

NUTRI-doc

Surpoids et obésité : nouvelles recommandations

Des recommandations de bonne pratique clinique sur le thème « surpoids et obésité » ont été mises en ligne sur le site de la Haute Autorité de santé en octobre dernier. Élaborées dans le cadre du deuxième PNNS (2006-2010), elles s'adressent essentiellement au médecin traitant.*

Adulte : le généraliste en première ligne

L'objectif est d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale de premier recours des adultes ayant un surpoids (IMC ≥ 25) ou une obésité (IMC ≥ 30). Ainsi, il est recommandé au médecin de repérer, dès la première consultation, le surpoids et l'obésité d'un patient et de le mettre en garde contre les régimes successifs à l'origine de fluctuations du poids pouvant être délétères et contre l'usage de médicaments. Le patient devra être pris en charge dans le cadre de consultations dédiées avec un suivi programmé.

La prise en charge est fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient. Pour le patient obèse, l'objectif sera une perte pondérale de 5 à 10 % du poids initial (au rythme de 1 à 2 kg/mois), qui maintenue réduit le risque de diabète de type 2 et la mortalité toutes causes confondues. Si la personne est en situation d'échec thérapeutique, il s'agira d'abord de stabiliser son poids. Pour les patients en surpoids, l'objectif sera d'éviter une prise de poids supplémentaire ou d'en perdre en cas de comorbidités associées. D'après les experts, dans nombre de cas, le médecin généraliste pourra assurer l'éducation diététique, les conseils d'activité physique, l'approche psychologique et le suivi médical dont le patient

en excès de poids (surpoids ou obésité) a besoin. Le conseil nutritionnel, en cas d'amaigrissement envisagé, visera à réduire la ration énergétique (portion, densité énergétique). C'est au bout de six mois à un an, si les objectifs ne sont pas atteints, que le médecin pourra faire appel à d'autres professionnels, dont le diététicien.

Enfants et adolescents : surveiller la courbe de l'IMC

Il s'agit d'une actualisation des recommandations établies en 2003. Le médecin habituel de l'enfant peut être médecin généraliste, scolaire, de PMI ou pédiatre. Il lui est recommandé d'établir et surveiller la courbe de l'IMC de l'enfant ou de l'adolescent deux à trois fois par an quels que soient l'âge et le motif de consultation à l'aide des courbes de corpulence du PNNS 2010 : l'excès de poids étant défini par un IMC $\geq 97^e$ percentile de ces courbes et l'obésité par un IMC \geq seuil IOTF-30 (courbe atteignant 30 à 18 ans). Une attention particulière doit être portée aux enfants présentant un rebond d'adiposité précoce, une ascension continue de la courbe de l'IMC depuis la naissance ou un changement rapide de couloir de la courbe vers le haut.

L'éducation thérapeutique est au fondement de la prise en charge qui implique un suivi régulier pendant deux ans au minimum et une prise en compte de l'alimentation, de l'activité physique, des rythmes de vie et des aspects psychologiques et socio-économiques. L'objectif n'est pas la perte de poids mais de ralentir la progression de la courbe de corpulence. Ainsi les régimes à visée amaigrissante sont déconseillés et l'accompagnement diététique, assuré par le médecin habi-

tuel, aura pour but d'obtenir un changement durable des habitudes alimentaires de l'enfant/adolescent et de son entourage se référant aux repères du PNNS et en tenant compte de leurs goûts. Aucun aliment ne doit être interdit.

Enfants et adolescents : trois niveaux de prise en charge

Trois niveaux de prise en charge sont définis. Le premier recours (surpoids ou obésité non compliquée, contexte familial favorable, pas de problème psychologique et/ou social majeur) est assuré par le médecin habituel qui peut, en fonction des besoins, faire d'emblée appel à un diététicien, un psychologue... dans le cadre ou non d'un réseau. En cas d'échec de ce premier recours et/ou de surpoids avec ascension brutale de la courbe de l'IMC, d'obésité avec comorbidités associées, d'un contexte familial, psychologique et/ou social problématique, une prise en charge multidisciplinaire par une équipe spécialisée est recommandée : c'est le deuxième recours. Des séjours de moins de deux mois en SSR** peuvent être organisés. Ce type de prise en charge multidisciplinaire devient indispensable en cas d'échec et/ou de comorbidités sévères, de handicap au quotidien lié à l'obésité, de carence éducative, de maltraitance, de composante psychiatrique et/ou sociale majeure. Dans le cadre de ce troisième recours, les orientations sont décidées selon avis spécialisés et des longs séjours en SSR (plus de deux mois) peuvent être alors indiqués.

