

Maisons-Alfort, le 14 avril 2004

AVIS

de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments relatif à l'évaluation du contenu scientifique et nutritionnel d'un programme d'encadrement et d'éducation nutritionnelle chez des patients obèses ou en surpoids sous un traitement médicamenteux spécifique

Par courrier reçu le 24 novembre 2003, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) a été saisie le 19 novembre 2003 par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, d'une demande d'évaluation du contenu scientifique et nutritionnel d'un programme d'encadrement et d'éducation nutritionnelle chez des patients obèses ou en surpoids sous un traitement médicamenteux spécifique.

Après consultation du Comité d'experts spécialisé "Nutrition humaine", réuni le 29 janvier 2004, l'Afssa rend l'avis suivant :

Considérant le contexte de la demande :

La demande concerne un programme d'encadrement et d'éducation nutritionnelle destiné aux patients obèses ($IMC^1 = 30 \text{ kg/m}^2$) ou en surpoids ($IMC = 28 \text{ kg/m}^2$) avec facteur(s) de risque, qui entreprennent de perdre du poids en association avec un traitement médicamenteux spécifique prescrit par leur médecin.

Cette demande a fait l'objet d'un premier avis émis le 23 septembre 2002. Cet avis encourageait la mise en œuvre de démarches d'encadrement des patients obèses ou en surpoids, en particulier lorsque ces patients sont pris en charge dans le cadre de la médecine de ville. Toutefois, cet avis soulevait la question de la pertinence du circuit mis en place entre le médecin généraliste, le médecin nutritionniste du programme, et la diététicienne. Enfin, l'Afssa avait émis plusieurs remarques sur le contenu scientifique et nutritionnel du programme.

Considérant le circuit de prise en charge des patients obèses ou en surpoids entre le médecin généraliste, le médecin nutritionniste du programme, et la diététicienne :

Des améliorations ont été apportées au programme, elles concernent notamment des précisions sur la position des intervenants du programme vis-à-vis des troubles du comportement alimentaire et la promotion de l'activité physique initialement envisagée sans vérification préalable auprès du médecin généraliste. Actuellement, le programme est présenté comme remettant la prise en charge des troubles du comportement alimentaire essentiellement entre les mains du corps médical et il est précisé que les troubles graves du comportement alimentaire sont une cause d'exclusion. Concernant la promotion de l'activité physique, le programme inclut aujourd'hui la nécessité d'obtenir un avis médical avant de mettre en pratique les conseils donnés au patient.

En revanche, l'Afssa souligne que la circulation de l'information reste essentiellement inversée dans le programme proposé par rapport à la pratique classique : dans ce dernier cas les diététiciennes sont censées expliquer au patient un régime prescrit par le médecin tandis que dans le programme proposé, le médecin reçoit secondairement le compte-rendu de l'entretien de la diététicienne, et son rôle dans la prescription diététique se limite essentiellement à proposer le programme d'encadrement à son patient. Il conviendrait donc que le praticien puisse au minimum fournir une fiche de prescription médicale où il fasse figurer ses souhaits en matière de ration calorique globale, de répartition des prises alimentaires dans la journée ou bien encore certaines contraintes liées à l'état clinique ou au traitement du patient.

¹ IMC : Indice de masse corporelle.

Considérant le contenu scientifique et nutritionnel du programme d'encadrement :

Des argumentaires ont été apportés aux différents points soulevés dans l'avis du 23 septembre 2002 :

Risques liés à l'allègement calorique du repas du soir chez certains sujets :

A l'origine, le programme proposait un allègement du repas du soir, ce qui peut représenter un risque chez certains diabétiques. Le pétitionnaire apporte des arguments recevables quant à l'absence de réduction des glucides lents et aux compétences des diététiciennes. Toutefois, ces arguments n'excluent pas un risque chez certains sujets (personnes âgées, terrain vasculaire spécifique). Ce risque pourrait être indiqué dans le dossier d'inscription du patient au programme des prescriptions médicales faites par le médecin généraliste, et sa prise en compte figurer dans le cahier des charges des diététiciennes.

Lipides alimentaires :

Le programme cible son intervention de réduction des aliments caloriques sur les seuls lipides (graisses d'accompagnement et graisses cachées) plutôt que sur la densité calorique des aliments. Ce choix est cohérent avec le fait (i) que les aliments riches en lipides représentent une grande partie des aliments à forte densité calorique, (ii) que ce message peut avoir une meilleure lisibilité pour les patients, (iii) que la diminution de l'apport lipidique améliore la tolérance clinique du médicament qu'accompagne le programme. Toutefois, il peut être regretté que davantage de conseils ne soient donnés concernant la réduction calorique pour les aliments à forte densité calorique (ceux-ci pouvant être exclusivement glucidiques). Par ailleurs, les différences nutritionnelles des diverses sources de lipides restent absentes du programme.

Promotion excessive des eaux minérales :

S'il est intéressant d'informer le patient sur l'intérêt de certaines eaux minérales en terme de contenu minéral, il semble que le message reste ambigu par rapport à la qualité de l'eau de distribution courante.

Équivalence entre les fruits frais et les fruits secs :

Cette équivalence reste injustifiée sur le plan calorique.

Remplacement de l'alcool par des jus de fruit :

Bien que puisse être défendu l'argument que cet échange s'inscrive dans la recherche d'une certaine participation à la convivialité de certaines réunions festives, le message d'équivalence à coût calorique moindre reste faux. La promotion des boissons gazeuses, édulcorées ou non, et des boissons aromatisées serait plus judicieuse.

Boissons « light » :

Les réserves formulées dans les documents du programme vis-à-vis des boissons édulcorées sont justifiées par les conseils d'une consommation « raisonnable » de ces boissons par l'ALFEDIAM² dans ses recommandations nutritionnelles aux diabétiques publiées en 1995. Actuellement, le recul peut être estimé suffisant pour considérer qu'un discrédit sur ces boissons édulcorées, surtout chez les patients obèses et/ou diabétiques, n'est pas fondé.

Activité physique :

L'évaluation de l'activité physique habituelle reste succincte. Par ailleurs, l'évaluation de l'activité au cours des loisirs ne semble pas être prise en compte. Cet élément est toutefois important pour l'évaluation des besoins énergétiques et donc de la prescription diététique et il est possible d'y accéder au moins à partir de quelques questions très simples.

Considérant les résultats du programme auprès des patients :

Le pétitionnaire fait état d'une étude menée sur 15 000 patients ayant bénéficié du programme. Il serait très utile que ces données soient fournies pour permettre une meilleure évaluation du programme quant à son contenu scientifique et nutritionnel.

Conclusion :

L'Afssa estime que la mise en œuvre de programmes d'encadrement, structurée autour du médecin généraliste, du médecin nutritionniste et de la diététicienne, peut contribuer

² ALFEDIAM : Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques

efficacement à l'amélioration de la prise en charge des patients obèses ou en surpoids ; l'Afssa encourage vivement ce type de démarche.

Dans le cas précis de la demande, des modifications satisfaisantes du premier programme ont été incluses. Toutefois, l'Afssa estime que des insuffisances, voire des erreurs, persistent dans le contenu scientifique et nutritionnel du programme.

Martin HIRSCH