

1.1 La politique nutritionnelle en France

La nutrition est un thème prioritaire dans les politiques de santé publique en France et à l'étranger. Elle est considérée comme fondamentale dans la prise en charge médicale des maladies chroniques¹ tant au niveau de leur origine, de leur développement et de leur aggravation. Il s'agit aussi d'un élément thérapeutique important et d'un facteur pronostic aussi bien des maladies chroniques comme l'obésité, le cancer et les maladies cardiovasculaires, que d'autres maladies comme la malnutrition, les désordres alimentaires chez les jeunes et la dénutrition à tous les âges. Ce qu'il convient également de retenir ici, c'est que ces maladies ont un impact socio-économique majeur. En France, en 2008, un tiers des décès survenus avant 65 ans renvoient à des causes liées à des facteurs modifiables comme l'alimentation, la malnutrition et la sédentarité. Selon l'OMS en Europe, les maladies chroniques sont responsables de 8 décès sur 10. Cette problématique est considérée comme un obstacle pour le développement des pays en raison des coûts qui s'imposent aux ménages et à l'État. Selon l'OMS, environ 1,7 million de décès sont imputables à une mauvaise alimentation, en particulier à une faible consommation de fruits et de légumes. C'est pourquoi, en 2013, la déclaration de Vienne a été signée par des ministres européens afin mettre en place une politique relative à l'alimentation, la nutrition et l'activité physique. Cette déclaration reconnaît que :

« une alimentation saine peut contribuer à la réalisation des objectifs mondiaux en matière de maladies non transmissibles adoptés par la Soixante-sixième Assemblée Mondiale de la Santé, y compris l'obtention d'une baisse relative de 25 % de la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles pour 2025 au plus tard. Une action commune ciblée visant à promouvoir une

¹ Les maladies chroniques ou maladies non transmissibles (MNT) ne se transmettent pas d'une personne à l'autre. Elles sont de longue durée et évoluent en général lentement. Les quatre principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme) et le diabète. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>.

meilleure nutrition nous aidera dans les efforts que nous menons pour atteindre cet objectif mondial non contraignant¹. »

Les problèmes de santé en lien avec la nutrition ont comme particularité de concerner l'ensemble de la population, de reposer sur des connaissances scientifiques bien documentées et de concerner des facteurs de risque (ou de protection) bien identifiés sur lesquels il est possible d'intervenir et, par suite, d'espérer avoir ainsi un impact sur l'incidence des maladies chroniques². Ainsi, force est de constater que la problématique nutrition-santé fait participer de multiples acteurs. Il s'agit principalement des professionnels de santé (diététiciennes, médecins, pharmaciens, etc.), des institutions publiques (ministres de la santé, de l'éducation), le secteur agro-alimentaire et l'industrie pharmaceutique. Les diverses politiques nutritionnelles émanent des institutions publiques. En ce qui concerne l'industrie agroalimentaire qui produit 80 % des produits consommés, leur rôle est essentiel car ses actions peuvent avoir un impact majeur sur les aliments eux-mêmes et sur les choix des aliments. L'industrie pharmaceutique, comme nous l'avons étudié dans la première partie de notre recherche, joue elle aussi un rôle déterminant dans la disponibilité des produits de nutrition artificielle.

Le Plan National Nutrition Santé (PNNS)³ élaboré par l'INPES et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) détermine la politique de santé publique de référence en matière de nutrition. Il est fondé sur une approche plurisectorielle intégrant les ministères chargés de l'éducation nationale, des affaires sociales, de l'agriculture, de la consommation, de la recherche, et discuté avec les collectivités territoriales, le mouvement associatif et les acteurs économiques. Il est, depuis 2010, inscrit dans le Code de la Santé Publique (Loi n°2010-873, article L3231-1)⁴. Sa fonction est de conseiller la population française : les particuliers, les restaurateurs, les médecins, les industriels, etc.⁵. Elle revêt également une dimension de prévention qui vise à réduire les facteurs de risque et la promotion des facteurs de protection alimentaires et l'activité physique. Il faut noter que la nutrition dans le cadre du PNNS, inclut dans un sens large

¹ OMS, *Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020*, 2013, p.7.

² Justification de la politique nutritionnelle en France, social.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CONCLUSION.pdf

³ Depuis 2001, il existe PNNS1, PNNS2 et PNNS3. LE PNNS est attendu en 2016.

⁴ Les actions concernant le domaine de l'alimentation sont également inscrites dans le programme national pour l'alimentation (PNA) défini à l'article L. 230-1 de la loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche

⁵ Son site est <http://mangerbouger.fr>

la dimension de l'activité physique, (comme un composant de la dépense énergétique) conçu non seulement comme la pratique du sport mais également comme une dimension englobant l'ensemble des mises en mouvement du corps dans la vie quotidienne. En ce sens, l'objectif est de :

« proposer des recommandations fiables et scientifiquement validées, pour aider la population et les professionnels du secteur à décrypter les informations parfois contradictoires que l'on entend tous les jours sur la nutrition. »

Les recommandations, classées en neuf repères facilement identifiables¹, insistent sur la pertinence de la nutrition pour la santé et cherchent à intégrer la diversité sociale et culturelle :

« Il s'agit de promouvoir une nutrition positive associant alimentation et plaisir. Les guides ne se veulent pas normatifs, mais prennent en compte la diversité des situations, la complexité de l'acte alimentaire et ses dimensions sociale et culturelle². »

Toutefois, au-delà des controverses sur sa validité scientifique³, cette politique a de limites dans la mesure où elle cible des déterminants individuels du comportement alimentaire et d'activité physique, en s'appuyant uniquement sur l'information et la communication⁴. Cela se traduit par des inégalités de résultats au niveau de la population. Par exemple, il y a des résultats favorables avec une stabilisation du nombre d'adultes obèses, mais les résultats sont inégaux chez les enfants ; il y a une amélioration concernant l'obésité chez les enfants de cadres entre 2002 et 2005, tandis

¹Ces repères concernent la consommation de fruits et légumes, de produits laitiers, de féculents, de viande de poisson, d'œuf, de matières grasses, de produits sucrés, du sel, d'eau et l'activité physique. Quatre axes stratégiques structurent la troisième version de ce programme : réduire l'obésité et le surpoids dans la population, augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges, améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque et réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles. Le Plan Obésité 2010-2013, s'articule avec le PNNS, avec l'objectif de réduire la progression de l'obésité, qui touchait près de 15% des adultes en 2010 contre 8,5% en 1997, et de faire face à ses conséquences médicales et sociales.