* D'après les recommandations de bonne pratique de la HAS disponibles sur <http://www.has-sante.fr>

**SSR : soins de suite et de réadaptation

FLASHS

Des fibres contre le cancer du sein

Les résultats d'une méta-analyse de dix études prospectives incluant plus de 700 000 femmes montrent que le risque de cancer du sein est diminué de 11 % chez les femmes qui ont la plus grande consommation de fibres par rapport à celles qui ont la plus faible consommation. La région géographique, la durée du suivi et la ménopause ne modifient pas cette relation. En outre, l'analyse de la courbe dose-réponse montre qu'à chaque augmentation de 10 g/jour de la consommation de fibres correspond une diminution de 7 % du risque de cancer du sein.

Dong JY, et al. *Am J Clin Nutr* 2011;94:900-5.

Obésité : protéine de soja versus protéine laitière

Pendant vingt semaines, 48 Japonais obèses ont consommé en guise de petit déjeuner une boisson à base soit de protéines de soja (et de lait) soit de protéines de lait uniquement. Pendant l'intervention, la graisse abdominale et la graisse sous-cutanée ont été significativement réduites dans le groupe protéines de lait, mais pas dans l'autre. En outre, même si le tour de taille a diminué dans les deux groupes, le poids et l'IMC ont été significativement réduits uniquement dans le groupe protéines de lait. Les protéines de lait semblent plus efficaces que les protéines de soja dans la réduction de la masse grasse viscérale et sous-cutanée.

Talahira M, et al. *Circulation J* 2011 - doi:10.1253/circj.CJ-10-1013.

Apports nutritionnels en EHPAD

La prévention de la dénutrition reste la priorité chez les personnes âgées, notamment en institution, où elles sont plus exposées à ce risque. Il faut donc veiller à ce que leurs consommations alimentaires restent suffisantes. Une étude écossaise a évalué et comparé les apports alimentaires de résidents en EHPAD âgés de plus de 60 ans et recevant une alimentation à texture soit modifiée (mixée) soit normale. Sur 30 résidents de trois maisons de retraite différentes participant, 15 avaient une alimentation mixée et 15 autres, une alimentation standard. Les consommations (repas, en-cas et boissons) ont été mesurées sur trois jours par pesée des aliments avant consommation et pesée des restes, et les apports nutritionnels calculés.

Les résidents nécessitant un régime mixé avaient un plus mauvais statut nutritionnel et cognitif, et 13 sur 15 avaient besoin d'assistance pour s'alimenter. Les résultats montrent que leurs apports en énergie sont plus faibles que ceux des résidents avec une alimentation standard (1 312 kcal *versus* 1 569), de même pour les fibres (35 % *versus* 46 % des apports recommandés britanniques), ainsi que pour les liquides (1 196 mL *versus* 1 611). Les apports en protéines sont, eux, similaires et conformes aux recommandations. Enfin, la contribution des en-cas aux apports en énergie est bien moindre pour les résidents recevant l'alimentation mixée (173 kcal *versus* 343).

Veiller aux apports nutritionnels des résidents avec une alimentation mixée est donc essentiel car, insuffisants, ils favorisent, outre la dénutrition, la constipation et la déshydratation. Les auteurs incitent à optimiser l'enrichissement et l'esthétique des repas mixés et à renforcer en nombre et formation le personnel aidant à la prise des repas.

Bannerman E, Mc Dermott K. *J Am Med Dir Assoc* 2011;12:234-9.

