des repas semblent être plus problématiques.

Cependant, aucune généralité ne peut être démontrée, on pourra donc considérer ces modes de travail comme des situations à risque nutritionnel et non une fatalité.

La médecine du travail peut être le 1er interlocuteur afin de dépister des troubles de la qualité de vie du patient ainsi que des troubles nutritionnels. La prise en charge diététique individuelle venant soit corriger des troubles ou, encore mieux, en prévention des risques !

*Apport énergétique total

Particularités de la nutrition en haute altitude

Pr. A-Xavier Bigard,

Professeur agrégé du Val-de-Grâce,

Institut de recherche biomédicale des armées, Brétigny/Orge – Grenoble

L'altitude constitue un environnement contraignant peu favorable aux performances humaines. Or, il s'avère que dans la très grande majorité des cas, l'homme exposé à la haute altitude (définie comme étant un environnement physique égal ou supérieur à 3500m) est actif, le plus souvent dans une situation d'exercice intense. Cet environnement est caractérisé par des modifications de pression atmosphérique, de température, de caractéristiques de l'air (pourcentage de saturation en eau), de rayonnements, etc.

Dans le cadre de cette présentation, nous prendrons essentiellement en compte les effets de l'hypoxie hypobare d'altitude (baisse de la pression partielle en oxygène) sur le comportement et les besoins nutritionnels de l'homme actif.

Le travail ou la réalisation de performances physiques en altitude, expose à trois principaux risques :

- **l'amaigrissement.** La très grande majorité des personnes exposées en haute altitude maigrit. Cet amaigrissement est lié à une anorexie, et se traduit par une perte conjointe de masse maigre et de masse grasse, la perte de masse maigre prenant plus d'importance avec la montée en altitude. Les conséquences de l'amyotrophie sur les performances physiques sont importantes ce qui parfois majore le risque d'accident en très haute montagne. Malgré l'augmentation des besoins énergétiques, l'hypoxie induit une réduction des apports, ce qui majore le déficit de la balance énergétique. Ces effets propres de l'hypoxie sont souvent aggravés par les conditions de terrain pas toujours propices à la confection de repas agréables, soit par manque de disponibilité d'aliments palatables, soit à cause de conditions matérielles difficiles. L'environnement hypoxique est aussi susceptible d'altérer les goûts spécifiques et d'induire des sensations d'aversion. *Comment prévenir l'amaigrissement ?* Il s'agit là de favoriser la prise alimentaire, en préconisant des aliments agréables à consommer, et en multipliant les prises alimentaires (lunch, collations, etc.). Les repas abondants sont à éviter, car souvent mal tolérés. Il s'agit aussi, en haute montagne, de privilégier les repas chauds accompagnés de sauces ou d'additifs palatables. Il est fondamental de rompre la presque incontournable monotonie des repas organisés en haute altitude.

- **la réduction des apports en glucides (CHO).** La conséquence première de l'anorexie d'altitude, c'est la réduction des apports en CHO, la baisse des réserves en glycogène et à terme, l'altération des performances physiques, cognitives et mentales. *Comment maintenir l'apport en CHO ?* Il est recommandé d'apporter un minimum de 400g de CHO par jour. L'apport sera aussi envisagé par les boissons sucrées de l'effort. A l'inverse, les aliments et plats riches en graisses et lipides seront à éviter.

- **la déshydratation.** Les pertes hydriques sont majorées par l'exposition à l'altitude, essentiellement à cause de l'augmentation des pertes ventilatoires, urinaires (effet diurétique de l'hypoxie et du froid), des pertes par vomissement ou troubles digestifs. Le risque de déshydratation est majoré par l'altération de la sensation de soif et la faible disponibilité de l'eau dans l'environnement froid de la haute altitude. *Comment prévenir les états de déshydratation ?* Prendre garde à ne proposer que de l'eau potable, filtrée et traitée par des antiseptiques. Des additifs aromatisés doivent être utilisés afin de favoriser la prise spontanée de boissons. L'application de règles strictes d'hydratation doit être suivie avec précaution.

Enfin, la question de la disponibilité en vitamines et oligoéléments à fonction antioxydante est souvent posée chez des groupes de sportifs se rendant en haute altitude. S'il est probable que les besoins en composés antioxydants sont augmentés chez des sujets travaillant en haute altitude, il n'est pas certain qu'il faille supplémenter l'ensemble des sujets. C'est là une question qui reste totalement ouverte, et non encore résolue.

L'alimentation spatiale de Gagarine aux premiers pas sur Mars : quelles conséquences sur la Terre ?

Serge Pieters

*Diététicien-Enseignant à l'Institut Paul Lambin (Bruxelles)
et Consultant en Nutrition et Diététique pour l'ESA – Projet MELiSSA
serge.pieters@ipl.be*

– Planète Mars, année 2035 – Les premiers astronautes viennent de fouler le sol. Après un voyage épuisant de plus de 6 mois, ils éprouvent à nouveau le plaisir de marcher. Néanmoins, ils arrivent dénutris, leurs muscles ont en partie fondu et les os sont fragiles, ... mais ils sont heureux et fiers de pouvoir participer à la première mission extra-planétaire.

Les conditions de vie sur Mars sont difficiles, c'est pour cela que toutes les agences spatiales étudient depuis les années 80 le scénario d'une telle mission. Un voyage d'une telle ampleur se doit d'être parfait, une erreur et c'est la vie des astronautes qui est en jeu. L'Agence Spatiale Européenne (ESA) n'est pas en reste avec le projet MELiSSA (Micro-Ecological Life Support System Alternative). Elle étudie la possibilité de produire, en système clos, de l'oxygène, de l'eau et des nutriments. En effet, chaque astronaute consomme par jour l'équivalent de 5 kg sous forme d'oxygène, d'eau et de nourriture. Il est impossible d'imaginer emporter un tel poids depuis la terre. Dans ce but, l'ESA s'est inspiré de la nature et plus spécialement du travail de certaines bactéries, pour tout recycler.

Projet utopiste ? Non, en juin 2009, l'ESA a inauguré, à Barcelone, un « Pilot Plant » qui fonctionne. L'ESA envisage également de faire pousser sur Mars 10 plantes en culture hydroponique (blé, soja, pommes de terre, tomates,... et spiruline). L'objectif est de fournir plus de 40% des besoins alimentaires par ces aliments.

Mais avant qu'ils ne puissent savourer du pain martien servi avec des gnocchi à la spiruline, ... de nombreuses recherches doivent encore être menées.

Effectivement, tout au long de son évolution, l'homme s'est développé sous la contrainte de la gravité terrestre. L'atmosphère de la terre a contribué à protéger son milieu de vie des effets délétères des rayons cosmiques. En voulant explorer les planètes proches ou encore travailler dans la haute atmosphère, l'homme s'expose brutalement à une quasi-absence de gravité. Évoluer en microgravité crée un phénomène fabuleux qui permet à tout corps de « flotter ». Mais ces facteurs peuvent avoir des effets néfastes sur l'organisme humain. L'homme doit dès lors découvrir, s'habituer et s'adapter à ce nouvel environnement.

Dans ce projet, l'alimentation joue un rôle primordial comme élément de contre-mesure dans la dénutrition, la fonte musculaire, la décalcification osseuse, etc. Mais également indispensable pour la note de plaisir et de convivialité de l'équipage. Ainsi, après avoir défini les recommandations nutritionnels des astronautes et les critères spécifiques pour l'établissement des menus, il reste encore à élaborer des recettes saines et savoureuses.

Les retombées terrestres du programme spatial sont nombreuses. Celles qui nous intéressent sont la recherche médicale, l'usage de l'alimentation comme contre-mesure efficace dans certaines pathologies de la personne âgée, mais encore un système de production d'air, d'eau et de nourriture performant et applicable partout sur la Terre.

Maladies respiratoires : impacts nutritionnels

Christophe Pison^{1,2}, Eric Fontaine^{1,3}

1-Inserm1055, Bioénergétique Fondamentale et Appliquée ; Université Joseph Fourier

BP 53, 38041 Grenoble Cedex

2-Clinique de Pneumologie, Hôpital Albert Michalon, BP 217, 38043 Grenoble Cedex

3-Clinique de Nutrition Artificielle, Hôpital Albert Michalon

Résumé des recommandations de la SPLF 2009

Une évaluation nutritionnelle est nécessaire au cours de la réhabilitation respiratoire des BPCO car elle participe à la définition du pronostic fonctionnel et vital, G1+. L'évaluation nutritionnelle du BPCO comporte une histoire du poids sur les 6 derniers mois et un calcul de l'index de masse corporelle (IMC), G1+. Un IMC < 21 engage le pronostic vital, G1+. Une impédancemétrie est utile pour dépister une baisse de la masse maigre chez les patients dont l'IMC est compris entre 21 et 26, G1+. Il ne faut pas chercher à faire maigrir les BPCO, G1-. Le réentraînement par l'exercice implique de façon systématique l'augmentation des apports nutritionnels, en particulier en cas de dénutrition, c'est-à-dire en cas d'IMC < 21, de perte de poids de 10% dans les 6 derniers mois ou d'indice de masse non grasse < 25^{ème} percentile, G1+. Une supplémentation orale couplée au réentraînement à l'effort est recommandée car elle est capable d'augmenter le poids et la masse maigre chez les BPCO dénutris (G1+).

L'alimentation peut intervenir comme un facteur de risque ou protecteur de la BPCO. Ainsi, la typologie alimentaire apparaît de plus en plus comme un facteur de risque lorsqu'elle est de type occidentale « fast-food » ou protectrice de BPCO lorsqu'elle est de type méditerranéenne.

La BPCO est une maladie générale qui s'intègre dans un « syndrome chronique systémique inflammatoire » caractérisé par la présence d'au moins 3 de ces 6 critères : âge > 40 ans, tabagisme avec symptômes respiratoires et fonction respiratoire compatible avec une BPCO, insuffisance cardiaque chronique, résistance à l'insuline et augmentation de la CRP plasmatique.

En cas de dénutrition, définie par un index de masse corporelle (IMC) < 21 le pronostic vital est engagé comme dans la plupart des maladies chroniques d'organe où il est maintenant établi, qu'à l'inverse, la surcharge pondérale voire l'obésité sont protectrices dans le contexte de ce que qu'on appelle l'épidémiologie « reverse ». Les mécanismes qui sous-tendent le rôle protecteur de cette surcharge pondérale sont mal connus et font l'objet d'une recherche très active. A l'inverse, les mécanismes de la dénutrition au cours de la BPCO associent à des degrés divers anorexie et/ou augmentation de la dépense énergétique eux-mêmes secondaires à un désavantage mécanique, l'inflammation, le stress oxydant, et l'hypoxémie. La dénutrition a un retentissement majeur en termes de morbi-mortalité pour des degrés de déficiences respiratoires comparables. Aux côtés de patients dénutris, de plus en plus de patients présentent une surcharge pondérale associée à une insulino-résistance et à ses propres complications. Néanmoins, du fait de la gravité de la dénutrition, il est acquis qu'un poids élevé a un rôle protecteur en termes de survie chez le patient avec BPCO.

