

Recommandations

L'analyse de la littérature a permis au groupe d'experts de mettre en évidence que certains groupes de population présentent un risque accru de déficit nutritionnel, majeur chez les sujets souffrant de pathologies graves, parfois plus discret dans la population générale, à certaines périodes de la vie (enfants, femmes enceintes et personnes âgées). La plupart des travaux montrent que la fréquence de la dénutrition augmente quand les sujets sont hospitalisés ou institutionnalisés. Les déficits d'apport alimentaire, conduisant à une dénutrition protéino-énergétique, peuvent également s'accompagner de carences en vitamines ou oligo-éléments. Ce déséquilibre entre les apports et les besoins, même sans traduction clinique, justifie d'abord une meilleure éducation nutritionnelle puis, dans certains cas, une supplémentation associée à un suivi médical. L'évaluation diagnostique et pronostique de l'état nutritionnel nécessite la validation préalable d'associations de marqueurs en fonction du contexte clinique.

Le groupe d'experts attire l'attention sur le fait que la recherche en nutrition humaine doit être développée en France. La création récente de centres de recherche en nutrition humaine prenant appui sur l'excellence des travaux en nutrition animale et sur l'aliment constitue un atout pour le développement du versant santé. De même, la création de l'Agence de Sécurité sanitaire de l'Aliment et les priorités affichées du 5^e Programme cadre de recherche et développement européen (*Food, Health and Environmental Factors*) sont des arguments supplémentaires pour promouvoir cette recherche. Plusieurs domaines méritent d'être encouragés, comme la régulation des principaux métabolismes dans différentes circonstances normales (notamment le vieillissement) et pathologiques, le comportement alimentaire et ses bases neurologiques et le rôle de l'alimentation dans la promotion et le maintien de la santé. Ce dernier thème répond à une demande justifiée du consommateur et a des implications potentielles majeures en santé publique. Cette promotion de la recherche devrait mettre en synergie les compétences complémentaires des différents instituts et les structures hospitalo-universitaires.

Informer et former

INFORMER SUR LA NÉCESSITÉ D'UN ÉQUILIBRE NUTRITIONNEL ET SUR LES RISQUES DES MODIFICATIONS NON CONTRÔLÉES DES HABITUDES ALIMENTAIRES

Chez l'adulte en bonne santé, l'apport recommandé en protéines est de 0,8 g/kg/j, le besoin moyen étant de 0,6 (protéines de haute valeur biologique). Les apports habituels étant en France de 1,3 à 1,6 g/kg/j, il n'existe pas

de risque de carence en protéines dans la population adulte. Les recommandations nutritionnelles limitant les teneurs en lipides (= 30-35 % de l'apport énergétique, avec une faible contribution (= 7 %) des acides gras saturés) devraient être suivies chez l'adulte au regard du bénéfice sur le risque cardiovasculaire et l'obésité. Une alimentation riche en acides gras mono-insaturés peut être préconisée. Les glucides digestibles, surtout sous forme d'amidon, doivent apporter la majorité de l'énergie. La nature de l'amidon peut être choisie pour moduler la réponse glycémique/insulinique. Les glucides indigestibles (fibres alimentaires) ne sont généralement pas ingérés en quantité suffisante pour limiter la densité énergétique des aliments, réguler le transit digestif et réduire la constipation ou influencer bénéfiquement le métabolisme glucidique et lipidique. Les micronutriments ont parfois été considérés comme des agents « adjuvants » pour diminuer la prévalence des maladies cardiovasculaires et du cancer. Le groupe d'experts attire l'attention sur le fait que l'intérêt d'une supplémentation systématique en micronutriments reste controversé.

La personne âgée doit maintenir son apport protéique, la variété de son alimentation et son activité physique. Des facteurs socio-économiques, notamment l'isolement, sont souvent à l'origine des diminutions de la prise alimentaire chez le sujet âgé en perte d'autonomie, vivant à domicile. Le groupe d'experts recommande d'encourager le portage des repas chez le sujet âgé et une meilleure prise en charge des soins et prothèses dentaires. La dénutrition acquise à l'hôpital et en milieu institutionnel pourrait, quant à elle, être prévenue en améliorant la qualité, la présentation et la convivialité des repas.