² http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/nutrition/nutrition_guides_alimentaires.asp

³ Ces recommandations sont largement acceptées en France et bénéficient d'une reconnaissance et d'une exemplarité mondiales : le Bulletin de l'OMS d'août 2013 donne en exemple le PNNS, notamment pour son volet prévention du surpoids et de l'obésité de l'enfant. En France, sa pertinence a été validée par l'étude NutriNet. Par exemple, sur le plan cardiovasculaire, les résultats de cette étude soulignent l'importance de promouvoir l'ensemble des mesures du PNNS. Cependant, certaines de ces recommandations ont été questionnées sur le plan scientifique comme, par exemple, les recommandations relatives aux laitages ou à la quantité des céréales et au risque d'obésité. Certaines critiques ont été faites également concernant le lobbying des industries agroalimentaires dans ces recommandations.

⁴ C'est ainsi que la politique exige des messages sanitaires obligatoires dans certains produits de consommation comme « pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour ».

que la situation concernant les enfants d'ouvriers s'aggrave¹. Cela s'explique par le fait que ces habitudes relèvent d'un choix personnel qui est influencé par de nombreux déterminants. Les choix de bonnes habitudes peuvent être mieux orientés dans le cadre d'un environnement favorable au « bien manger ». C'est ainsi que le PNNS² a évolué ces dernières années pour intégrer des stratégies et de politiques visant à améliorer les déterminants sociaux et l'environnement nutritionnel³.

Ce qui se trouve au centre de cette problématique est la définition du « bien manger » et le sens de « se nourrir ». En effet, les politiques nutritionnelles du PNNS sont l'objet de questionnement quant à leur prise en compte de la diversité des significations et des valeurs de l'alimentation dans la société. Nous parlons d'une société pluraliste : la grande majorité de Français restent certes, attachée aux modèle alimentaire traditionnel (trois repas par jour, repas familiaux, structurés, etc.) mais dans ses pratiques alimentaires, ils sont de plus en plus singulier. En effet, d'une manière générale, les habitudes alimentaires actuelles en France restent traditionnelles : les rituels alimentaires, quotidiens ou festifs, structurent le temps alimentaire et sont les ciments de la société. Il s'agit d'un modèle qui reste particulièrement lié au goût, au plaisir et à la convivialité. Le « bien manger » de la gastronomie française a été reconnu, depuis 2010, comme patrimoine immatériel de l'humanité par l'UNESCO. C'est la reconnaissance d'une pratique sociale ritualisée et particulière. Le « repas gastronomique des Français » illustre la richesse et la diversité de la gastronomie, conçue comme :

« une pratique sociale coutumière destinée à célébrer les moments les plus importants de la vie des individus et des groupes, tels que naissances, mariages, anniversaires, succès et retrouvailles. Il s'agit d'un repas festif dont les convives patiquent, pour cette occasion, l'art du « bien manger »

¹ N. Guignon N. «La santé des adolescents des classes de CM2 en 2004 2005. Premiers résultats. », *Études et résultats*, 2008, vol. 632, p. 16.

² LE PNNS 4 2016-2020 n'a pas encore été publié.

³ Les actions sur ces derniers incluent notamment : l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire (y compris dans la restauration collective) et de l'accessibilité physique et économique à des aliments de bonne qualité nutritionnelle, pour tous, notamment, pour les populations les plus fragiles (populations défavorisées, enfants, etc.) ; l'orientation des choix des consommateurs, au moment de l'acte d'achat, vers des aliments de meilleure qualité nutritionnelle et la réduction de la pression du marketing incitant à la consommation d'aliments de moins bonne qualité nutritionnelle (notamment pour les populations vulnérables, les enfants, etc.) ; la création des conditions de la pratique d'une activité physique quotidienne pour tous, la garantie d'une prévention, d'un dépistage et d'une prise en charge optimale des problèmes de santé liés à la nutrition. http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Herberg_15_11_2013.pdf. (consulté le 17 mars 2016).

S. Herberg, « Pour une politique nutritionnelle à la hauteur des enjeux de Santé Publique ! », *Santé Publique* 2014, vol. 26, p. 281-282.

et du « bien boire ». Le repas gastronomique met l'accent sur le fait d'être bien ensemble, le plaisir du goût, l'harmonie entre l'être humain et les productions de la nature¹. »

Bien manger implique différents moments et étapes qui commencent par le choix des mets, dans une abondance de recettes des plus traditionnelles aux plus innovantes. Puis il y a le choix de « bons » produits, avec une préférence pour la production locale et traditionnelle, et leur harmonisation. Toutefois, le repas est avant tout un moment de communion et de partage. Dans une table bien décorée, dont chaque instrument est à une place définie, le rituel s'installe par l'apéritif et se termine par le digestif. Ce modèle gastronomique français, qui inclut certains produits comme le vin ainsi que les codes de bonnes manières à table, a été exporté dans le monde. Les résultats d'un programme de recherche réalisé par l'Observatoire Ciel des Habitudes Alimentaires (OCHA) sur les adolescents (AlimAdos 2006-2010) montre combien des jeunes issus de cultures et de milieux divers aujourd'hui en France « inscrivent leur modernité alimentaire au filtre du modèle alimentaire français². » Les chercheurs ont observé un attachement des adolescents au repas familial et à un ensemble de règles. Ils sont les premiers à les décrier et à les transgresser entre 13 et 17 ans, mais ils en reconnaissent l'intérêt dès 17-18 ans³.

Toutefois, dans un monde en constant changement et globalisé, il est possible de se questionner sur d'autres valeurs que la société mobilise lors de l'acte de manger. S'inscrivent de plus en plus dans la culture française des pratiques « américanisées » comme les « *fast food* ». Elle sont l'antithèse du bien manger à la française, avec des plats peu diversifiés qu'il faut manger en toute vitesse et qui sont inadaptés à la préservation d'une bonne santé, mais il y a aussi des types d'« alimentation particulières »⁴. Ces dernières se justifient par le souci des individus d'avoir une bonne santé, mais elles s'expliquent également par des questions éthiques. Les pratiques motivées par le souci de la santé se caractérisent soit par une surveillance contraignante de l'alimentation en raison de pathologies graves comme les allergies alimentaires et les intolérances au gluten par exemple. Cela nécessite l'élimination de certains aliments, ce qui représente une contrainte, qui permet cependant à l'individu d'être actif dans son

¹ <http://www.unesco.org/culture/ich/fr/RL/le-repas-gastronomique-des-francais-00437> (consulté le 15 janvier 2016).