La dénutrition au cours de la BPCO doit être systématiquement recherchée lors de la réhabilitation respiratoire. Il y a dénutrition en cas de perte de poids de 10% sur les 6 derniers mois, 5% sur le dernier mois, quand l'IMC est < 21, ou quand la masse non grasse mesurée par impédancemétrie est < 25% percentile ou < 17 pour l'index de masse non grasse chez l'homme et 15 chez la femme.

La prise en charge nutritionnelle des patients dénutris avec BPCO ne peut s'envisager que dans des soins intégrés dans le cadre de la réhabilitation respiratoire conformément aux recommandations ATS/ERS de 2006 et de la SPLF de 2010. L'intervention nutritionnelle isolée n'a pas fait ses preuves alors qu'intégrée dans un programme de réhabilitation respiratoire elle permet d'obtenir des effets cliniquement significatifs en termes de morbi-mortalité en cas de reprise d'au moins 2 kilos. Les besoins nutritionnels peuvent être évalués à 1,3 la DER. L'oxydation des hydrates de carbone est favorisée d'autant plus que la maladie est hypoxémiante. La prise en charge de la dénutrition des patients avec BPCO s'intègre dans une réhabilitation respiratoire dont les points clés sont, l'exercice

physique privilégiant le travail en endurance, l'arrêt du tabagisme, le contrôle de l'infection bronchique, l'optimisation du traitement de la distension thoracique et la supplémentation orale sous forme de compléments à prescrire à distance des repas (10 heures, 16 h, 22 heures) et après l'activité physique, avec un apport énergétique de l'ordre de 500 kcal / j.

Il reste à comprendre les mécanismes et définir les thérapeutiques capables de moduler l'inflammation systémique de la BPCO si l'on veut changer l'histoire naturelle de cette maladie générale.

Références

Reviues BPCO et réhabilitation nutritionnelle

- Nici L, Donner C, Wouters E, Zuwallack R, Ambrosino N, Bourbeau J, Carone M, Celli B, Engelen M, Fahy B, Garvey C, Goldstein R, Gosselink R, Lareau S, MacIntyre N, Maltais F, Morgan M, O'Donnell D, Prefault C, Reardon J, Rochester C, Schols A, Singh S, Troosters T: American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;173:1390-1413
- Aniwidyaningsih W, Varraso R, Cano N, Pison C. Impact of nutritional status on body functioning in chronic obstructive pulmonary disease and how to intervene. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2008;11:435-442
- SPLF. Recommendation pour la Pratique Clinique. Prise en charge de la BPCO-Mise à jour 2009. *Rev Mal Respir* 2010 ; sous presse. DOI : 10.1016/j.rmr.2010.04.010

Principales études nutritionnelles BPCO en état stable et lors des exacerbations

- Schols A, Slangen J, Volovics L, Wouters E: Weight loss is a reversible factor in the prognosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157:1791-1797
- Steiner MC, Barton RL, Singh SJ, Morgan MD: Nutritional enhancement of exercise performance in chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Thorax* 2003;58:745-751
- Pison C, Cano N, Cherion C, Roth H, Pichard C. Effects of home pulmonary rehabilitation in patients with chronic respiratory failure and nutritional depletion. *Rev Mal Respir* 2004;21:573-582
- Christophe M, Pison, Noël J, Cano, Cécile Cherion, Fabrice Caron, Isabelle Court-Fortune, Marie-Thérèse Antonini, Jésus Gonzalez-Bermejo, Lahouari Meziane, Luis Carlos Molano, Jean-Paul Janssens, Frédéric Costes, Bernard Wuyam, Thomas Similowski, Boris Melloni, Maurice Hayot, Julie Augustin, Catherine Tardif, Hervé Lejeune, Hubert Roth, Claude Pichard, and the IRAD investigators. Home nutritional rehabilitation improves clinical outcomes of malnourished patients with chronic respiratory failure: a controlled randomised trial. *Thorax* 2011, *in press*
- Vermeeren MAP, Wouters EF, Nelissen LH, van Lier A, Hofman Z, Schols AM: Acute effects of different nutritional supplements on symptoms and functional capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Clin Nutr* 2001;73:295-301
- Vermeeren MA, Wouters EF, Geraerts-Keeris AJ, Schols AM: Nutritional support in patients with chronic obstructive pulmonary disease during hospitalization for an acute exacerbation; a randomized controlled feasibility trial. *Clin Nutr* 2004;23:1184-1192.
- 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* 2010; 65 :7-13.

Importance de la prise en charge nutritionnelle chez l'enfant et chez l'adulte atteints de mucoviscidose

Dr. Catherine Llerena

*Pneumo-pédiatre, CRCM pédiatrique, CHU Grenoble
cllerena@chu-grenoble.fr*

Carole Neveu

*Diététicienne nutritionniste, CRCM adulte CHU Grenoble,
cneveu@chu-grenoble.fr*

La mucoviscidose est une maladie génétique, à transmission autosomique récessive, évolutive et de pronostic grave. Elle se caractérise essentiellement par une atteinte de l'appareil respiratoire et digestif. L'état respiratoire et le pronostic vital sont d'ailleurs étroitement liés à l'état nutritionnel. Ainsi, dès le plus jeune âge, l'enjeu majeur de la prise en charge nutritionnelle est de prévenir la dénutrition, d'assurer au patient le meilleur confort digestif pour une meilleure qualité de vie, mais aussi de prendre en charge des pathologies secondaires comme le diabète.

Sur le plan nutritionnel, la mucoviscidose est caractérisée par :

- des besoins énergétiques majorés, par l'augmentation de la Dépense Énergétique de Repos, l'hypercatabolisme induit par le syndrome inflammatoire mais aussi par le travail respiratoire (toux, encombrement)
- des pertes énergétiques importantes, dues à l'insuffisance pancréatique qui touche la fonction exocrine et entraîne un syndrome de malabsorption majeure, essentiellement lipidique.
- des apports caloriques souvent insuffisants, induits par une anorexie liée à l'encombrement, à la fatigue, aux prises des médicaments, aux troubles du goût, à l'inconfort digestif, mais aussi à l'état psychologique
- des manifestations digestives qui influencent le confort du patient et qui peut modifier ses prises alimentaires (douleurs abdominales, Syndrome d'Obstruction Intestinale Distal, alternance de périodes de diarrhées et constipation)

La stratégie pour la prévention de la dénutrition sera de proposer : un apport calorique correspondant de 110 à 120% des ANC, avec un apport lipidique pouvant représenter 45% de l'AET, et un apport satisfaisant en acides gras essentiels. L'utilisation des extraits pancréatiques gastro-protégés (CREON®, EUROBIOL®) permet une alimentation normale et variée. L'enrichissement des préparations, le fractionnement des repas, la complémentation orale font partie de la prise en charge.

Lorsque l'alimentation et la complémentation orale ne suffisent plus à assurer un état nutritionnel satisfaisant, il est important de penser rapidement à la mise en place d'une assistance nutritionnelle, en privilégiant la nutrition entérale.

Avec l'augmentation de l'espérance de vie des patients, le diabète est une pathologie qui survient chez 30 à 50% des patients à l'âge adulte. Il existe une corrélation forte entre diabète, fonction respiratoire et état nutritionnel. Il est donc important de le dépister de façon précoce. La stratégie sera de veiller à garder une alimentation variée, sans restriction ni interdits, toujours à tendance hypercalorique, tout en ayant un apport glucidique régulier et adapté. Certains patients peuvent être aussi formés à l'insulinothérapie fonctionnelle.

La stratégie nutritionnelle peut sembler simple au premier abord, mais n'est pas si évidente compte tenu de la complexité de l'atteinte digestive et des particularités propres à chaque patient. Il est ainsi important d'individualiser, d'adapter nos conseils diététiques. Fixer avec le patient des objectifs réalisables et mesurables est une priorité, et ce afin de l'amener à être autonome et acteur de sa maladie. L'éducation thérapeutique a ainsi toute sa place à chaque étape de la prise en charge nutritionnelle dans la mucoviscidose.

Sevrage tabagique : l'alimentation est-elle un frein ou un levier ?

Jocelyne Bertoglio

Cadre de santé diététicien – Hôpital Pasteur, Nice

bertoglio.j@chu-nice.fr

Les effets bénéfiques du sevrage tabagique sur la Santé, de même que les effets néfastes du tabagisme ont été largement mis en évidence. Depuis la Loi Veil en 1976, complétée par la Loi Evin en 1991, les mesures gouvernementales visant à lutter contre le tabac se sont succédé, renforcées en 2007 par l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Nombreuses aussi, les campagnes d'informations et de prévention anti-tabac.

Mais pourtant rien n'y fait...

L'ensemble de ces actions ne parvient pas à inverser complètement la tendance et à préserver une population souvent très jeune de la 1^{ère} cigarette, qui risque de les enchaîner à vie au tabac.

Le tabac représente en France aujourd'hui environ 12 millions de fumeurs réguliers. C'est aussi 66 000 décès prématurés/an et la survenue d'1/3 des cancers toutes localisations confondues avec une augmentation de la morbidité d'origine cardio-vasculaire et pulmonaire.

Cependant nombreux sont les fumeurs qui souhaitent véritablement s'arrêter de fumer. Mais c'est souvent là que commencent les difficultés.

Si le lien entre tabac et santé est clairement établi, qu'en est-il du lien entre tabac et alimentation ? En quoi l'alimentation peut-elle être un frein ou un levier lors du sevrage tabagique ?

Lorsque nous fumons, c'est en fait par la fumée que notre organisme va être agressé. L'usage du tabac fait pénétrer dans l'organisme des composants chimiques dont plus de 4000 ont été identifiés à ce jour et parmi lesquels la nicotine.

Le comportement tabagique induit d'importants changements d'un point de vue nutritionnel dans l'organisme du fumeur et la nicotine en est le principal responsable. Par son action se produisent des modifications métaboliques qui ont un retentissement direct ou indirect sur la prise alimentaire.

Lors du sevrage tabagique, on observe des désordres du comportement alimentaire et en particulier de l'appétit. Selon l'approche nutritionnelle qui doit toujours l'accompagner, le sevrage tabagique peut être perçu comme plus facile ou plus difficile que prévu.

Quel est l'impact de l'arrêt du tabac sur l'alimentation ? Les réponses apportées par des candidats ayant réussi potentiellement leur sevrage tabagique laissent émerger des pistes de réflexion.

Si les perceptions gustatives s'améliorent ainsi que l'odorat, la crainte de la prise de poids demeure un obstacle majeur au sevrage tabagique. Des apports hydriques réguliers sont souvent présentés comme élément facilitant à l'inverse des interactions croisées avec le café et/ou l'alcool. Sans compter les effets de compensation, qui sont orientés très souvent vers les produits sucrés.