Le groupe d'experts recommande d'attirer l'attention du public sur les dangers liés au suivi de régimes restrictifs aberrants ou déséquilibrés. De bonnes habitudes alimentaires sont indispensables au maintien d'un équilibre nutritionnel. Le groupe d'experts recommande d'évaluer le rôle de programmes de formation en milieu scolaire sur les conduites alimentaires ultérieures.

SENSIBILISER LE PATIENT, AINSI QUE SON ENTOURAGE, SUR L'IMPORTANCE DE SA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Diverses pathologies sont associées à un risque élevé de dénutrition. Les maladies rénales nécessitent fréquemment un régime spécifique qui, correctement suivi avec l'aide d'un diététicien, permet d'éviter les risques de dénutrition et de différer la mise en œuvre d'une dialyse. Les patients présentant une maladie rénale doivent recevoir un conseil diététique précis et régulier tout au long de leur maladie, permettant de ralentir la progression de l'insuffisance rénale vers la dialyse et d'éviter des risques de dénutrition. S'ils doivent être traités par dialyse, un suivi régulier des apports alimentaires et de la qualité de la dialyse permet de dépister des dénitritions précoces, de modifier les apports nutritionnels et les caractéristiques de la dialyse.

Une pathologie infectieuse chronique ou cancéreuse est toujours accompagnée d'un hypercatabolisme pouvant conduire à une dénutrition. Celle-ci peut-être prévenue et corrigée si le patient ajuste sa prise alimentaire à ses capacités d'anabolisme majorées au cours des phases de rémission.

Pour les enfants souffrant de pathologies chroniques sévères à retentissement nutritionnel (maladie de Crohn, mucoviscidose, maladies neuromusculaires...), le maintien à domicile nécessite d'intégrer les modes de nutrition entérale et parentérale au sein de la vie familiale de l'enfant. Chez les adolescents, en cas d'anorexie mentale, l'implication de la famille et parfois des intervenants est le plus souvent nécessaire à l'initiation d'une démarche de soins.

Le groupe d'experts recommande qu'une information adaptée aux différentes pathologies à risque de dénutrition soit communiquée au patient et à sa famille lors de sa prise en charge en ambulatoire.

PROMOUVOIR UNE PROFESSION DE « DIÉTÉTISTES » EN ADÉQUATION AVEC LES FORMATIONS EUROPÉENNES ET NORD-AMÉRICAINES

Il est devenu important de prendre en compte l'évolution multifactorielle d'une dénutrition, et de mettre en œuvre des réponses appropriées à chacun des facteurs : socio-économiques, culturels, psychologiques, relationnels, tout comme il est maintenant courant de le faire pour les facteurs physiologiques et pathologiques. Dans le cadre de procédures de renutrition, une rééducation de ces aspects comportementaux est nécessaire pour obtenir des résultats durables. La création d'un corps de scientifiques spécialisés en diététique devrait permettre la prise en charge de l'ensemble de ces aspects aussi bien à l'hôpital qu'en ambulatoire, comme cela est le cas en Europe et en Amérique du Nord.

Le groupe d'experts recommande la création d'une spécialité de diététiste en France, la formation initiale et continue de tous les soignants, et la reconnaissance de l'acte diététique par son remboursement.

COORDONNER LES SOINS NUTRITIONNELS DANS LES RÉSEAUX VILLE HÔPITAL EXISTANTS

Une sensibilisation des soignants, la recherche systématique d'une dénutrition par des moyens d'évaluation simples et le recours à des équipes spécialisées à vocation transversale sont des éléments clés d'une bonne démarche thérapeutique. La prise en charge « à domicile » de la dénutrition chez l'enfant doit être au centre des préoccupations du soignant. Il est nécessaire de promouvoir une alternative à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation par une meilleure organisation des réseaux de soins.

Le groupe d'experts recommande d'améliorer la prise en charge nutritionnelle de tous les patients grâce à une meilleure prise en compte de la dénutrition au

sein des réseaux déjà existants, dans lesquels les « diététistes » auraient un rôle important à jouer. Il recommande par ailleurs l'organisation des soins de néphrologie en réseau pour une meilleure intégration du suivi nutritionnel du patient aux différentes étapes de sa maladie (maladie débutante, insuffisance rénale chronique, dialyse, transplantation).