Perception des messages de santé : le clivage social

Le PNNS a favorisé la diffusion à grande échelle des recommandations de santé concernant l'alimentation. Une étude de l'Inra a comparé la perception de ces messages selon le niveau de vie des ménages par l'analyse lexicographique du corpus de 85 entretiens semi-directifs menés surtout auprès des femmes, plus souvent en charge des repas. Alors que pour les plus aisés, les recommandations en matière d'alimentation et de gestion de la corpulence sont bien perçues et facilement mises en pratique, dans les catégories modestes, elles sont reçues comme des injonctions extérieures très éloignées des pratiques quotidiennes et difficiles à appliquer, et pour les populations défavorisées, elles ne font pas partie des priorités. En milieu modeste, au-delà des freins financiers, les recommandations se heurtent aux représentations de l'alimentation et du corps : les légumes ne nourrissent pas, l'alimentation est le premier luxe accessible, les gens ont « le goût des choses bonnes parce qu'elles sont bonnes au goût et non pour la santé », la maladie est le fait d'un individu (et non de sa famille), perçue comme un événement dans une vie et non pas dans une perspective à long terme. L'enfance est un temps privilégié qui dure plus longtemps : l'enfant est libre de se nourrir selon ses préférences, l'enfant gros est celui qui est bien nourri et l'obésité est une maladie de l'adulte. Autant de différences détaillées dans l'article qui montrent la nécessité d'une communication spécifique pour ces catégories modestes, tenant compte de leurs contraintes, de leurs pratiques et de leurs représentations.

Regnier F. *Cah Nutr Diet* 2011;46:206-12.

Produits laitiers et diabète

Afin d'étudier la relation entre produits laitiers (PL) et risque de diabète de type 2 (DT2), plus de 37 000 femmes issues de la *Nurses' Health Study II* ont été interrogées rétrospectivement sur leurs consommations alimentaires à l'adolescence. Après ajustement avec l'âge, la consommation de PL à l'adolescence est inversement associée au risque de DT2 à l'âge adulte : les femmes qui consommaient le plus de PL (≥ 4 portions par jour) ont un risque de faire un DT2 réduit de 41 %. Cette association inverse persiste après ajustement avec les apports énergétiques totaux, l'IMC et la présence d'autres facteurs de risque (tabac, alcool, boissons sucrées, etc.) à l'adolescence. C'est la persistance de la consommation de PL à l'âge adulte qui réduit le plus le risque de DT2. En outre, à l'âge adulte, cette association inverse est aussi marquée avec des PL entiers qu'avec des PL écrémés. En revanche, à l'adolescence, l'association entre forte consommation de PL et risque moindre de DT2 semble plus marquée avec les PL entiers (0,60 versus 0,83 respectivement). La consommation de PL pendant l'adolescence et sa persistance à l'âge adulte semblent donc avoir un rôle protecteur vis-à-vis du DT2.

Malik VS, et al. *Am J Clin Nutr* 2011;94:854-61.

Végétarisme, végétalisme et croissance

Deux à 5 % des adultes en Europe seraient végétariens. Religion, préoccupations de santé, préoccupations environnementales en sont les principaux moteurs. Les adultes végétariens ont en général un IMC et une mortalité cardiovasculaire plus faibles. Beaucoup sont de jeunes parents : peuvent-ils sans danger appliquer leurs pratiques alimentaires à leurs enfants ?

Une alimentation végétarienne diversifiée incluant produits laitiers et œufs peut couvrir les besoins d'enfants en période de croissance. Attention cependant, car certains adolescents dissimulent derrière ce régime des troubles du comportement alimentaire. Une alimentation végétalienne, excluant tout aliment d'origine animale, y compris les produits laitiers, est en revanche plus risquée pour la croissance. Elle doit être complétée au minimum en vitamine B12 dont la carence peut entraîner une anémie mégalo-blastique et surtout des désordres neurologiques irréversibles (retard de développement cérébral, troubles neuropsychiatriques). Les enfants soumis à une alimentation végétalienne, y compris ceux allaités par une mère végétalienne, doivent être complétés en vitamine B12, de même que la mère. Les besoins en acides aminés essentiels peuvent être couverts grâce à la complémentarité des protéines, sachant qu'il faudra – outre une bonne connaissance des aliments – 1,3 fois plus d'apport protéique qu'un régime omnivore (tableau). Les apports en calcium et en zinc doivent être surveillés. Plus l'alimentation est restrictive et l'enfant jeune, plus le risque de carence est grand.