Pour certains futurs ex-fumeurs, la priorité doit être donnée à une hygiène de vie associant alimentation variée et activité physique régulière.

Alimentation : frein ou levier ? La réponse, corrélée à la personnalité et aux facteurs conjoncturels, demeure avant tout individualisée.

Prise en charge diététique de patients en réhabilitation de broncho-pneumopathies chroniques obstructives

Hélène Brisac

*Diététicienne-nutritionniste, Centre Médical de Forcilles, Ferolles-Ailly
hbrisac@forcilles.com*

La prise en charge diététique de patients porteurs de BPCO et suivant un programme de réhabilitation a pour but de permettre à ces patients d'améliorer leurs performances physiques tout en luttant contre la dénutrition.

Elle cherche à majorer les ingesta protido-caloriques des patients dénutris et amaigris, à limiter les apports caloriques pour permettre une perte de quelques kilos dans les cas de surpoids important handicapant les performances physiques, ou enfin d'équilibrer l'alimentation des patients normopondéraux.

Pendant les 6 semaines de prise en charge multidisciplinaire, les patients vont bénéficier d'activités physiques, (cycloergométrie, gymnastique), de réunions d'éducation animées par les médecins pneumologues, les infirmiers, la diététicienne.

L'adaptation des apports nutritionnels, qualitativement et quantitativement doit permettre de faire face aux efforts physiques demandés pendant le stage.

Les réunions d'éducation nutritionnelle, leur mise en pratique par le choix des menus préparent les patients au retour à la maison.

A l'issue du séjour, on note un gain pondéral ou un poids stable malgré l'augmentation des dépenses dues à l'activité physique ou bien une perte de poids pour les patients obèses. Il y a augmentation de la masse maigre et du périmètre de marche.

Le séjour de 6 semaines avec retour au domicile le week-end permet de juger de l'application des conseils diététiques. Une modification de l'attitude envers l'alimentation est difficile à obtenir dans ce laps de temps mais les bénéfices constatés permettent d'espérer des modifications progressives à instaurer lors des séjours ultérieurs.

Accompagnement en ville des insuffisants respiratoires

Clémence Smessaert

*Diététicienne-nutritionniste, Santelys Association
csmessaert@santelys.asso.fr*

Basée à LOOS dans le Nord de la France, SANTELYS est une association loi 1901 reconnue d'identité publique créée en 1900. SANTELYS est :

- un prestataire de service médico-technique : assistance respiratoire, perfusion, nutrition, insulinothérapie par pompe,
- un établissement de santé : HAD, dialyse
- un établissement médico-social
- un institut de formation : institut de Formation en Soins Infirmiers et d'Aides-Soignantes, formation continue, école d'auxiliaire de vie sociale, préparation aux concours, espace carrières
- un pôle de recherche et un pôle humanitaire

La prise en charge globale du patient est assurée par une interactivité entre toutes les activités de SANTELYS. Les patients présentant un Syndrome d'Apnée du Sommeil (S.A.S.), et nécessitant une prise en charge diététique à domicile nous sont adressés par les pneumologues prescripteurs de PPC (Pression Positive Continue).

L'objectif principal de ce suivi est la perte de poids, voire la stabilité pondérale, car 60% des patients souffrant de S.A.S. ont un I.M.C supérieur à 25.

L'intérêt de cette prise en charge à domicile est d'éviter, ou diminuer, les complications liées à la surcharge pondérale associée au S.A.S. Ces patients font face à de précédents échecs de perte de poids ou n'ont jamais bénéficié de suivi diététique.

La motivation du patient reste toutefois la principale condition d'intervention de la diététicienne au domicile. Lors de la première consultation au domicile, la diététicienne évalue les apports spontanés du patient mais apprécie aussi son mode de vie : ses activités professionnelles et physiques, son environnement familial et social, sa culture, ses habitudes de vie... En fonction de ces éléments, les objectifs, acceptés par le patient pour le prochain rendez-vous, sont simples et réalisables.

Deux ans de suivi diététique au domicile des patients souffrant de S.A.S. donnent, en tenant compte de leur motivation et surtout de leur environnement dans sa globalité, des résultats très satisfaisants. On constate, en effet, pour une grande majorité de ces patients une perte de poids significative avec une nette amélioration dans la prise en charge de leur pathologie.

Apports des thérapies cognitives et comportementales dans la prise en charge des obésités

Dr. Patrick Perrin

Médecin thérapies comportementales et cognitives, Corenc

Devant les difficultés à prendre en charge des patients obèses de manière durable, les thérapies comportementales et cognitives aident à prendre en charge les obèses souffrant de troubles des conduites alimentaires, qui représentent 30 à 70% des cas selon les auteurs. Les techniques d'entretien motivationnel, l'analyse fonctionnelle des comportements, la prise en charge des comportements dichotomique et de la restriction cognitive peuvent participer à l'amélioration du traitement.

La prise en charge de l'obésité reste, dans l'idéal, multidisciplinaire.

Un centre médico-chirurgical de prise en charge de l'obésité : des recommandations aux pratiques

Dr Dominique Branche

Hôpital Privé de Marne la Vallée, 94360 Bry sur Marne

Réunir sur le même lieu géographique, tous les praticiens et professionnels de santé capables d'assumer tout ce qui touche l'avant, le pendant et l'après geste chirurgical, cela fut toujours notre philosophie de la chirurgie bariatrique. Il faut donc une équipe de 3 chirurgiens bariatriques rompus à toutes les techniques proposées en Europe occidentale : gastroplastie, sleeve gastrectomis, et by-pass. Cela sous-entend un environnement médical adapté : Unité de soins continus, imagerie adaptée, et service d'accueil des urgences, ce qui est le cas.

Mais il faut un « plus » : proposer des techniques non invasives, le ballon gastrique, voire un accompagnement diététique et psychologique pour les patients ne relevant pas d'une indication chirurgicale, ou pour lesquels l'âge légal (18 ans) n'est pas atteint : c'est le rôle de la clinique médicale de Villecresnes (94), notre voisin : 3 praticiens de l'HPMV sont attachés à Villecresnes.

Reste la fin du parcours d'amaigrissement : la chirurgie plastique et reconstructrice : 3 chirurgiens plasticiens travaillent au centre de l'HPMV. Ainsi sont réunis les critères HAS pour le privé, de centre référent, anticipant les décisions de Nicolas Sarkozy de mai 2010, proposant de créer, pour le public des centres identiques.

Mais c'est la prise en charge après l'acte bariatrique qui fait notre originalité : tout est fait pour resocialiser nos patients, en favorisant la convivialité : conférences tous les 2 mois avec un sujet thématique sur l'obésité, un site internet (obesite-hpmv.fr), un bulletin « chroniques du bien-être » des groupes de paroles animés par nos psychologues, des ateliers ou groupes d'accompagnement, culinaire, musical, de relooking, d'art-thérapie, de remise en forme musculaire sous surveillance cardiologique, de naturopathie, et enfin in « coaching » des nouveaux patients par les anciens en fonction de leur domiciliation. Tout est fait pour permettre au patient obèse ou en surpoids de retrouver sa dignité d'homme ou de femme dans sa globalité.

Recommandations et harmonisation des pratiques diététiques autour de la chirurgie bariatrique

Pauline Chenebault

*diététicienne-nutritionniste, Hôpital Louis Mourier, Colombes
unite-dietetique@lmr.aphp.fr*

L'importance de la prise en charge nutritionnelle dans le domaine de la chirurgie de l'obésité ne fait plus de doutes. Les dernières recommandations de la HAS sur la prise en charge de la chirurgie bariatrique mentionnent bien l'importance de la place du diététicien dans ce soin, tout en précisant que la prise en charge diététique n'a pas été développée.

Or, en l'absence de recommandations professionnelles, cette nouvelle pratique diététique s'est construite de façon empirique et peu coordonnée. En 2009, les diététiciens des centres de référence de l'AP-HP ont fait le constat de l'hétérogénéité des pratiques selon les centres et du manque de connaissances des « diététiciens non experts ». Au regard de cette situation ils ont souhaité harmoniser leurs pratiques et ont saisi le CLAN central de l'AP-HP afin d'avoir un cadre institutionnel et une caution scientifique pour la rédaction de recommandations de bonne pratique sur la prise en charge diététique de la chirurgie de l'obésité.

Ce travail a permis d'aboutir à un document détaillé, décliné en 9 questions qui doivent aider les diététiciens et les autres professionnels de santé à mieux positionner le soin diététique dans le cadre de la chirurgie de l'obésité dans un objectif de qualité et de sécurité des soins.

Comment doit intervenir le diététicien en pré-opératoire ? Que comporte le bilan diététique pré-opératoire ? L'évaluation des consommations alimentaire est bien sûre mise en avant mais la recherche de TCA, de consommation d'alcool, l'évaluation des connaissances diététiques du patient et de la qualité de prises en charge diététique antérieures vont permettre d'élaborer un diagnostic diététique détaillé qui permettra de participer à la décision opératoire en termes de type de chirurgie et de délais pré-opératoire.

Quels sont les éléments constitutifs de la préparation ? La préparation diététique est nécessaire pour que les patients atteignent le meilleur état nutritionnel possible avant l'opération, de bonnes connaissances sur l'alimentation post-opératoire ainsi qu'une alimentation déjà adaptée en termes d'équilibre et de comportement alimentaire.

Quel est le rôle du diététicien lors de la chirurgie ? Il veille à l'évolution de la réalimentation adaptée au type de chirurgie effectuée en termes de mise en pratique (un schéma de réalimentation est proposé) et de tolérance digestive du patient.

Quels sont les éléments de suivi au cours du premier mois et à long terme ? Les recommandations insistent sur le suivi, détaillant le contenu des consultations post-opératoires. Les nombreuses complications digestives ou nutritionnelles sont décrites pour y associer à chaque fois des conseils diététiques. Enfin sont abordées les situations de la vie courante qui doivent être identifiées et les stratégies diététiques à proposer aux patients ainsi que les conseils en cas de désir de grossesse après une chirurgie bariatrique.

Ces recommandations ont été validées par les sociétés savantes telles que l'AFERO, la SOFFCO, l'AFDN ainsi que l'AFD. Elles ont été transmises à la HAS pour demande de labellisation. Elles ont mis en lumière le petit nombre de publications disponibles sur ce sujet et la nécessité que des recherches soient menées que ce soit pour les actions à mettre en œuvre en préopératoire comme en post opératoire. Ces travaux de recherche pourraient être réalisés par les diététiciens dans le cadre des appels à projets hospitaliers de recherche infirmier et paramédical publié par la Direction Générale de l'Offre de Soins.