Dépister, traiter et prévenir

DÉPISTER LA DÉNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE

Chez l'enfant, la croissance staturo-pondérale, qui est le meilleur index du statut protéino-énergétique, doit être suivie régulièrement. Chez l'adulte, la pesée est un geste simple à réaliser systématiquement en consultation, comme en visite à domicile, et doit être transcrite dans le dossier médical du patient. Chez la personne âgée, l'évaluation de l'état nutritionnel doit faire partie de tout examen clinique. Le choix des marqueurs d'évaluation de la dénutrition dépend du contexte clinique : dénutrition chronique ou aiguë, évaluation nutritionnelle pronostique.

Le groupe d'experts recommande l'utilisation de l'indice de masse corporel et le suivi pondéral des patients dans les différents secteurs de soins ; comme il est de pratique courante chez l'enfant, le poids doit être inscrit dans le carnet de santé de l'adulte à la suite de tout examen clinique. Le groupe recommande par ailleurs l'organisation d'une conférence de consensus sur la valeur diagnostique et prédictive des marqueurs de l'état nutritionnel aujourd'hui disponibles.

AUGMENTER LES APPORTS PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUES

Chez les patients atteints de maladies infectieuses ou cachectisantes telles que le cancer ou le sida, il faut prendre en compte les aspects nutritionnels dans les stratégies thérapeutiques. Recourir à des suppléments nutritionnels par voie orale, entérale ou parentérale peut être indispensable en complément de l'approche diététique.

Chez l'insuffisant rénal dialysé, si les modifications des apports alimentaires et de la dialyse ne suffisent pas à améliorer l'état nutritionnel, des compléments alimentaires doivent être proposés et pris en charge au titre de la maladie ; dans certains cas une nutrition artificielle pourra être recommandée.

Chez le sujet âgé, prescrire des compléments alimentaires peut être un élément utile mais non exclusif de la renutrition. Il faut souligner que les régimes d'exclusion, par exemple régime sans sel, hypolipémiant et hypocalorique, ne sont pas recommandés chez la personne âgée de plus de 80 ans.

Le groupe d'experts recommande que les produits nutritionnels soient disponibles et remboursés dans le cadre de prescriptions raisonnées et évaluées, en cas de pathologies chroniques avec défaillance multiviscérale, notamment infectieuses et cancéreuses, et au cours des pathologies de l'enfant.

ÉQUILIBRER LES APPORTS EN ACIDES GRAS ESSENTIELS

Des risques de carence en acides gras poly-insaturés essentiels et/ou indispensables (acides α -linoléinique, arachidonique et docosahexaénoïque) peuvent exister chez les nouveau-nés prématurés ou de faible poids de naissance. Pour pallier cette carence, les laits artificiels enrichis en acides gras de la série n-3 et n-6 sont proposés en France. Les patients souffrant de malabsorption et les personnes âgées affaiblies ou malades peuvent également présenter ce type de carences. Le groupe d'experts recommande de rééquilibrer l'alimentation de ces patients en acides gras insaturés.

ADAPTER LES APPORTS EN VITAMINES ET OLIGOÉLÉMENTS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE

Certains facteurs environnementaux peuvent majorer la fréquence des carences d'apport en oligo-éléments. Ainsi, les carences en iode demeurent fréquentes en Europe, à l'exception des Pays-Bas, de la Finlande, de la Suède et de la Suisse, et ont une répercussion sur le développement, la croissance et le statut hormonal thyroïdien. Le groupe d'experts recommande l'utilisation du sel iodé en France, y compris dans la restauration collective.

Les carences en micronutriments peuvent aussi résulter d'un apport insuffisant à certaines périodes de la vie, l'enfant en bas âge, la femme enceinte ou allaitante, la personne âgée en institution. Chez l'enfant, le rachitisme doit être prévenu par une supplémentation systématique en vitamine D. La compliance à cette supplémentation est variable et doit être évaluée, d'autant que la prévalence du rachitisme dépend des zones climatiques. Chez la femme, la carence martiale pose un problème en raison de sa fréquence : les principales causes physiologiques en sont l'hyperménorrhée (notamment chez les femmes portant un stérilet) et la grossesse, qui s'accompagne plus généralement d'une augmentation des besoins souvent non compensée par les apports alimentaires. À côté du fer, on peut observer des carences en folates, responsables d'anomalies de fermeture du tube neural chez le fœtus. L'intérêt d'une supplémentation systématique des femmes enceintes en fer et en folates se discute encore, et reste largement controversé pour le calcium. Les sujets âgés en institution présentent souvent des carences en fer, en folates, en vitamines du groupe B, en vitamine D et en calcium.