² AlimAdos : Comportements alimentaires des adolescents et origines culturelles. Étude comparée du rapport aux aliments des jeunes de 12 à 19 ans, 2006-2010). <http://www.lemangeur-ocha.com>

³ <http://www.lemangeur-ocha.com> (consulté le 15 janvier 2016).

⁴ <http://www.lemangeur-ocha.com/colloque-ocha-les-alimentations-particulieres-a-paris-les-19-et-20-janvier-2012/>(consulté le 15 janvier 2016).

rapport à l'alimentation et de s'approprier la gestion du risque relatif à certaines maladies. Le goût et le plaisir ainsi que les sens de convivialité restent intacts. D'autres pratiques, qui s'inscrivent dans une logique de prévention, s'expliquent par la peur plus ou moins justifiée de contracter des maladies comme l'obésité, le cancer, les maladies cardiovasculaires ou des problèmes de santé comme par exemple les toxi-infections ou l'infertilité liées aux perturbateurs endocriniens. La disponibilité des produits appelés alicaments (*functional food*) comme par exemple les yaourts « Danacol » de Danone, capables de « réduire le taux de cholestérol », ou la margarine « St Huber » enrichie en oméga 3 et commercialisée pour la « bonne santé cardiovasculaire », montre comment les industries agroalimentaires répondent à cette demande, à ce désir de manger tout en se soignant, et l'encouragent.

Certaines pratiques sont aussi fondées sur des mythes ou des croyances alimentaires. Ces derniers sont à l'origine soit des informations initialement considérées comme véridiques puis démenties mais qui persistent dans la société, soit des intuitions supposées sur les vertus ou les dangers de certains aliments¹. Certains exemples concernent l'alimentation de groupes sanguins, le crudivorisme, la macrobiotique, les régimes dissociés, etc. Ces derniers, qui consistent à manger une seule et unique catégorie d'aliments, sont fondés sur le principe erroné selon lequel «chaque aliment consommé isolément ne fait pas grossir et que l'aliment consommé n'est pas important, mais que ce sont le moment et la manière dont il est consommé qui le sont²». Il existe aussi d'autres pratiques alimentaires dont s'emparent des entreprises et qui prétendent répondre à un service dans le cadre du marché. A titre d'exemple, citons Weight Watchers (WW), une entreprise américaine cotée en bourse et qui génère des millions de dollars de gain en proposant un programme pour « réapprendre à manger et perdre du poids en mangeant de tout et de ce qu'on aime³». Le WW offre un programme d'accompagnement (en ligne ou en présentiel, par groupe), pour bien manger en choisissant les aliments avec un système de points en fonction de la quantité des calories et alors que la qualité de aliments est suggérée comme étant secondaire. Ce système est lié également à l'achat de produits WW que nous pouvons trouver facilement dans les supermarchés. Ce type d'alimentation que l'on quantifie et calcule, conduit à un autre

¹ A ce sujet, voir notre étude 2015, *La Nutrition 100 questions réponses*, Paris, Ellipses, 2015. Chaque question est classée comme relevant d'un fait, d'un mythe ou d'une présomption. Elles sont abordées et expliquées avec un souci pédagogique de clarté et de pertinence, suivi d'une recommandation.

² <http://www.regimesmaigrir.com/regimes/shelton.php>. (Consulté le 15 mars 2016)

³ <https://www.weightwatchers.com/fr/>(Consulté le 15 mars 2016)

rapport aux aliments et s'oppose à une alimentation saine et nourricière. Aux dimensions de plaisir et de convivialité s'ajoute une préoccupation de plus en plus importante à l'égard de la santé et du bien-être. Ces derniers riment avec un idéal de minceur qui s'associe avec l'idéal de beauté au sein de la société contemporaine. Le modèle de minceur devient aussi le signe d'accomplissement personnel synonyme de réussite et de contrôle de soi. Or, cet idéal favorise un comportement à risque comme les régimes restrictifs et les troubles de type anorexie et boulimie. A cette obsession de la minceur s'ajoutent des préoccupations motivées par l'ampleur de l'épidémie de maladies comme l'obésité, le diabète et l'hypertension, mais aussi par les multiples controverses et scandales. Le meilleur exemple est sans doute celui de l'affaire de 2013 concernant la présence de la viande de cheval dans des lasagnes Findus, du fabricant Spanghero, qui ont conduit à une crise de confiance des français dans la traçabilité dans du secteur alimentaire et à une interrogation sur ce qu'ils consomment.

D'autres pratiques comme le régime bio¹, le végétarisme ou le végétalisme, peuvent résulter d'engagements éthiques définis relatifs au respect de l'environnement, au bien-être animal et aux conditions d'élevage. Cela montre le souci éthique des consommateurs qui sont concernés par les enjeux sociétaux liés à l'environnement, aux animaux et aux générations futures. Corine Pelluchon le souligne dans *Les Nourritures* :

« La prise en compte des défis globaux et à long terme liés à la crise environnementale, la protection d'une biosphère fragile, dont les ressources ne sont pas infinies, et l'équité intergénérationnelle et interspécifique exigent de repenser de fond en comble la justice². »

Pour l'auteur, la justice est considérée comme le partage des nourritures. En effet, « mon rapport aux nourritures est le lieu originaire de l'éthique » et cela implique que nos gestes au quotidien, les choix d'aliments et la manière dont nous mangeons se constituent comme une exigence éthique pour la société actuelle et future. Cela conduit à inscrire la question animale et l'écologie dans le débat politique actuel. Ce type d'alimentation « éthique » nous interpelle en raison des inégalités constatées par certains chercheurs français et étrangers au sujet de la population cible : cette

¹ Par exemple, l'alimentation bio, est prisée en raison de ses effets supposés bénéfiques sur la santé et parce qu'elle est moins polluante que le non bio. S'il n'a pas été démontré qu'une alimentation biologique était meilleure en termes de qualité nutritionnelle qu'un régime non bio, les personnes qui y adhèrent ont des pratiques plus saines et proches des recommandations du PNNS à savoir une meilleure consommation de fruits et de légumes. <https://www.etude-nutrinet-sante.fr/fr/common/login.aspx> (Consulté le 15 mars 2016)

² C. Pelluchon, *Les Nourritures, Philosophie du corps politique*, op.cit., p. 205.

alimentation est promue chez les groupes sociaux bénéficiant d'un niveau d'instruction élevée et de hauts revenus¹.