Traitements pharmacologiques de l'obésité

Dr. Magalie Baudrant-Boga
Pharmacien hospitalier, Grenoble

NOTES _____

Avis de l'ANSES sur les régimes amaigrissants

Marie-Dominique Daniel-Lamazière

*Cadre supérieur de santé diététicien, CHU Bordeaux
dominique.daniel-lamaziere@chu-bordeaux.fr*

Perrine Nadaud

*Coordinatrice scientifique, EENRN-ANSES, Maisons Alfort
Perrine.nadaud@anses.fr*

Aujourd'hui, le culte du corps et de son image constitue un fait social et soumet l'individu aux canons de l'esthétique et de la normalisation du corps. Par ailleurs, le surpoids et l'obésité, touchant respectivement 32 % et 15 % des personnes de plus de 18 ans en France, constituent un problème de santé publique majeur. Une des conséquences de ces deux phénomènes est le développement de pratiques variées, incluant de nombreux régimes amaigrissants, mis en œuvre souvent sans justification ni suivi médical.

Ainsi, l'étude INCA 2¹ a montré que près de 50 % des femmes de corpulence normale voire mince ont suivi un régime amaigrissant pendant l'enquête ou l'année la précédant.

Dans ce contexte, l'ANSES a réalisé une évaluation des risques liés à la pratique de régimes à visée amaigrissante. Ce travail est destiné à fournir des repères pour mieux identifier les éventuelles conséquences néfastes des régimes amaigrissants, afin de permettre aux pouvoirs publics de proposer une politique de prévention dans le cadre du futur PNNS 3.

L'expertise, conduite dans un cadre collectif et contradictoire, a été réalisée en deux volets :

- identification et caractérisation des régimes amaigrissants (15 au total) afin de déterminer leurs impacts sur les apports nutritionnels. Cette caractérisation révèle que ces exemples de régimes amaigrissants et leurs différentes phases peuvent induire des déséquilibres nutritionnels et des inadéquations d'apports ;
- analyse de la littérature disponible afin d'identifier les conséquences biologiques d'éventuels déséquilibres nutritionnels, physio-pathologiques et psycho-comportementales des régimes amaigrissants. Les risques mis en avant dans la littérature concernent notamment des perturbations physiologiques somatiques (d'ordres osseux et musculaire) ou non (atteintes hépatiques et rénales), des modifications profondes du métabolisme énergétique et de la régulation physiologique du comportement alimentaire ainsi que des perturbations psychologiques (troubles du comportement alimentaire).

Au-delà de la population générale, une attention particulière a été portée à certaines catégories de la population se trouvant dans des situations physiologiques et de vulnérabilité particulières : enfants, adolescents, femmes enceintes et allaitantes, personnes âgées, sportifs ou sujets ayant une activité physique intense.

L'Anses conclut que la pratique de régimes amaigrissants, en particulier lorsqu'elle est répétée dans le temps, comporte des risques dont il convient d'informer les populations concernées. Toute démarche de perte de poids nécessite une prise en charge spécialisée adaptée, au mieux dans un cadre interdisciplinaire (médecin traitant, diététicien-nutritionniste, médecin endocrinologue, médecin nutritionniste, professionnel de l'activité physique, psychologue). Par ailleurs, l'évolution des habitudes alimentaires doit être associée à l'introduction, au maintien voire à l'augmentation d'une activité physique régulière.

¹ Enquête individuelle nationale de consommation alimentaire 2 (2006-07)

Fiches pratiques de démarche de soin diététique : guide de bonnes pratiques

Anne Schmitt

Cadre supérieur de santé diététicien, Nancy

La réingénierie des diplômes de santé amène tout professionnel de santé à recadrer la démarche de prise en soin quels que soient sa profession et son champ d'exercice.

Pendant des années, en France notamment, il s'agissait de faire acquérir aux étudiants des savoirs en vue d'obtenir un diplôme. Aujourd'hui, depuis les accords de Bologne et le système LMD Européen, nous sommes entrés dans une ère d'apprentissage dont le but est de permettre aux étudiants d'acquérir les compétences nécessaires pour exercer les activités d'un métier.

Le remaniement des référentiels de formation mis en place par la DGOS amène tout naturellement les diététiciens à évoluer dans leur propre approche des nouveaux étudiants et à repenser leurs pratiques de tutorat.

Il devient incontournable d'avoir un cadre commun pour établir des critères et indicateurs permettant d'évaluer les étudiants dans l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de leur métier.

L'approche du métier par les compétences nécessite une réflexion d'équipe sur l'activité professionnelle :

- Elle demande un temps d'analyse et de réflexion.
- Elle permet d'avoir une vision globale et précise des acquis du stagiaire
- Elle facilite l'évaluation de la progression de l'étudiant.

C'est aussi et surtout, une ouverture de notre pratique professionnelle vers une pratique fondée sur des preuves valides et légitimées.

Pratiques professionnelles : la spirale d'acquisition des compétences

Marie Monjo

missionnée sur le groupe « Formation initiale » de l'AFDN

La réingénierie des diplômes de santé amène tout professionnel de santé à recadrer la démarche de prise en soin quels que soient sa profession et son champ d'exercice.

Pendant des années, en France notamment, il s'agissait de faire acquérir aux étudiants des savoirs en vue d'obtenir un diplôme. Aujourd'hui, depuis les accords de Bologne et le système LMD européen, nous sommes entrés dans une ère d'apprentissage dont le but est de permettre aux étudiants d'acquérir les compétences nécessaires pour exercer les activités d'un métier.

Le remaniement des référentiels de formation mis en place par la DGOS amène tout naturellement les diététiciens à évoluer dans leur propre approche des nouveaux étudiants et à repenser leurs pratiques de tutorat.

Il devient incontournable d'avoir un cadre commun pour établir des critères et indicateurs permettant d'évaluer les étudiants dans l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de leur métier.

L'approche du métier par les compétences nécessite une réflexion d'équipe sur l'activité professionnelle :

- elle demande un temps d'analyse et de réflexion.
- elle permet d'avoir une vision globale et précise des acquis du stagiaire
- elle facilite l'évaluation de la progression de l'étudiant.

C'est aussi et surtout, une ouverture de notre pratique professionnelle vers une pratique fondée sur des preuves valides et légitimées.

Les modifications de l'étiquetage nutritionnel dans le cadre du projet de règlement sur l'information du consommateur sur les denrées alimentaires

Dr. Dominique BAELDE,
Bureau Nutrition DGCCRF, Paris
www.dgccrf.bercy.gouv.fr

On entend par « étiquetage nutritionnel » toute information figurant sur l'étiquette d'une denrée alimentaire et relative à la valeur énergétique ainsi qu'aux nutriments suivants : protéines, glucides, lipides, fibres alimentaires, sodium, vitamines et minéraux. Cet étiquetage est encadré par une réglementation commune pour tous les États Membres de l'Union européenne depuis 1990 et constitue pour le consommateur et les professionnels de santé une source importante d'information sur la densité nutritionnelle des denrées alimentaires.

Ces dispositions font l'objet d'une révision dans le cadre d'un projet de règlement sur l'information du consommateur sur les denrées alimentaires en cours de négociation au niveau du Conseil et du Parlement européens. Cette révision se fait à la lumière des recommandations du Livre Blanc de la Commission sur la nutrition et la prévention du surpoids et de l'obésité en Europe qui considère que l'étiquetage nutritionnel doit permettre au consommateur d'être en mesure de réaliser des choix alimentaires favorables à santé. Le Conseil a émis un accord politique sur ce texte en février 2011 et un vote en seconde lecture du Parlement européen sur le texte adopté par le Conseil est prévu pour début juillet 2011.

L'évolution majeure prévue est l'indication obligatoire de l'étiquetage nutritionnel (déclaration nutritionnelle) sur les denrées alimentaires préemballées et non plus lorsqu'une allégation nutritionnelle ou relative à la santé est réalisée ou quand il existe un texte spécifique tels que ceux sur les aliments destinés à une alimentation particulière. Il existe des divergences entre le Conseil et le Parlement sur l'étiquetage des nutriments, notamment à propos de l'étiquetage obligatoire ou facultatif des fibres et des acides gras trans.

Dans le projet retenu par le Conseil, la déclaration nutritionnelle des denrées préemballées doit obligatoirement comporter des informations sur : la valeur énergétique, les quantités de graisses, d'acides gras saturés, de glucides, de sucres, de protéines et de sel. A côté de l'expression en % des apports journaliers recommandés qui existe déjà pour les vitamines et minéraux le projet prévoit cette possibilité pour l'énergie, les lipides, les acides gras saturés, les glucides, les sucres et le sel. Par ailleurs un encadrement des modalités de la reprise de la déclaration nutritionnelle, sur un mode volontaire, sur la face avant des emballages est prévu.

**DEUXIÈME PARTIE :
LES COMMUNICATIONS ORALES,
LES COMMUNICATIONS AFFICHÉES,
LES ATELIERS D'ÉCHANGES PROFESSIONNELS
PRÉSENTÉS PAR DES DIÉTÉTICIENS**

L'obésité : une prise en charge pluridisciplinaire au Centre Médical Rocheplane

Françoise Bardet
Saint Martin d'Hères

Cet atelier d'échange professionnel a pour but de présenter un mode de prise en charge hospitalière de l'obésité, basé sur l'aspect multifactoriel de cette pathologie.

L'équipe est composée de représentants de neuf professions : médecins, infirmiers, aides-soignants, diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes, psychomotriciens, éducateurs sportifs, personnel hôtelier.

Les moyens mis à disposition du patient sont de deux types :

- les entretiens individuels avec les différents professionnels,
- les séances collectives : réunions d'information médicale, ateliers d'éducation nutritionnelle et de pratique culinaire, atelier de travail psychologique, expression corporelle, relaxation, balnéothérapie, gymnastique aquatique, sports collectifs, musculation réadaptation à l'effort.

L'équipe élabore avec chaque patient un projet de prise en charge qui est réévalué lors des réunions de synthèse pluridisciplinaire hebdomadaires.

Les objectifs de l'équipe sont :

Au cours du séjour

- d'aider à la prise de conscience des différents facteurs ayant participé à l'installation de l'obésité,
- d'amorcer un changement de comportement.

A l'issue du séjour

- d'accompagner la mise en place de nouvelles habitudes lors du retour à domicile,
- de favoriser l'établissement d'un réseau de professionnels autour du patient.

En conclusion, la démarche de soins vise à ce que chaque professionnel apporte au patient les moyens d'élaborer une stratégie de prise en charge au long cours.

Support de présentation : une vidéo réalisée dans le service de Rééducation Nutritionnelle Albert Camus du Centre Médical Rocheplane à St Martin d'Hères (Isère).

Quand, comment le diététicien devient-il acteur de santé publique ?

Anne Béraud

Nantes

Introduction

L'association du « Pain sur la Planche » est une structure basée à Nantes dont l'objectif est de développer et d'accompagner les actions de promotion et d'éducation à la santé en lien avec la nutrition. Initiée, parrainée et financée par les organismes publics de la santé (ARS, réseau santé ville de Nantes) de l'alimentation (ministère et DRAAF) ou encore de l'environnement, notre association intègre des diététiciens formés à la « santé publique » afin d'animer des ateliers auprès d'un très large public.