Tableau. Qualité des protéines de différentes sources alimentaires		
Source en protéine	PDCAAS* (%)	Acide aminé limitant
Lait, fromage	121	
Œufs	118	
Viande, poisson	92	Acides aminés ramifiés
Soja	91	Méthionine, cystéine
Maïs	52	Lysine
Riz	44	Lysine
Blé	42	Lysine

* PDCAAS : protein digestibility corrected amino-acid score.

Van Winckel M, et al. *Eur J Pediatr* 2011;170(12):1489-94.

FLASHS

Polymédication chez la personne âgée

D'après une enquête réalisée auprès de 1 100 Américains de plus de 65 ans vivant encore à domicile, 43 % d'entre eux prennent au quotidien au moins deux médicaments, dont la moitié cinq ou plus. Plus le nombre de médicaments augmente, plus la quantité de fibres alimentaires consommées diminue, et plus les apports en cholestérol, glucides et sel augmentent. En outre, chez ces seniors polymédicamentés, les apports en vitamines liposolubles, en vitamines du groupe B ainsi qu'en caroténoïdes et en minéraux sont diminués. Cette étude confirme l'association entre polymédication et détérioration du statut nutritionnel.

Heuberger RA, et al. *Drugs Aging* 2011;28:315-23.

INFOS CONGRÈS

- Colloque Ocha, « Les alimentations particulières », Paris, 19-20 janvier, www.lemangeur-ocha.com
- Journée annuelle Benjamin Delessert, Paris, 3 février, www.jabd.fr
- Congrès Vitagora, Goût nutrition santé, Dijon, 20-21 mars, www.gout-nutrition-sante.com
- Diétécom, Paris, 22-23 mars, www.dietecom.com
- 16^e Journée d'étude du CEDE (Club européen des diététiciens de l'enfance), Paris, 23 mars, www.cede-nutrition.org

Comité de suivi du PNNS-PO

Cette nouvelle instance élargie a été installée en octobre dernier afin de coordonner les nombreux acteurs qui s'impliquent dans la promotion et la concrétisation des différents plans de politique nutritionnelle. L'objectif du Comité de suivi est de créer du lien et des interfaces fonctionnelles entre le PNNS et le PO, d'une part, les autres plans gouvernementaux qui jouent un rôle dans leur bonne mise en œuvre, d'autre part : le Programme national pour l'alimentation (PNA), le Plan national santé environnement (PNSE), le Plan national alimentation insertion (PAI), ou encore le Plan Éducation santé. La création de ce comité fait suite à une recommandation du rapport de l'IGAS sur le PNNS. Il est composé de représentants de 11 ministères, d'organismes publics (Anses, Inpes, InVS...), et de la société civile (associations de patients...), d'opérateurs économiques et de 12 personnalités scientifiques désignées par le directeur général de la Santé.

<http://www.sante.gouv.fr/installation-du-comite-de-suivi-pnns-po.html>

Abena 2

L'étude Abena 2 (Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire) sera conduite au cours de l'hiver 2011-2012 dans six zones urbaines (Paris, Marseille, grand-Dijon, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine). Les résultats seront comparés à l'évaluation précédente de 2004-2005 alors que le contexte économique, social et de l'aide alimentaire a profondément changé ces dernières années. La méthodologie retenue est celle de l'épidémiologie nutritionnelle quantitative. L'état nutritionnel sera évalué par un examen paraclinique et biologique. Au total, 2 400 bénéficiaires de l'aide alimentaire seront inclus dans l'étude dont les premiers résultats devraient être diffusés fin 2012.