Par conséquent, l'enjeu de la société actuelle consiste à concilier dans l'acte de manger, la convivialité et le plaisir avec le souci de la santé, en visant également le respect de l'environnement.

Avec les politiques publiques nutritionnelles et les multiples campagnes publicitaires qui s'imposent sur certains produits et dans tous les médias (« au moins 5 fruits et légumes par jour, etc. »), nous sommes confrontés à un paradoxe : l'acte individuel ou « privé » de manger devient un acte « politique ». Autrement dit, la faim, les goûts, les choix et les besoins nutritionnels sont privés, mais la malnutrition est publique et nos choix de consommation ont un impact sur les autres hommes. L'enjeu ici est de concilier les libertés individuelles dans les choix alimentaires et les revendications de recommandations nutritionnelles pour tous. Pour le PNNS, l'acte de « bien manger » est fondé sur neuf repères applicables à toute la population et ses recommandations transmettent le souci de « se nourrir » pour une question de santé, en vue de la prévention des maladies. Ces recommandations sont le résultat de l'analyse d'experts qui tiennent compte de l'évidence scientifique suffisante (grandes études épidémiologiques, études contrôlées et randomisées) mais il y a aussi des nombreuses incertitudes dans l'avis de ces experts. La mise en place de ces recommandations est justifiée par l'évaluation du rapport coût-efficacité de ces politiques. Par exemple, une évaluation de la politique par l'Institut national de la recherche agronomique avec des évaluations compatibles avec les valeurs coût/efficacité obtenues pour de nombreuses autres politiques publiques au niveau international, permet d'affirmer qu'une campagne d'information du type « manger au moins 5 fruits et légumes par jour » :

« réduit le nombre de morts de 255, et sauve 3540 jours de vie, avec un coût moyen d'une vie économisée de 43K€, et celui d'une année de vie sauvée de 3K€, grâce à une augmentation moyenne de la consommation de fruits et légumes de 3,58g/j².»

Ces exigences en termes économiques sont pleinement justifiées. Elles prendront à l'avenir une place de plus en plus significative dans la mesure où la médecine et la recherche biomédicale ont un coût majeur pour la société. Il s'agit, dans la pratique de la nutrition de concilier et de traduire ces recommandations au cas par cas. Toutefois, il

¹ Ibid, et Etude Nutrinet santé <https://www.etude-nutrinet-sante.fr/fr/common/login.aspx> (consulté le 16 mars 2016)

² INRA <http://www.sae2.inra.fr> (Consulté le 16 mars 2016)

est pertinent de se demander si la définition de « bien manger » et les valeurs impliquées dans l'acte de « se nourrir », dans le cadre des politiques nutritionnelles à visée préventive, sont identiques à celles qui sont promulguées dans une dynamique de soins.

1.2.1 La politique nutritionnelle relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé en France

Le point de départ de notre réflexion relative aux priorités, au cadre réglementaire et aux enjeux d'une politique publique ciblée sur l'alimentation et la nutrition dans les établissements de santé, se fonde sur l'étude menée, en 1997, par le Pr B. Guy Grand lors de sa mission d'évaluation des besoins. Il soulignait dans son rapport un triple constat : premièrement, une médicalisation insuffisante des problèmes nutritionnels, notamment face à la dénutrition fréquente des patients. Deuxièmement, des failles dans la qualité de l'alimentation hospitalière. Troisièmement, une quasi absence de formation initiale et continue des personnels hospitaliers, et un nombre insuffisant des diététiciennes. Son analyse a été à l'origine de la prise de conscience des enjeux médico-sociaux liés aux troubles nutritionnels. Il suggère la mise en place d'un Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) et d'une stratégie pour organiser les soins nutritionnels de manière transversale dans les établissements des soins. Il propose ces comités à l'instar des Comités de Lutte contre Les Infections Nosocomiales (CLIN), qui depuis 1980, ont fait largement la preuve de leur efficacité dans la maîtrise du risque bactériologique hospitalier¹.

Depuis 2001, cette réflexion s'inscrit dans le cadre du premier PNNS à la suite de la commission présidée par le Professeur C. Ricourt qui a mis au point un certain nombre d'outils pour améliorer l'évaluation du risque nutritionnel et de sa prise en charge. Cela a conduit à des changements relatifs à l'offre de soins nutritionnels en milieu hospitalier. Aux CLAN s'est ajoutée l'unité transversale de nutrition clinique (UTNC)².

¹ B. Guy-Grand, *Alimentation en milieu hospitalier : rapport de mission à Monsieur le Ministre chargé de la santé*, 1997, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/974060600/> (consulté le 30 novembre 2015).

Ricour C., Zazzo F. Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé. <http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/RapportRicour-Nutrition-EtablissementsSante.pdf>

Circulaire DHOS/E1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé. <http://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-16/a0161475.htm>

C. Couet, « Unités transversales de nutrition clinique : contexte, enjeux et création », *Cah. Nutr. Diet.*, 2009, 44 : 151-152.

² Circulaire DHOS/E1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé. <http://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-16/a0161475.htm>, (consulté le 30 novembre 2015).

Ces outils ont permis d'offrir aux établissements de santé un cadre général, décliné au niveau national avec le Comité National d'Alimentation et de Nutrition des Etablissements de Santé (CNANE) et au niveau local avec les CLAN¹. Les CLAN s'inscrivent dans une démarche d'évaluation de l'activité de ces établissements et de l'obligation d'amélioration continue de la qualité des soins dispensés (articles L. 6113-1 à L. 6113-3 du code de la santé publique). Leur mission est triple : fournir des conseils pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients et de la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation–nutrition ; favoriser l'impulsion d'actions adaptées à l'établissement et destinées à résoudre des problèmes concernant l'alimentation ou la nutrition ; proposer des formations pour les personnels impliqués. Les objectifs des CLAN visent, d'une part, à assurer des actions ciblées et concrètes telles que des restructurations (par exemple des cuisines), et la mise en conformité avec les aspects réglementaires, des facilités logistiques et des gains financiers et/ou comptables, et, d'autre part, à préciser l'analyse des besoins du patient dans tous leurs aspects et leur satisfaction en ce qui concerne l'alimentation (restauration) et la nutrition.