Nous souhaitons partager notre expérience autour d'un atelier d'échanges de pratiques afin de valoriser notre profession dans cette mission et d'encourager des diététiciens à se former à ce secteur porteur que représente la santé publique.

Méthodologie

Objectif principal : Favoriser le développement du travail de diététicien comme acteur de santé publique.

Objectifs opérationnels : emmener les diététiciens dans une réflexion autour des termes « santé publique », « éducation », « promotion ».

Moyens : à partir d'une méthode d'animation dite « des ambassadeurs », nous proposerons aux diététiciens présents de confronter leurs points de vue, d'échanger sur ces notions.

Résultats

Présentation des synthèses par les « ambassadeurs » et du mode de fonctionnement de l'association, de ses limites.

Conclusion

Pour valoriser le travail du diététicien en tant qu'acteur de santé publique, il est important de savoir de quoi on parle, de connaître les modes de fonctionnement, d'où la nécessité de se former.

L'Échelle Visuelle Analogique (EVA) : un outil simple et efficace en consultation diététique

Véronique Bernard-Lemaître

Esbly

L'échelle visuelle analogique a été initialement proposée en 1976 pour évaluer l'intensité d'une douleur chronique. Depuis la fin des années 90, l'EVA est validée chez l'adulte et chez l'enfant. Aujourd'hui, elle est utilisée par de nombreux professionnels de santé (infirmiers, médecins, kinésithérapeutes).

Dans le domaine de la nutrition, c'est un outil validé pour l'Entretien Motivationnel. Pourrait-on élargir l'utilisation de l'EVA lors de nos consultations diététiques ?

L'EVA est une échelle d'auto évaluation qui permet à la personne interrogée de situer sa réponse sur une ligne entre 2 extrêmes. C'est un outil d'utilisation simple, rapide et compréhensible par la majorité des personnes, adultes ou enfants. Il est possible d'obtenir, en moins d'une minute, une réponse précise de ce qui est évalué. En effet les patients ont parfois des difficultés pour exprimer leurs ressentis avec des mots.

Avancer plus rapidement dans nos consultations, améliorer notre communication et évaluer rapidement les changements.

Les membres de DIADEMIA ont testé cet outil lors d'entretiens individuels avec leurs patients ou lors de formations professionnelles. Ils se sont rapidement aperçus de son utilité et de son efficacité à débloquer certaines situations.

Au cours de cet atelier, nous souhaitons vous faire découvrir ou redécouvrir cet outil. En partageant l'expérience d'une EVA, vous en comprendrez les nombreux avantages. Notamment la possibilité de repérer dans le temps les changements survenus grâce à une deuxième EVA, remplie à distance de la première.

L'atelier sera donc un moment privilégié pour réfléchir ensemble aux multiples utilisations de cet outil afin de l'intégrer dans votre pratique professionnelle.

Une approche diététique élargie pour aider le patient à retrouver un comportement serein face à son alimentation

Virginie Besson
Chambéry

Contexte et introduction

La majorité des patients diabétiques ont des difficultés à suivre les conseils alimentaires (7% seulement sont observant pour l'ensemble des conseils donnés)². Nos patients, évoquent, pour au moins 50% d'entre eux, des troubles de leur comportement alimentaire.

But

En parallèle à des séances dédiées à l'acquisition de connaissances nutritionnelles, nous proposons un atelier de réflexion sur nos attitudes face à la nourriture et un sur le goût, pour tendre vers un comportement alimentaire régulé.

Méthode

2 ateliers thérapeutiques de 2 h, animés par une diététicienne, avec 5 à 10 personnes :

- Atelier comportements alimentaires : table ronde à partir de situations conflictuelles autour de l'alimentation, vécues par les patients, et reprises par le groupe (présence d'une psychologue).

- Atelier du goût : dégustation d'aliments pour les découvrir avec tous nos sens, et valoriser le plaisir comme régulateur d'appétit.

Résultats

Nous avons réalisé 31 séances depuis 2008 (15 ateliers du goût et 16 séances sur les comportements alimentaires avec 6 personnes en moyenne (5 patients et un accompagnant) soit 182 personnes concernées. Nous transmettons des notions compréhensibles par tous. Les patients sont surpris de constater que la diététique n'est pas évoquée en termes de renoncement et de restriction. Ils sont rapidement séduits par l'approche non conventionnelle, où la découverte de nouvelles sensations et la dimension du plaisir sont pris en compte. Ils découvrent par l'expérience que le plaisir et la satiété ne sont pas liés à la quantité. Ils se sentent encouragés, valorisés par leur capacité à reproduire rapidement des expériences vécues ou expliquées lors des ateliers et déduisent souvent une analyse de leur propre situation et s'approprient les techniques proposées. Ces ateliers contribuent à améliorer l'estime de soi des patients. Parfois, un atelier de ce type est un réel déclencheur d'une démarche positive par le patient (ex. suite un atelier du goût, une patiente a pu de nouveau s'occuper d'elle et de son alimentation).

Conclusion

Cette démarche permet de lever l'appréhension des patients par rapport aux conseils diététiques et leur application, d'induire un comportement serein face à l'alimentation, de réintroduire la notion de plaisir, et à terme, d'améliorer la qualité de vie des personnes diabétiques. *« on apprécie mieux les aliments et on est moins tenté par les interdits ».*

Nous avons le projet d'évaluer l'impact de ces séances, par des échelles de qualité de vie et de sérénité par rapport à l'alimentation ; nous pouvons actuellement le mesurer par des paroles de patients. En voici quelques exemples : *« On se sent moins seul, on est tous là pour la même chose » ; « On peut expliquer les choses qui nous ont blessés » ; « Je me refais copine avec mon assiette » ; « Bonne faim, bon moral » ; « On apprécie mieux les aliments et on est moins tenté par les interdits »....*

² Réf. RECAH G. Clinique de l'Observance. J. Libbey. 2006, 188p

Rôle des diététiciennes dans une structure éducative de proximité pour diabétique de type 2

Christel Blanc
Grenoble

Contexte

Depuis 1987, une offre éducative existe en diabétologie au CHU de Grenoble. Elle demeure insuffisante au regard du nombre de diabétiques de type 2 du secteur grenoblois et de la contrainte parfois exprimée pour se rendre au CHU. Une expérience de structure éducative de proximité (ProxYDiab38) « hors des murs » du CHU a donc émergé en novembre 2009, soutenue par des fonds publics. ProxYDiab 38 s'est constituée en association « loi 1901 » pour « L'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 » avec un conseil d'administration (fonction : fixer les orientations et valider les actions) et une équipe de terrain salariée recrutée sur des critères de compétence en ETP et/ou en diabétologie. L'équipe est essentiellement paramédicale : 3 équivalents temps pleins dont 1/3 pour les 2 diététiciennes.

Rôles des diététiciennes dans ProxYDiab 38

- **Dans la mise en place du projet** : Participation à la réflexion sur les objectifs généraux du programme et en particulier ceux des ateliers diététiques, ainsi que des méthodes et outils pédagogiques utilisés.
- **Depuis le début du programme** :
 - Participation à la réflexion de l'équipe sur l'évolution du programme.
 - Participation à la communication auprès des professionnels de santé du territoire.
 - Animation des temps éducatifs : en individuel : BEP (bilan éducatif partagé) et en groupe (ateliers diététiques et co-animation d'ateliers sur les mécanismes du diabète)

Nb : Aucune consultation individuelle diététique

 - Participation à la rédaction des comptes rendu de fin de programme

Difficultés rencontrées : dans le groupe, s'adapter au niveau de connaissances, aux représentations culturelles de chacun.

Points positifs : partage avec d'autres professionnels et enrichissement de l'animation de groupe.

Quelques résultats

Depuis Novembre 2009, 235 patients inscrits. Sur les 126 premiers patients, HbA1c moyenne = 7,5%, IMC moyen = 31kg/m². *Attentes prioritaires des patients : la diététique.*

Conclusion

Dans une structure éducative pluri professionnelle, le rôle de la diététicienne n'est pas seulement centré sur ses compétences en diététique mais fait aussi appel à sa capacité de remise en question et ses facultés de travailler en équipe.

Nutrition du sportif des efforts de longue durée

Christine Coutineau

Grenoble

Les sportifs d'épreuves de raids multisports ou des ultra-trails (course à pieds de montagne) sont souvent confrontés à des contre-performances sportives, voire à des troubles plus ou moins graves tels que la fatigue, des troubles digestifs, des lésions musculaires et tendineuses.

La durée de ces épreuves sportives est considérable puisqu'elle peut être d'une vingtaine d'heures à plusieurs jours. De tels efforts nécessitent donc à l'organisme d'avoir un apport nutritionnel conséquent. L'alimentation répondant cependant à ce besoin n'est nullement évidente vu qu'il faudrait des quantités démesurées d'aliments et que la capacité physiologique du système digestif n'est pas apte à cela. De plus, l'apparition de troubles du comportement alimentaires allant de l'aversion pour le goût sucré au refus complet de s'alimenter peut engendrer des déficits nutritionnels importants.

Face à ces problèmes, la diététique a son importance. Elle permet de répondre aux besoins nutritionnels du sportif en tenant compte des paramètres que sont la durée et l'intensité de l'effort, les contraintes d'approvisionnement alimentaire, les capacités d'ingestion et les envies alimentaires. C'est un véritable entraînement à la diététique que le sportif devra mettre en place avant d'aborder sa course. Il veillera à faire les bons choix alimentaires pour optimiser ses réserves nutritionnelles et éviter les déficits. Dans le souhait de faire une performance, il suivra une stratégie nutritionnelle de course se basant sur un apport régulier nutritionnel essentiellement glucidique mais aussi un apport en sels minéraux et en vitamines. L'intégrité musculaire pourra être préservée par un apport en acides aminés.

Cette stratégie nutritionnelle permettra de limiter les troubles du comportement alimentaire en orientant des choix alimentaires variés dans les textures (liquides et solides) et dans les goûts (sucrés et salés). L'utilisation de produits ergogènes est une aide intéressante si elle est raisonnée et raisonnable c'est-à-dire non dopante et ne nuisant pas la santé du sportif.

Une bonne stratégie nutritionnelle permet donc de limiter l'appel au dopage sportif et de permettre à tous sportifs d'être performant tout en se faisant plaisir et sans mettre sa santé en porte-à-faux.

Ensemble, faisons évoluer les actions du diététicien en restauration collective

Florence Dauvergne

Caluire

Nous avons choisi d'intervenir durant les journées organisées par l'AFDN car nous avons à cœur d'échanger avec nos collaborateurs sur les différentes actions à mener en restauration collective. En effet ces dernières restent mal connues, et ne demandent qu'à se développer.

Le métier de diététicien en restauration collective se résume-t'il seulement à la réalisation de menus ? Nous tenterons de prouver durant notre atelier d'échange, que le champ d'action peut être élargi, et nous aborderons de façon concrète nos missions de diététicien pour la santé publique.