<http://www.ors-idf.org/index.php/thematiques/mode-de-vie/nutrition>

Mangez du bœuf

C'est la recommandation émise par les Académies de médecine et de l'agriculture dans un communiqué commun du 14 novembre. Elles rappellent l'intérêt de manger du bœuf français, et que ses qualités nutritionnelles justifient sa place dans l'équilibre alimentaire. Et surtout, les Académies démentent l'idée largement diffusée selon laquelle la consommation de bœuf en France serait excessive. En effet, celle-ci est estimée à 30 g/jour en moyenne, ce qui est bien inférieur aux limites de consommation préconisées. Les Académies « mettent en garde les consommateurs contre le risque de carences qu'ils encourrent en proscrivant la viande de bœuf de leur régime alimentaire ».

http://www.academie-agriculture.fr/detail-seance_274.html

Baromètre de la perception de l'alimentation

Les résultats de la 6^e vague du baromètre réalisé par le Crédoc à la demande du ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation montrent que l'alimentation est avant tout une nécessité (44 %) avant d'être un plaisir (41 %). Le premier critère cité pour juger de la qualité d'un aliment est son goût (96 %), puis son apparence (89 %) et son prix (86 %) ou sa durée de conservation (86 %). L'information prioritairement lue sur les étiquettes est la liste des ingrédients (36 %) puis la composition nutritionnelle (30 %). Les deux tiers des Français ont appris à cuisiner dont la moitié avec leur mère. La télévision est le premier moyen d'information (72 %), devant la presse écrite (42 %). Les Français font d'abord confiance aux médecins pour donner des informations fiables (53 %), puis aux associations de consommateurs (48 %) et aux... diététiciens (45 %).

<http://alimentation.gouv.fr/barometre-alimentation-2011>

SÉLECTIONNÉS POUR VOUS

Santé dentaire des seniors de 65 à 74 ans en consultation d'examen de santé (CES)

Roland E, et al. *La Revue de Geriatrie* 2011;36:283-93.

La cavité buccale est un marqueur de la santé du sujet âgé. L'article présente divers aspects de la santé bucco-dentaire et souligne certains de ses déterminants chez les seniors à travers une étude réalisée sur près de 200 000 assurés du régime général de la Sécurité sociale âgés de 65 à 74 ans, examinés par un chirurgien-dentiste dans les centres d'examen de santé (CES) entre 1999 et 2004.

Les acides gras trans : des acides gras bien singuliers

Narce M, et al. *Medicine Maladies Métaboliques* 2011;5:247-51.

Cette revue souligne l'émergence de divers aspects bénéfiques des acides gras trans naturels, qui ont des propriétés distinctes et parfois même opposées à celles des acides gras trans retrouvés dans les huiles partiellement hydrogénées. Ainsi, après avoir été mis en avant pour leurs effets délétères sur la santé, les acides gras trans – ou plutôt certains d'entre eux – sont considérés sous un éclairage nouveau pour leurs effets bénéfiques.

Recommandations pour la pratique clinique. Le soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé

Agnetti R, et al. *Information Diététique* 2011;3:41-4.

En complément de la recommandation HAS-AFDN sur la consultation diététique réalisée par un diététicien, l'AFDN a rédigé des recommandations pour le soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé. Objectifs : faciliter l'intégration de connaissances nouvelles dans la pratique quotidienne, favoriser leur appropriation par une déclinaison en protocole de soins et réduire la variabilité des pratiques.

L'anorexia athletica : une dérive dans la recherche du poids de forme du sportif

Nathan P. *Nutrition Endocrinologie* 2011;9:106-9.

Pour beaucoup de disciplines, elle est le reflet de la pression exercée sur l'athlète couplée souvent à un manque de confiance en soi. Sa fréquence est en augmentation. Tout sportif est à risque. La dépister permet de prévenir le passage à une anorexie avérée.

Lecture critique des dernières recommandations concernant le diabète gestationnel

Sibony O. *Réalités Nutrition Diabétologie* 2011;35:22-5.

L'étude HAPO a permis l'élaboration de recommandations plus précises : le dépistage du diabète gestationnel ne doit pas être systématique mais ciblé, et le régime adapté va permettre à lui seul la prise en charge de la majorité des diabètes gestationnels.

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

CERIN - 42, rue de Chateaudun - 75314 Paris Cedex 09
Fax : 01 42 80 64 13 - E-mail : nutrition-fr@cerin.org
www.cerin.org