Le groupe d'experts recommande la supplémentation systématique en calcium et en vitamine D des personnes âgées vivant en institution.

PALLIER LES CARENCES EN VITAMINES ET OLIGOÉLÉMENTS DANS DIFFÉRENTES PATHOLOGIES

Les carences en micronutriments sont souvent dues à une malabsorption secondaire à une pathologie digestive. Parfois, elles correspondent à une affection héréditaire. Dans ces deux cas, elles ont une traduction clinique et nécessitent un traitement supplétif adapté, associé au traitement de l'étiologie quand cela est possible. Le groupe d'experts recommande, en cas de maladie héréditaire ou du métabolisme vitaminique, de rembourser le vitamère nécessaire au traitement spécifique.

L'alcoolisme, avec ses complications hépatiques et digestives s'accompagne fréquemment de carences en vitamines du groupe B et en oligo-éléments, pouvant majorer ou provoquer des neuropathies. Chez le patient à risque nutritionnel, le groupe d'experts recommande de recourir à une supplémentation précoce en micronutriments.

Les insuffisants rénaux peuvent présenter des carences multiples en vitamines et oligo-éléments justifiant une surveillance et une supplémentation adaptées.

Développer des recherches

PROMOUVOIR DES RECHERCHES SUR LES MARQUEURS DE DÉNUTRITION

Les valeurs de référence et les seuils pathologiques restent à établir pour de nombreux marqueurs anthropométriques et de composition corporelle. Cette lacune nuit à leur utilisation et à leur intérêt clinique en situation de dénutrition. Le groupe d'experts recommande qu'une évaluation objective des marqueurs soit effectuée, s'appuyant sur les acquis de la recherche fondamentale en physiologie métabolique intégrée ; valeurs de référence et seuils pathologiques doivent être établis sur la base de données scientifiques et de portée nationale. Il recommande également de développer les marqueurs fonctionnels et de promouvoir leur utilisation. L'interaction entre l'état nutritionnel et la qualité de vie constitue un autre champ de recherche en relation avec la santé publique.

PROMOUVOIR DES RECHERCHES SUR L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA DÉNUTRITION EN FRANCE

Des données précises manquent sur la prévalence de la dénutrition dans les différents groupes à risque, qu'il s'agisse de patients atteints de certaines pathologies déterminées, des jeunes femmes ou des personnes âgées. L'impact de la pauvreté sur l'état nutritionnel des enfants et des mères issus de milieux

défavorisés doit également être mesuré, ainsi que sa prévalence. Le groupe d'experts recommande d'évaluer l'amplitude de la dénutrition en France, en s'appuyant sur la sensibilisation des soignants à ce problème. Le personnel des centres de protection maternelle et infantile devrait être particulièrement informé de ce risque de dénutrition dans les populations à faible niveau de vie.

ÉVALUER L'EFFICACITÉ CLINIQUE DES THÉRAPEUTIQUES À VISÉE NUTRITIONNELLE

Des données manquent quant à l'efficacité de la prévention ou de la correction de la dénutrition sur la morbidité et la mortalité au cours de différentes pathologies, alors même que les conséquences d'une absence de prise en charge, comme d'une prise en charge inadaptée, peuvent être importantes d'un point de vue clinique comme économique. Quelques travaux ont toutefois montré chez différents patients une augmentation du taux de survie corrélée à une reprise de poids obtenue par la mise en place d'une thérapeutique nutritionnelle. Le groupe d'experts recommande que l'efficacité des prises en charge nutritionnelles chez les patients dénutris atteints de pathologies chroniques digestives (cirrhose), respiratoires (mucoviscidose, insuffisance respiratoire), rénales (dialyse), infectieuses, néoplasiques soit estimée en fonction d'une double stratégie, symptomatique et physiopathologique. Ainsi, la consommation excessive d'alcool s'accompagne de carences en vitamines du groupe B qui sont un facteur de mauvais pronostic sur les neuropathies. Le groupe d'experts recommande d'évaluer les programmes de supplémentation systématique en vitamines du groupe B chez le sujet alcoolique.