Nous commencerons par la présentation des outils utilisés par nos chefs pour la réalisation des menus (mise en place du GEMRCN dans les restaurants scolaires), et nous présenterons rapidement notre rôle sur la réalisation des menus.

Pour des raisons financières, il est rare que des diététiciens interviennent dans des établissements scolaires, c'est pourquoi les directeurs d'établissement s'appuient sur le prestataire de restauration pour organiser des campagnes de sensibilisation à la nutrition. Nous proposons ainsi à tous les directeurs d'école des interventions diététiques pour petits et grands. Une vidéo illustrera ce travail. La tendance actuelle dans les établissements scolaires est de proposer un service rapide sous forme de snack ou de cafétéria. Le jeune public apprécie ce type de restauration, et c'est pourquoi notre rôle est de les orienter afin de varier leur alimentation (présentation de notre information nutritionnelle développée).

Nous rentrons en collaboration avec les équipes éducatives ou de soins afin de faire partie intégrante de leur projet d'établissement (groupe de travail, suivi médical, intervention sur les selfs). Nous présenterons l'un d'eux.

Mais qu'en est-il de l'hygiène ? La formation de diététicien en comporte une partie qui en restauration collective prend toute sa valeur. Nous expliquerons notre rôle vis-à-vis de ce point. Ces journées d'études permettent au métier de diététicien d'évoluer par le biais d'échanges entre collaborateurs. Nos expériences professionnelles nous ont permis de mettre en place des outils comme évoqués précédemment, et nous espérons qu'ils seront apprivoisés par d'autres diététiciens afin de répondre aux demandes du secteur, car la profession en restauration collective peut encore s'étendre....

Être acteur en santé publique pour un diététicien

Claudette Dieuleveut

Menigoute

Le métier de diététicien s'intéresse à des secteurs très différents ou complémentaires de la santé mais la santé publique semble parfois un peu obscure ou éloignée des champs d'intervention des actions nutrition. Sauf que le PNNS a posé la nutrition comme problématique de santé publique. Puis la nouvelle loi de santé a autorisé une régionalisation des soins fondée sur une analyse des besoins des populations par territoire.

L'atelier "Diététicien et acteur en santé publique" se propose par un exemple concret d'expérience de diététiciens en Poitou-Charentes d'illustrer comment l'initiative personnelle d'une diététicienne s'est développée comme expérimentation sur un territoire déterminé puis sur une régionalisation de l'action avec le soutien logistique de l'IREPS et de l'ARS.

Les cadres de réflexion initiale ont été le PNNS ("Prévenir, dépister, limiter la dénutrition des personnes âgées et améliorer leur statut en calcium et en vitamine D") et le Plan Régional de Santé Publique ou PRSP de Poitou-Charentes avec entre autres l'axe "Bien vieillir en région". Il a fallu réaliser un état des lieux des caractéristiques socio-économiques et sanitaires régionales, établir un constat de l'état nutritionnel des personnes âgées à l'hôpital ou en EHPAD et comprendre également les freins et les leviers possibles au sein des SAD (services d'aide à domicile).

Le concepteur du projet - diététicienne hospitalière puis libérale - a également rencontré des acteurs de terrain afin d'évaluer la pertinence de son projet à savoir la création d'un outil de dépistage de la dénutrition de la personne âgée à domicile : le Carnet Alimentation. Le Carnet devait également permettre le lien entre les différents professionnels de santé et éventuellement l'hôpital autour de la prise en charge alimentaire, de la surveillance du poids et de l'hydratation.

Il a fallu ensuite mettre en place le maillage nécessaire à cette action de santé publique à savoir un porteur de projet, un comité de pilotage, le financement du Carnet via l'ARS (ex GRSP).

La pertinence de l'outil a été validée par l'ARS et le Carnet Alimentation a été expérimenté tout d'abord sur un territoire rural des Deux-Sèvres avant d'être régionalisé aux quatre départements du Poitou-Charentes.

Pour se réaliser et se développer, une action de santé publique se construit donc sur un état des lieux, une identification des besoins, un maillage institutionnel puis sa réalisation suivie d'une évaluation nécessaire et essentielle.

Le territoire de santé : nouvel enjeux pour l'éducation thérapeutique du patient

Tony Dos Santos

Saint-Brieuc

Confrontés aux nouvelles réformes hospitalières, aux successions de recommandations publiées, les acteurs des établissements sont amenés à s'interroger sur leurs pratiques professionnelles et à les modifier. La loi HPST inclut maintenant le concept de coopération sanitaire dans la prise en charge, développement du réseau ville-hôpital. L'éducation thérapeutique se doit d'initier cette nouvelle approche. Les professionnels, dont les diététiciens, doivent donc organiser le parcours patient dans une démarche pluridisciplinaire inter et extrahospitalière afin que le patient bénéficie d'une prise en charge éducative de qualité répondant à ses attentes, besoins sur son lieu géographique.

En 2008, les établissements de santé ont été audités par l'ARH de Bretagne afin d'évaluer les pratiques éducatives dispensées aux patients chroniques selon les recommandations de la HAS. Cet audit a mis en évidence des difficultés communes au sein des structures hospitalières sur un territoire sanitaire : diagnostic éducatif non finalisé, objectifs des programmes non identifiés, identiques d'un établissement à un autre.

Afin d'optimiser les relations inter-hospitaliers sur le territoire, porter une réflexion commune sur les pratiques et répondre aux différents axes d'amélioration possible, un groupe de travail pluridisciplinaire (diététiciens, infirmiers, médecins) regroupant 4 établissements et un réseau de santé s'est construit. Depuis maintenant 2 ans, il travaille sur des thématiques éducatives communes se réunissant 1 fois par mois : construction de référentiel d'objectifs et de compétences, messages éducatifs, etc., afin de faciliter l'accessibilité du patient à la même prise en éducative sur son lieu géographique. Différentes pathologies ont ainsi été traitées par ce groupe. Les résultats sont encourageants : décloisonnement des acteurs, développement de la réflexion pluridisciplinaire devenant interdisciplinaire. Mais avant tout, meilleure orientation, compliance du patient chronique du fait de professionnels sur le territoire présentant enfin des points de vue convergents.

La coopération des professionnels est une concrétisation des actions définies par la loi HPST. L'hôpital n'est qu'un des maillons de la prise en charge. Se connaître, échanger permet de diminuer les craintes de chacun, augmenter l'efficacité de la collaboration entre les professionnels des différents secteurs et par conséquent améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques.

Adhérer au soin nutritionnel : les bons ingrédients pédagogiques en formation aide-soignante

Tony Dos Santos

Saint Brieuc

La nutrition a une place émergente dans la prise en charge individualisée de la personne. L'aide-soignant doit maîtriser ces connaissances et être sensibilisé dès sa formation. Un projet de collaboration pluridisciplinaire voit le jour dans l'IFAS Costarmoricain. L'objectif est d'amener les élèves à mener une réflexion sur le soin nutritionnel et leur pratique en tant que futur professionnel. L'ingénierie pédagogique est basée sur la recherche en groupe, la réflexivité et les échanges.

Quatre interventions sont réalisées.

La 1^{ière} : l'élève identifie sa propre représentation du repas grâce une réflexion sur l'importance du repas, des besoins nutritionnels. Comprendre que l'acte alimentaire est un acte social, de plaisir est essentiel. Le but est de favoriser l'émergence des représentations, des croyances de chacun et de les confronter au groupe. Cette intervention permet de bâtir leur socle de connaissances.

La 2^{ème} : il doit connaître les bonnes pratiques d'aide au repas afin de répondre aux besoins d'accompagnement de la personne, d'adapter sa posture pour favoriser le soin nutritionnel. Réalisée après le premier stage initiant une approche réflexive, des ateliers sensoriels sont réalisés pour mettre l'élève en situation d'handicap ou limité dans ses mouvements.

La 3^{ème} : il doit être capable de dépister les patients dénutris ou à risque de dénutrition, de participer à la mise en œuvre des stratégies et d'identifier les différents produits d'enrichissement. Les apprenants comprennent ainsi que l'échange d'information, la complémentarité optimisent la prise en charge nutritionnelle.

La 4^{ème} : il doit connaître l'évolution des régimes alimentaires, composer un repas équilibré pour un patient selon son état de santé et identifier ses erreurs alimentaires. L'élève se projette ainsi dans la situation de vérifier, distribuer le plateau-repas selon les besoins du patient et la prescription nutritionnelle.

L'évaluation des interventions est réalisée sur l'ensemble de la formation en théorie et lors des MSP.

La finalité du projet est d'induire une attitude professionnelle efficiente chez les futurs soignants sur le plan nutritionnel. Si les AS détiennent un rôle important, il est essentiel de sensibiliser tous les membres de l'équipe lors de leur formation. Optimiser la qualité de ce soin ne passe-t-elle pas par une meilleure interdisciplinarité ? Pour ce faire, après réajustement du projet, nous proposons cette formation DIET/IFAS/IFSI.

Les « bouillies » du petit déjeuner, quand l'étude du goût et du coût amène à la variété

Tony Dos Santos

Saint Brieuc

Les céréales instantanées hypercaloriques et hyperprotéines développées par différents laboratoires de nutrition sont régulièrement conseillées par les professionnels pour les patients présentant des troubles de déglutition notamment en EHPAD. Souvent données ou conseillées pour petit déjeuner sous forme de bouillie, elles ont pour inconvénients d'avoir une gamme de parfums peu étendue. Certes, il est possible de les aromatiser avec un mélange de café ou autres. Cependant, le service diététique du Centre Hospitalier de Saint Brieuc a noté une diminution de sa consommation, une lassitude par les patients.

Le service a donc mené une réflexion en 2008 sur la possibilité de proposer une large gamme de parfums tout en couvrant les apports nutritionnels. Une étude comparative a été faite entre les céréales instantanées utilisées dans l'établissement et un enrichissement à partir de poudre de lait de céréales instantanées infantiles à partir des critères suivants : apports nutritionnels en Kcal, protéines, lipides et glucides, la facilité de préparation, les besoins, le coût, le goût, le besoin en matériel (bol, fouet...) en collaboration avec les différentes directions et services (services économique, pharmacie, résidences). Un test auprès des résidents de l'EHPAD a été réalisé qui est alors concluant.

Les différents critères montent alors l'intérêt d'un enrichissement à la poudre de lait afin de répondre afin à cette lassitude des patients. Un plan d'action est alors mis en œuvre : formation et accompagnement du personnel soignant à la préparation par le service diététique lors des petits déjeuners, mise en place d'un protocole, etc.

Après deux ans de mis en œuvre, les céréales instantanées hypercaloriques et hyperprotéines développées par différents laboratoires de nutrition sont oubliées. Aucune résistance n'est présente et les variétés de parfums nous permettent d'améliorer le respect du goût unique de chaque individu tout en respectant un budget en perpétuel diminution. Cette étude a amené l'équipe également à modifier sa pratique notamment en matière de conseils pour le domicile permettant de mieux appréhender les problèmes socio-économiques de la population accueillie au sein de notre établissement.