Il est important de souligner le caractère non obligatoire des CLANs, contrairement aux CLINS², puisqu'il s'agit seulement d'une « démarche incitative qui doit s'inscrire dans le projet d'établissement »³. Cela est d'autant plus surprenant que le constat est fait qu'environ 5% des patients qui séjournent à l'hôpital contractent une infection au sein de l'établissement⁴ contre un taux de dénutrition de 30 à 50% qui s'avère également, dans la majorité des cas, nosocomial. Comment justifier cette inégalité entre les priorités relatives aux infections nosocomiales et celles qui concernent la nutrition ? Toutefois, en imposant les soins nutritionnels comme une condition de la qualité dans les soins, les établissements de santé se sont appropriés les CLANs de manière progressive : en 2008,

¹ En ce qui concerne les établissements publics de santé, les interventions d'un tel comité doivent s'articuler avec les attributions de la commission médicale d'établissement (CME). En effet, l'article L. 6144-1 CSP indique que la CME : " 3° prépare avec le directeur la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité mentionnée aux articles L. 6113-2 et L. 6113-3 ". Ces dispositions valent notamment en matière d'élaboration de la politique de nutrition.

² Tout établissement de santé avait obligation de créer un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et de se doter d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) avant le 31 décembre 2001.

³ Le C.L.A.N en 10 questions, PNNS, 2004.

⁴ <http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/infections-nosocomiales>

selon une enquête portant sur 1250 établissements en France, (sur 2789, soit 44, 8% de réponses) 73 % possédait une CLAN.

En ce qui concerne les UTNC, leurs missions principales sont le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels auxquels s'ajoutent des missions de recherche¹. Elles regroupent des moyens humains et techniques individualisés au sein desquels s'exprime une pluralité de compétences. Ainsi, depuis 2008, 9 UTNC ont été créées (aux CHU de Caen, Lille, Lyon, Nancy, Paris (Joffre-Dupuytren et Necker), Rouen et Toulouse) de manière expérimentale². Ce type d'organisation transversale de la nutrition clinique a pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en organisant l'évaluation systématique de l'état nutritionnel des patients, dans les 48 premières heures d'hospitalisation, la surveillance, l'intégration du traitement nutritionnel et l'éducation du patient dans le projet de soins³. La figure 6 montre cette organisation des soins.

Au sein de cette organisation, le médecin se trouve au premier niveau lorsqu'il identifie le risque nutritionnel et adresse le patient aux diététiciens ou aux médecins nutritionnistes. Il est également concerné par le troisième niveau de soins, celui qui correspond à la prise en charge par un expert⁴. Lors de cette prise en charge, le médecin est responsable des soins de deuxième à la cinquième étape. Cela signifie que le patient bénéficiera

- d'un diagnostic nutritionnel et d'un avis thérapeutique complémentaires ;
- d'une proposition de soins nutritionnels adaptée aux capacités fonctionnelles du tube digestif ;
- d'une organisation de la prise en charge ambulatoire des soins nutritionnels ;
- d'un suivi nutritionnel régulier en ambulatoire ou hôpital de jour⁵.

Précisons toutefois que cette organisation est régie par un ensemble de textes réglementaires et de normes juridiques susceptibles d'orienter la pratique des médecins. Ces textes peuvent être classés selon une typologie relative aux éléments suivants :

¹ Deuxième programme national nutrition santé 2006-2010. Actions et mesures. <http://www.mangerbouger.fr/IMG/pdf/PNNS2-Complet.pdf>, (consulté le 15 mars 2016)

² Les UTC existent aux Etats unis depuis les années soixante-dix. GL. Blackburn, A. Bothe Jr, MA. Lahey, « Organization and administration of a nutrition support service», *Surg Clin North Am* 1981, vol. 61, p. 709-719.

³ Ministère des affaires sociales et de la santé et Direction générale de l'offre de soins, *Synthèse pédagogique sur l'organisation transversale de la nutrition au sein des établissements de santé et médico-sociaux, Bilan de l'expérimentation des UTNC 2008-2011 et propositions. op.cit.* p.5

⁴ Signalons, sur ce point, que les enjeux autour de la définition du métier de nutritionniste seront analysés dans le chapitre trois de cette partie

⁵ *Ibid.*, p. 7.

- statut de l'aliment,
- organisation des soins,
- déontologie médicale.

Ce cadre réglementaire vient s'ajouter à tous les textes juridiques qui concernent le droit à l'alimentation de manière implicite ou explicite (Tableau 4). Le respect de ce droit dans le cadre de la nutrition clinique, facteur décisif dans l'analyse de notre deuxième partie, doit être appréhendé, de notre point de vue, comme le droit à « être nourri », et plus précisément, comme le droit à recevoir un support nutritionnel adapté et qui doit être garanti par les institutions et les soignants. Trois arguments justifient cette argumentation : le cadre réglementaire permet, en premier lieu, de donner un statut particulier aux nutriments artificiels, qu'ils soient administrés par voie orale, entérale ou parentérale. Ils sont conçus soit comme des ADFMS, soit comme des médicaments, ce qui implique une expertise médicale spécifique. Deuxièmement, il permet d'intégrer de manière cohérente le support nutritionnel (NE, NP, SNO) dans les soins médicaux généraux et positionne ainsi les médecins aux différents niveaux des soins nutritionnels. Troisièmement, la loi de 2 février de 2016, en considérant la nutrition artificielle comme un traitement, et sous réserve que la volonté du patient soit prise en compte, permet l'arrêt ou l'abstention de la nutrition artificielle au même titre que les autres traitements actifs si elle n'a pour seul but que le maintien artificiel de la vie, ce qui revient à réduire celle-ci à un traitement inutile ou disproportionné.