Défions les Grabeurks !

Christine Huss

Compiègne

Diététiciennes dans une société de restauration collective, nous avons pu éprouver la difficulté de réaliser une information nutritionnelle claire et accessible aux enfants des classes primaires. Les enfants de cet âge sont rarement responsables des achats alimentaires de leur famille et c'est une lourde charge que de porter, sur ses jeunes épaules, sa santé et son avenir nutritionnel ! Il fallait donc trouver un moyen plus adapté et compatible avec ce public.

Notre méthodologie s'est déroulée en deux phases :

Phase 1 : relookées et assistées de personnages "décapants" (en rapport avec les aliments) nos animations nutritionnelles sont devenues beaucoup plus attrayantes et suivies par les enfants ! du coup, nos informations "menus" se sont parées, chaque mois, d'une planche de BD relatant les aventures de ces personnages loufoques (avec une petite "morale diététique" tout de même!!!)

Phase 2 : afin de pérenniser notre action et la prolonger, l'idée de la réalisation d'une BD pour les 6-12 ans a vu le jour... aussi, après 2 années de travail, sous la houlette de Damien Marie, scénariste et de Maxime Péroz, dessinateur, l'album "Défions les Grabeurks" est paru en librairie le 6 octobre 2010.

Contenu de l'album : au prétexte d'une invasion de "Grabeurks" sur la terre, les aliments doivent tous se liguer et combattre pour faire vaincre l'équilibre! L'album s'articule autour de questions que peuvent se poser les enfants sur l'alimentation et des réponses y sont apportées. Les messages sont volontairement simples et informatifs, sans jamais être directifs ou culpabilisants.

Résultats : les enfants des classes primaires ont adopté les personnages de l'album et sont sensibles aux messages transmis (le retour en commission, au moment du choix des menus, est éloquent). Les personnages nous servent aujourd'hui de vecteurs dans nos informations nutritionnelles et nous permettent de communiquer avec les enfants.

Dans nos pratiques : nous œuvrons désormais pour que nos informations nutritionnelles à destination des enfants de 6-12 ans aient, avant tout, un caractère ludique suffisant pour être reçues par ce public. Cet album est devenu, à la fois, un prétexte à informer et un partenaire auprès des enfants ! Notre devise pourrait être : "Pour être des acteurs de prévention efficaces : Jouons à bien manger !"

Les compétences européennes et leur développement

Thérèse Libert

Franconville

Des compétences européennes pour les diététiciens, leur formation initiale et tout au long de la vie : pourquoi ? comment ? qu'en faisons-nous ?

En 2005, suite au constat de la disparité des programmes de formations des diététiciens en Europe, l'EFAD définira « les compétences des diététiciens européens » (génériques et spécifiques), les « *benchmarks* ».

Le réseau thématique DIETS (2008-2010) sera créé pour travailler sur l'harmonisation et le développement de la qualité de la formation initiale et continue ; il obtient de la part de ses partenaires (associations de diététiciens et centres de formation) l'adoption des « *european Dietetic Competences and their Performance Indicators attained at the point of qualification and entry to the profession of Dietetics* » en 2009 et « *European Practice Placement Standards for Dietetics* » en 2010 (voir la traduction sur le site de l'AFDN).

Ces documents ont été le fruit d'un travail des professionnels et formateurs européens à partir de leurs pratiques, de leurs questionnements auprès d'associations à travers le monde, d'études interprofessionnelles, des directives européennes en matière de formation.

Un nouveau réseau thématique DIETS 2 (2010-2013) poursuit la réflexion sur le développement de la qualité professionnelle pour les diététiciens à travers divers groupes de travail sur le « *Life Long Learning* », les 2^e et 3^e cycles de formation, la recherche.

Diététiciens, enseignants, formateurs ne peuvent ignorer ce qui se fait et ne pas participer à ces développements.

Les lipides laitiers en alimentation infantiles : étude de l'absorption des lipides et de la tolérance digestive d'une nouvelle formule 1^{er} âge pendant un mois chez les nourrissons sains de 3 mois.

Amandine Ligneul

Retiers

Introduction

Depuis les années 1900 les formules infantiles ont vu leurs compositions lipidiques évoluer pour ne contenir plus que des lipides végétaux sources d'acides gras essentiels. Or chez l'animal, la synthèse de DHA et sa concentration cérébrale sont potentialisées avec la présence de lipides laitiers. Il était donc important de les réhabiliter. Cette étude évaluait, chez des nourrissons sains, la tolérance et la digestibilité d'une formule infantile contenant un mix de lipides laitiers et végétaux (E) comparativement à une formule ne contenant que des lipides végétaux (C)

Méthodologie

Etude multicentrique, randomisée contrôlée, en double aveugle, réalisée chez 100 nourrissons sains de 3 mois sevrés, non diversifiés. Les laits étaient consommés pendant 1 mois. A J30 une collecte de selles sur 3 jours était réalisée afin de mesurer la digestibilité des lipides (critère principal). Les paramètres anthropométriques et la tolérance digestive des formules étaient mesurés à J0, à J15 et J30 (critères secondaires).

Résultats

Les 2 groupes sont identiques à J0. Après 1 mois le taux de lipides dans les selles n'est pas différent entre le groupe C et E ($8,8 \pm 3,5$ % vs $8,3 \pm 2,4$ % des AGT, $p > 0,005$). L'IMC est augmenté dans les groupes C et E ($p > 0,005$), sans différence entre les groupes. A J30, le périmètre crânien est augmenté de 2,7% dans le groupe E et de 4% dans le groupe C ($p = 0,06$). Entre J0 et J15 la consommation quotidienne n'est pas différente entre les groupes mais diminue à J30 dans le groupe E vs le groupe C (-5,5 %, $p < 0,05$). La fréquence quotidienne des régurgitations est plus grande dans le groupe E vs le groupe C à J15 (+12%, $p < 0,05$) puis elle diminue, mais reste plus élevée (10%, $p < 0,05$). La fréquence des selles est identique dans les deux groupes à J15. A J30 le nombre de selles est plus faible dans le groupe E par rapport au groupe C (-18,8%, $p < 0,05$).

Conclusion

La digestibilité et la tolérance des formules sont bonnes et l'étude ne montre pas de différence significative entre les groupes. Ainsi, une nouvelle formule contenant un mélange lipidique laitier/végétal est bien tolérée et digérée par des nourrissons. La diminution de la consommation et l'augmentation de la fréquence des régurgitations précoces dans le groupe E laisse suggérer une satiété plus grande du nouveau mélange. Une 2^{ème} étude chez le nourrisson devra approfondir le bénéfice de ce mélange sur la composition lipidique des membranes des érythrocytes.

Evaluation des pratiques professionnelles régionales : démarche de soin diététique dans la prise en charge de la dénutrition

Christiane Mauvezin

Reims

Introduction

Dans les établissements de santé, la prise en charge nutritionnelle des patients dénutris peine à s'organiser en cohérence avec les recommandations actuelles. Les explications sont multi-causales et mettent en perspective la nécessité d'améliorer les pratiques professionnelles de l'ensemble des professionnels concernés.

Conscients qu'ils portent une responsabilité à travers la qualité de leurs pratiques, les diététiciens réunis au sein du RESCLAN ont proposé la réalisation d'un audit régional de leurs pratiques centré sur la démarche de soin diététique à destination des patients adultes dénutris.

Méthodologie

La méthodologie est celle d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles sur la base d'un audit clinique prospectif des dossiers de patients bénéficiant d'une prise en charge diététique dans le cadre d'une dénutrition, suivi d'une analyse des résultats et d'un plan d'amélioration.

L'auditeur externe a recherché dans les dossiers de soins les éléments de la prise en charge diététique telle que validée par le groupe professionnel.

Les dossiers de soins ont été tirés au sort dans chaque établissement, à partir d'une liste préétablie constituée des noms de patients pris en charge pour dénutrition par un diététicien.

Résultats et plan d'amélioration

380 dossiers résultant des pratiques de 39 diététiciens répartis dans 9 établissements ont été audités entre septembre et décembre 2010.

12 d'entre eux comportent les éléments justifiant d'une démarche de soin diététique complète.

L'analyse conduit à formuler les hypothèses suivantes :

- La démarche de soin diététique pour les patients dénutris est encore méconnue
- La traçabilité des actes n'est pas formalisée ou pas perçue comme fondamentale
- Les diététiciens sont en difficulté avec l'écrit professionnel.

Le groupe régional valide la mise en place d'une formation à la démarche de soin diététique et à la traçabilité.

Un nouvel audit restreint portant sur les indicateurs d'amélioration sera conduit dans les 9 établissements à distance d'une année.

Conclusion

Les diététiciens ont pleinement pris conscience de l'écart qui existe entre les recommandations et les pratiques actuelles dans le soin diététique.

La professionnalisation de leurs actes est désormais perçue comme une absolue nécessité. Celle-ci est indispensable pour la reconnaissance de leur spécificité et de leurs compétences tout comme elle l'est pour l'optimisation du soin nutritionnel.

Caractérisation nutritionnelle des régimes amaigrissants les plus populaires en France

Perrine Nadaud

Paris

Marie-Dominique Daniel-Lamazière

Bordeaux

Introduction

Dans un contexte de fort développement des pratiques de régimes alimentaires lié à l'accroissement de la population en surpoids ou en situation d'obésité, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments a été saisie d'une demande d'évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Un des objectifs était d'estimer les apports nutritionnels correspondants aux régimes amaigrissants (RA) populaires pratiqués en France.

Méthode

Les 15 RA retenus ont été sélectionnés sur la base de leur popularité apparente, c'est à dire ceux les plus fréquemment cités sur Internet ou correspondant aux livres les plus vendus dans le commerce ou sur Internet. La lecture des ouvrages papier a conduit à la sélection d'une journée-type, pour chacune des phases qui les caractérisent. Pour chaque journée-type, les préconisations alimentaires des RA ont été codifiées et croisées avec les données de composition du Ciqual, afin de calculer les apports en énergie, macro et micronutriments.

Résultats

L'analyse des apports nutritionnels a permis de proposer une classification des différentes phases des RA en fonction d'une part de leur apport énergétique et d'autre part de la contribution des protéines, glucides et lipides à l'apport énergétique total.

Il ressort également de cette étude que l'apport en protéines est supérieur à l'apport nutritionnel conseillé (ANC) pour la population française pour plus de 80 % des phases de RA. Les RA hyperprotéiques non hypocaloriques induisent des apports en protéines qui dépassent le seuil des apports satisfaisants (2,2 g/kg/j). Concernant le calcium, le besoin nutritionnel moyen chez l'adulte n'est pas couvert pour 23% des phases de RA. A l'opposé, deux phases de RA étudiés conduisent à des apports deux fois supérieurs à l'ANC. Dans le cas du sodium, pour plus de la moitié des phases de RA, les apports sont supérieurs à la limite recommandée par l'OMS et dans un cas, ils correspondent à plus du double de cette recommandation. Enfin, trois phases de RA sur quatre conduisent à des apports en fibres alimentaires inférieurs à l'apport nutritionnel conseillé, et jusqu'à dix fois moindres.