A ce point de notre réflexion, force est de constater que ce cadre normatif et les politiques nutritionnels concernant la nutrition clinique sont le résultat d'une interrogation relative à la fois à la restauration, et plus rigoureusement, à la fonction qu'impliquent le confort et l'accueil du patient, et à la « fonction médicale » de la nutrition, autrement dit, à ce que nous avons appelé les soins nutritionnels. C'est qui est en jeu dans cette conception de la nutrition et de l'alimentation, c'est, son impact sur le bien-être et/ou la qualité de vie de la personne sa guérison et sa survie des patients. Pour concilier ces deux fonctions, il est nécessaire de comprendre que l'enjeu du « bien manger » est principalement de ne pas exclure les dimensions de plaisir et de convivialité, d'autant plus que « se nourrir » peut signifier aussi « être alimenté par autrui » tout en sachant que les soins nutritionnels participent aux processus globaux des soins médicaux. Il est ainsi possible de conclure que nourrir l'homme malade est une préoccupation pour les décideurs politiques. Cependant, cela ne se traduit pas par des

pratiques homogènes dans le milieu hospitalier français. Le Pr. Basdevant¹ signale d'ailleurs, en 2013, des difficultés et des insuffisances dans l'organisation et la coordination des soins nutritionnels dans les divers établissements de soins. Les raisons évoquées sont les suivantes :

« Les insuffisances dans la coordination des soins sont liées à de nombreux facteurs. On peut citer en premier lieu un défaut de gradation des soins et un cloisonnement des intervenants d'autant plus problématiques qu'il faut gérer plusieurs pathologies gérées par différentes équipes médicales qui ne sont pas toujours en cohérence les unes avec les autres². »

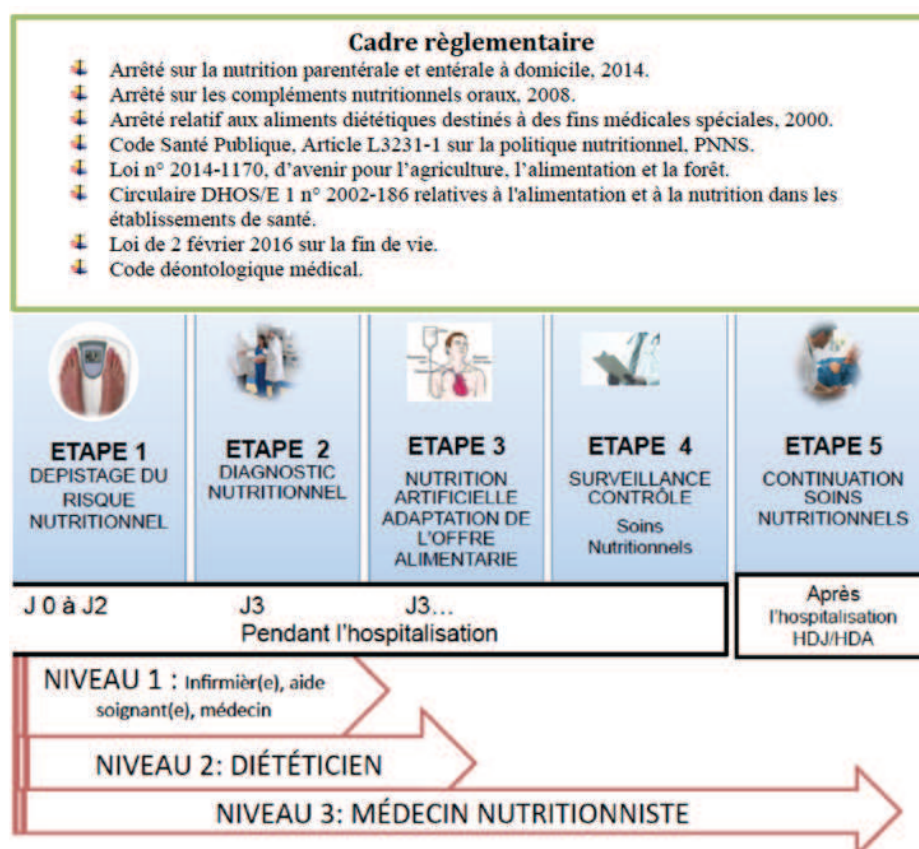


Figure 13. Cadre réglementaire de la nutrition clinique.

Cela s'explique principalement par le manque de formation initiale de médecins en nutrition et par les difficultés relatives à la définition du métier de nutritionniste. La nutrition étant limitée à une formation complémentaire pour les médecins, cela empêche

¹ A. Basdevant, *Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé, Mesures concernant la Prise en charge des maladies liées à la nutrition*, Ministère de la Santé, 2013, http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Basdevant_15_11_2013.pdf. (consulté le 16 mars 2016).

² *Ibid.* p.7.

la cohérence des soins nutritionnels. A cela s'ajoute le fait que les professionnels de la santé en nutrition ne sont pas en mesure actuellement de répondre à la demande¹ : faible nombre de nutritionnistes, des activités de diététique non valorisées, des effectifs contraints, etc. Dans ce contexte, il est urgent de définir des stratégies et des politiques d'éducation en nutrition qui viseront à réorienter les missions et les métiers des professionnels de santé. Il s'agit, en particulier, de reprendre la formation initiale des médecins et de parvenir à la validation d'une spécialité en nutrition.

Ces différentes étapes de notre recherche nous conduisent par conséquent à nous questionner sur les raisons qui rendent nécessaire l'amélioration de la formation des médecins en nutrition. Il s'agit ainsi de comprendre pourquoi, malgré les liens évidents entre médecine et nutrition, ces deux sciences ne se trouvent guère associées dans la formation des professionnels de santé.

1.2 La place de la nutrition dans l'enseignement de la médecine du XVIIIème au XIXème siècle

Avant d'étudier la situation actuelle de l'enseignement de la nutrition dans les écoles de médecine et la définition du métier de nutritionniste, il est nécessaire de faire un bref rappel historique afin de comprendre l'origine de cette dissociation entre médecine et nutrition dans le parcours de formation médical².

La question de la formation des médecins en nutrition n'est pas nouvelle³. Dans l'histoire de la médecine, nous constatons que cette problématique est liée à la recherche d'un positionnement de la nutrition au sein de la pratique de la médecine. En effet, loin d'être évidente, la pertinence de la nutrition dans la thérapeutique médicale a été objet des questionnements permanents. Dans l'Antiquité, les médecins considéraient la diététique comme une partie de l'arsenal thérapeutique et avaient fait des aliments un remède contre les maladies et le déséquilibre des humeurs. Ces principes antiques restent presque intacts jusqu'au XVIIème siècle, lorsque les progrès des sciences ont confirmé le rôle de l'alimentation dans la guérison de certaines maladies et dans la

¹ *Ibid*, p. 8.

² Certains aspects historiques et épistémologiques de la science de la nutrition ont déjà été abordés dans la première partie. Nous allons ici nous limiter à l'aspect historique de l'éducation de cette science.

³ C. Marchand, « Le médecin et l'alimentation. Principes de nutrition et recommandations alimentaires en France (1887-1940) », p. 45. p. 45. Thèse de doctorat soutenue à l'université François – Rabelais de Tours, 2014.

préservation de l'état de santé. A partir du XIXème cependant, les maladies sont abordées sous la perspective de la bactériologie suite aux découvertes de Louis Pasteur, la prophylaxie et le traitement des maladies infectieuses occupant alors une place prépondérante. L'hygiène publique devient une affaire prioritaire pour l'Etat. La chimie confirme ainsi sa place dans la thérapeutique. La biologie et la physiologie permettent une meilleure connaissance du fonctionnement du corps humain. Ainsi, l'enseignement de l'hygiène et la thérapeutique oriente la médecine moderne en France.

Par ailleurs, au XIXème siècle, face à de nombreuses découvertes, en particulier celle des médicaments, la place de la diététique se fait de plus en plus restreinte¹. Malgré les liens historiques entre la diététique et la thérapeutique depuis l'Antiquité, ceux-ci se distendent progressivement avec le progrès de la pharmacopée. Selon Apollinaire Bouchard, professeure d'hygiène à la faculté de médecine :

« comment ne pas comprendre et admirer les succès éclatant de la thérapeutique pharmacologique, lorsqu'ils s'appuient sur la découverte et l'étude des propriétés de la quinine, de la morphine, de l'atropine, de la digitaline, des iodure et bromure de potassium, du chloroforme et du chloral, etc.? Avec pareilles armes à manier, on comprend très bien l'amoindrissement progressif de la thérapeutique hygiénique². »

Les travaux d'enseignant du Georges Dujardin-Beaumetz qui tente de maintenir la place de l'hygiène alimentaire et de redéfinir « sur de bases aussi scientifiques que possible »³ la nutrition au sein de la pratique de la médecine en sont la preuve. Il publie en 1886 *L'hygiène alimentaire : aliments, alimentation, régime alimentaire dans les maladies*, destiné aux élèves de la faculté de Paris à l'hôpital de Cochin afin qu'ils prennent conscience de la place toujours aussi primordiale de l'alimentation dans le traitement de la maladie, précisant ainsi que la thérapeutique ne se limite pas à la seule prescription pharmacologique des médicaments. Il faut souligner que le recours au terme d'« hygiène alimentaire » exprime la volonté d'une rupture avec l'ancienne diététique et l'affirmation d'une discipline fondée sur des évidences scientifiques. Désormais l'« hygiène thérapeutique » est la partie de la médecine à laquelle correspond l'ancienne « diététique ». La science du régime alimentaire dans les maladies se définit de nos jours comme « diététique » :

¹ *Ibid.*

² A. Bouchardat « Considérations générales sur l'hygiène thérapeutique », *BGTM* 1874, vol. 87, p. 145-146.

³ G. Dujardin-Beaumetz, *L'hygiène alimentaire: aliments, alimentation, régime alimentaire dans les maladies*, Paris, Doin, 1889, p. VI.

«On donnait autrefois à cet ensemble de moyens [hygiène thérapeutique] le nom de diététique, mot que l'on a attribué depuis plus particulièrement à l'hygiène alimentaire¹. »

Par conséquent, les médecins considèrent la « diète » comme synonyme de «régime» :

« Ce mot pris quelque fois comme synonyme d'abstinence est surtout employé en médecine pour désigner le régime, aussi bien chez l'homme sain que chez le malade². »

A partir de 1890, les traités d'hygiène alimentaire regroupent le savoir médical sur l'alimentation de l'homme sain et malade³. Cependant, la question alimentaire (plus précisément l'hygiène alimentaire) est absente de l'enseignement médical.

A la fin du XIXème siècle, le diplôme de doctorat s'affirme comme le seul titre valable pour exercer la médecine. Il peut s'obtenir auprès de huit facultés de médecine après cinq années d'études puis la soutenance d'une thèse. Au cours de cette période, l'enseignement anatomie-clinique qui prédomine commence à céder la place aux enseignements en biologie, physiologie et aux techniques de laboratoire. Il est important de souligner qu'il n'existe pas, à ce stade, de cours spécifique sur l'alimentation, celle-ci étant enseignée dans plusieurs matières comme la physiologie, la chimie biologique, la bactériologie et l'hygiène.

Concernant la thèse, on considère que le sujet peut être un facteur déterminant dans la future vocation des étudiants en médecine. Il peut s'agir d'un mémoire récapitulatif des connaissances dans un domaine précis de la médecine ou de travaux de recherche qui font appel à l'observation et à l'expérimentation dans lesquels les hôpitaux servent souvent de terrain d'étude. Or le nombre d'étudiants traitant de la nutrition ou de l'alimentation dans un sujet de thèse de médecine est très rare. En effet, entre 1880 et 1892, celles-ci représentent moins de 1% des sujets d'études⁴. Cela montre bien que l'alimentation et l'hygiène alimentaire ne sont pas considérées comme des objets d'analyse pertinents pour les étudiants de médecine⁵.

En ce qui concerne l'enseignement pratique « clinique », dès 1843, les stages d'une année sont obligatoires pour tous les étudiants de troisième année, avant de devenir par

¹ *Ibid.*, p.11.

² P. Labarthe, *Dictionnaire populaire de médecine usuelle*, Paris, Marpon et Flammarion, 1887, p. 618.

³ C. Marchand, « Le médecin et l'alimentation. Principes de nutrition et recommandations alimentaires en France (1887-1940) », *op.cit.*, p.71.

⁴ *Ibid.*, p.71.

⁵ *Ibid.*, p.72.

la suite obligatoires dès la première année. L'enseignement de l'hygiène alimentaire est quasi inexistant dans ces stages, en dehors de quelques exemples, comme les enseignements de Georges Dujardin-Beaumetz et de son disciple Godefroy Bardait.