Conclusion

Ce travail original a permis une caractérisation des apports nutritionnels liés à la pratique des RA les plus populaires en France et a mis en évidence, pour certaines phases, une inadéquation des apports par rapport aux recommandations, en particulier pour les protéines, le calcium, le sodium et les fibres alimentaires.

Place du diététicien en réseau obésité pédiatrique

Marianne Perron
Saint-Martin d'Hères

Le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique en Isère a débuté ses activités en Février 2010. Dans le cadre des journées d'études de l'AFDN à Grenoble, il propose de mettre au travail et de questionner les pratiques professionnelles dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire en réseau.

Il propose donc d'animer un atelier de pratiques professionnelles sur la thématique suivante : LA PLACE DU DIETETICIEN DANS UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE ENTRE SPECIFICITE ET CONVERGENCE.

Les Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique permettent aux enfants et à leur famille d'accéder à une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, diététique, psychologique, et activités physiques adaptées), concertée, de proximité, et dont le médecin est le pilier.

Quels sont les place et rôle du diététicien au sein de cette équipe pluridisciplinaire ?

- Alors que les diététiciens se forment aux approches psycho-comportementales, PNL, systémique... Quelle est la spécificité de leur prise en charge dans un travail en réseau ? En quoi se distingue-t-elle du travail du psychologue ?
- Le médecin pèse, mesure, et loin des pratiques médicales et thérapeutiques habituelles, s'inscrit dans une démarche d'accompagnement des familles vers des changements de comportement dans la vie quotidienne, notamment en matière d'alimentation. Dès lors, quelle est la place du diététicien ? Quelle est la spécificité de sa prise en charge ? Comment trouver une cohérence entre les différentes approches ?

Programme multidisciplinaire de lutte contre l'obésité en quartiers précaires

Stéphanie Schmitt

Grenoble

Introduction

Implantée dans les quartiers ZUS de la ville, et touchant une population particulièrement précaire, l'association de gestion des centres de santé de Grenoble (AGECSA) a choisi de s'investir dans la lutte contre l'obésité qui touche particulièrement sa patientèle. Deux axes d'intervention sont développés dans ce programme débuté en 2004 :

- l'éducation pour la santé, au sein de différentes structures du quartier (collège/c. sociaux, etc.)
- la prise en charge pluridisciplinaire, telle que recommandée par le PNNS. Selon les besoins et les possibilités du patient, un suivi par le médecin traitant, par la diététicienne, par le professeur d'activités physiques adaptées et/ou par la psychologue est possible. Une prise en charge coordonnée en ambulatoire est proposée en priorité.

Méthodologie

- Une coordination des différents professionnels impliqués est prévue dès l'acceptation par le patient de l'offre de prise en charge ainsi qu'une transmission d'information régulière.

L'efficacité globale du programme se mesure :

- par la qualité de dépistage
- par le nombre de prises en charge : plus de 400 patients (300 adultes/100 enfants) sont pris en charge chaque année, dont 150 à 200 nouveaux patients
- l'impact sur les comportements (nutritionnel, diminution de la sédentarité...)
- l'impact sur l'indice de corpulence
- l'impact sur la qualité de vie

Résultats

- Une thèse réalisée en 2007 sur 418 patients adultes montre que plus l'approche est pluri-professionnelle et régulière plus la variation d'IMC au bout d'un an est importante (-3.7% +/- 4.3%) pour les patients ayant bénéficié d'un suivi optimal.

- Les résultats sont évalués chaque année pour la nouvelle patientèle : ainsi en 2010 pour les patients adultes ayant bénéficié d'un suivi de plus de 3 mois (échantillon de 90 patients), 61% des patients ont leur poids en baisse, 80% ont diminué leur tour de taille de plus de 3 cm, 95% ont diminué leur tour de hanche de plus de 5 cm. En ce qui concerne les enfants, la moyenne de variation de l'IMC est de 0,4 Kg/M². 72% des enfants (échantillon de 58 enfants) ont amélioré leur ZScore pour une moyenne de -0.56.

Conclusion

Ce modèle original de prise en charge associant une gestion ambulatoire, pluri professionnelle et concertée de l'obésité semble donc être une approche efficace chez les personnes précaires.

Impact d'une formation nutritionnelle au niveau des pôles et de la mise en place du diététicien mobiles sur l'amélioration du diagnostic nutritionnel des patients hospitalisés

Véronique Séry
Strasbourg

Introduction

L'évaluation de l'état nutritionnel des patients hospitalisés demeure insuffisante malgré les recommandations en vigueur.

Objectifs de l'étude

Le but de cette étude a été d'évaluer si une formation nutritionnelle dispensée au niveau de chaque pôle combinée à la mise en place de diététiciens mobiles pouvait améliorer l'évaluation de l'état nutritionnel des patients hospitalisés.

Matériels et méthodes

- 2009 : évaluation de l'état nutritionnel de toutes les admissions :
 - de façon prospective de mi-janvier à mi-mai 2009
 - séjours > 48 h
 - paramètres recueillis dans les dossiers de soins / médicaux : poids, taille, IMC, poids habituel, perte de poids ; albuminémie ; NRI
 - « rattrapage » des paramètres manquants par l'enquêteur
- Établissement d'un diagnostic nutritionnel + codage PMSI des pathologies nutritionnelles par l'enquêteur : critères ANAES 2003 + HAS 2007 (personnes âgées)
- Retour des résultats au niveau de chaque pôle : de septembre à décembre 2009, réunion en présence des cadres + médecins senior, résultats nutritionnels + codage PMSI du pôle, progrès à accomplir dans l'évaluation nutritionnelle et le codage
- Début 2010 : déploiement de diététiciens mobiles au niveau des HUS : 1 ETP par site, missions : aider au diagnostic nutritionnel « au lit du malade », initier la PEC nutritionnelle, codage PMSI des pathologies nutritionnelles et transmission des données au DIM
- 2010 : nouvelle enquête sur l'évaluation de l'état nutritionnel des patients hospitalisés : de avril à juin 2010, mêmes modalités opérationnelles qu'en 2009
- Statistiques : χ^2 , test t de Student

Résultats

- Population 2009 :
 - 1722 patients, H (54.1 %), F (45.9 %), âge 62.4 ± 17.9 ans
 - 31 UF chirurgie (39.9 %), 39 UF médecine (60.1 %)
- Population 2010 :
 - 1051 patients, H (50.8 %), F (49.2 %), âge 55.5 ± 15.8 ans
 - 31 UF chirurgie (47.4 %), 30 UF médecine (52.6 %)
- Amélioration de l'évaluation de l'état nutritionnel des patients hospitalisés entre 2009 et 2010 touchant l'ensemble des paramètres nutritionnels sauf l'albuminémie et le calcul du NRI, les améliorations les plus importantes concernant l'IMC et la connaissance du poids habituel.
- Chez les dénutris, la présence des éléments nécessaires au diagnostic nutritionnel a également progressé : 4.3 % en 2009 ; 10.8 % en 2010 ($p < 0.01$)

Conclusions

- Une formation centrée sur les procédures du diagnostic nutritionnel établie à partir des pratiques observées au niveau de chaque pôle et tenant compte de leur organisation des soins ainsi que la mise à disposition de professionnels qualifiés dédiés, s'accompagne d'une meilleure évaluation de l'état nutritionnel des patients hospitalisés entre 2009 et 2010.
- Il reste cependant des progrès à accomplir pour le calcul de l'IMC et de la variation du poids dont les taux de présence dans les dossiers demeurent très en deçà des recommandations de l'HAS.

Dénutris, non dénutris : même plateau ?

Marie-France Vaillant

Grenoble

Introduction

Parmi les causes de la dénutrition hospitalière, on incrimine souvent la faible consommation en lien avec les repas proposés. Nous avons évalué la consommation des repas hospitaliers et celle des apports extérieurs, afin de trouver des solutions qualitatives et quantitatives concrètes pour l'amélioration des ingesta des patients en réponse à leurs besoins.

Méthodologie

Population : Patients hospitalisés dans notre CHU, consommant au moins les 3 repas le jour de l'enquête. Non inclus : refus de participer, trop fatigués, estimation de la consommation incomplète, communication limitante.

Méthode : 1) évaluation de l'état nutritionnel : IMC ou perte de poids récente. Calcul de la dépense énergétique totale (DET) par jour : besoins au repos (Harris et Benedict) ajustés avec le facteur d'agression et l'activité 2) Questionnaire renseignant sur : consommation, environnement, satiété, habitudes alimentaires et propositions d'amélioration. Les données ont été traitées avec le logiciel STATA 11®.

Résultats

265 patients (48% de femmes) de février à avril 2010, dans 14 unités de médecine ou chirurgie (232 journées alimentaires complètes). Médianes : âge = 74 ans ; IMC = 24,5 ; durée de séjour au moment de l'enquête = 9 jours. Nombre de dénutris = 73 (27%).

Le déficit énergétique est deux fois plus important chez les non dénutris (555 kcal) que chez les dénutris (250 kcal). L'offre alimentaire standard (~1800 kcal/j) couvre les besoins de 2/3 des femmes et 1/3 des hommes.

Popularité des composantes du plateau : pas de différence de consommation entre dénutris et non dénutris.

Petit déjeuner : boisson, pain, beurre, confiture sont entièrement consommés par au moins 79% des patients.

Midi ou soir : fromage, laitage, fruit, dessert sont consommés dans leur intégralité. Les plats moins bien consommés sont les légumes et les féculents.

Environnement : 33% des patients souhaitent une assiette en faïence et un vrai verre, 47% des couverts en inox, 50% des sachets d'assaisonnement.

Habitudes alimentaires : 34% des patients prennent un goûter à domicile, 40% ont eu des apports alimentaires extérieurs (médiane = 160 kcal).

Conclusion

Il faut répondre aux besoins de tous, dénutris et non dénutris, avec un taux calorique minimal par plateau. Pour couvrir 80% des besoins des patients de notre étude, il faudrait proposer 2340 kcal/j aux hommes et 1840 kcal/j aux femmes. Des actions concrètes sont envisageables à partir des éléments de cette étude :

- 1) encourager un travail d'amélioration organoleptique des plats chauds,
- 2) organiser une campagne d'information pour les sachets d'assaisonnement individuels (disponibles et pas toujours distribués),
- 3) s'appuyer sur les composantes les mieux consommées (fromages, laitages, desserts : toujours une seule portion par produit, mais plus grosse),
- 4) améliorer le petit déjeuner avec une composante de plus, correspondant aux habitudes alimentaires à domicile,
- 5) revoir la question des collations qui disparaissent du fait de la charge en soins ; tout ceci afin de ne pas contribuer à dénourrir des patients qui ne le sont pas.