Il est possible d'expliquer ce manque d'intérêt pour la question de l'alimentation, par le contexte dans lequel s'exerce à cette époque la médecine qui fait des maladies épidémiques le thème majeur et le plus urgent parce que la disponibilité de nouveaux traitements développés sur des bases scientifiques suscite l'intérêt des médecins. Ainsi, C. Marchand explique que

« les découvertes scientifiques nutritionnelles restaient encore celles du laboratoire. Cette science, jeune et balbutiante, n'était pas encore vulgarisée. La question de l'hygiène alimentaire restait l'apanage d'une hygiène individuelle, et le plus souvent d'une population aisée et informée. Or les questionnements des médecins-hygiénistes de la fin du XIX^e siècle tournaient autour des fléaux sociaux et des maladies épidémiques qui étaient beaucoup plus urgents¹. »

De plus, comme nous l'avons analysé dans la première partie, la nutrition du malade n'est plus une préoccupation du médecin ni un objet prioritaire de ses recherches malgré le fait établi que, dans le règlement intérieur des hôpitaux, seuls les médecins sont compétents pour traiter du régime des malades. Dans les faits, les soins nutritionnels concernent principalement l'infirmière et leur gestion est confiée à l'intendance tenue par « l'économe ». Il y a ainsi un décalage entre ce que les médecins sont censés faire et leur savoir.

Ensuite, dans les années 1920 et 1930, il y a une mise en place d'un enseignement complémentaire et non obligatoire sur ces sujets dans les facultés de médecine. Certes, il n'y a pas dans le curriculum officiel un enseignement traitant spécifiquement de l'alimentation, mais les étudiants peuvent acquérir certaines connaissances par le biais d'autres disciplines. De cette manière, les professeurs de médecine élèvent la diététique (hygiène alimentaire) au même niveau que les autres disciplines médicales, sans toutefois arriver à obtenir une chaire médicale indépendante. Il faut reconnaître toutefois que l'enseignement de la diététique et de l'alimentation rationnelle se développe davantage que dans les décennies précédentes, ce qui profite non seulement aux médecins mais aussi plus généralement à l'ensemble du corps soignant en particulier aux infirmières.

¹ *Ibid.*

En 1937, lors du IIème congrès scientifique international de l'alimentation, les médecins affirmaient que :

« Les titulaires des chaires de physiologie, de biologie, de bactériologie, ou leurs agrégés attribuent bien dans leurs enseignements une place normale à l'étude des fonctions de nutrition, à celle des aliments, à celle des microorganismes qui exercent une action au cours de la digestion. L'hygiène générale s'attache plus particulièrement à la pureté et à la protection des aliments (...) Mais toutes ces connaissances acquises successivement par l'étudiant au cours de ses études ne sont point reliées entre elles. Elles constituent des matériaux épars et non point une construction (...). Chaque professeur se place obligatoirement au point de vue de la discipline qu'il enseigne ; nul maître n'est autorisé, par la spécialisation de sa chaire, à pratiquer la synthèse qui fournirait les règles actuelles de l'alimentation rationnelle¹. »

En dehors des cours de pédiatrie dont les étudiants bénéficient sous la forme de cours magistraux et de formation hospitalière, l'enseignement de l'alimentation et de la nutrition se limite à quelques cours de chimie ou de physiologie et à quelques tentatives ponctuelles d'enseignement complémentaire². Cependant, malgré un enseignement limité, le médecin est censé être le garant d'une bonne alimentation et le prescripteur de régimes diététiques. Les soins nutritionnels reviennent aux infirmiers responsables traduire en soins les prescriptions du médecin.

On concevait alors ainsi le rôle de l'infirmerie :

« Toute infirmière soignante devrait évidemment être capable de composer puis d'exécuter le menu de son malade et de connaître les éléments de la cuisine diététique. Mais ce sont surtout les infirmières d'hygiène sociale ou visiteuses qui ont besoin d'une solide instruction théorique et pratique d'hygiène alimentaire. Elles ont à organiser et à conseiller des régimes, des achats de denrées, parfois à exécuter des préparations spéciales, pour les tuberculeux, par exemple³. »

Les cours de diététique et de nutrition sont inclus dans l'enseignement de l'infirmerie. Lorsque la profession de diététicien est créée, ces professionnels sont conçus comme les intermédiaires entre les médecins et les infirmières. Cette profession devient officielle en France en 1951 avec le brevet de technicien en diététique,

¹ S. Dejust, E. Fauterau, « Place de l'hygiène alimentaire dans les études et la pratique médicale » dans Société Scientifique d'Hygiène Alimentaire, IIe Congrès Scientifique International de l'Alimentation, Paris, Alençonnaise, 1937, p. 3.

² Les détails des cours d'alimentation et nutrition au sein des facultés de médecine en France est répertorié dans la thèse de C. Marchand « Le médecin et l'alimentation Principes de nutrition et recommandations alimentaires en France (1887-1940) », *op.cit.*, p.493.

³ H. Labbé, R. Legendre. « Rapport sur l'organisation de l'enseignement et la vulgarisation de l'hygiène alimentaire en France », *BSSHA*, 1920, vol. 10, p. 259.

enseignement assuré initialement par les infirmières. Dans ce cadre, le médecin est le responsable de la prescription des régimes pour les malades, mais seule la diététicienne¹ est capable d'établir précisément ces régimes. Elle élabore les menus spécifiques que les cuisiniers doivent mettre en forme. Malheureusement, la faible formation théorique et pratique des médecins dans le domaine de la nutrition ne s'est pas améliorée au XXème siècle.

Toutefois, aux Etats Unis, depuis les années soixante, on constate un appel constant et des efforts pour améliorer l'enseignement en nutrition des médecins. Ainsi, the *The Council on Foods and Nutrition* considère, en 1963, que

«there is an urgent need to define the responsibilities and challenges of medical schools in the teaching of nutrition. Modern research has shown the importance of nutritional factors in the pathogenesis and therapy of disease and the importance of nutrition in conditions of physiologic stress, i.e., in growth, pregnancy, and lactation².»

« il y a un besoin urgent de définir les responsabilités et les défis propres aux écoles de médecine dans l'enseignement de la nutrition. La recherche moderne a montré l'importance des facteurs nutritionnels dans la pathogenèse et le traitement de la maladie et l'importance de la nutrition dans des conditions de stress physiologique, à savoir, la croissance, la grossesse et l'allaitement maternel. »

En France, on observe des avancées importantes pour améliorer cette situation. En effet, depuis la création d'une sous-section de nutrition dans le Conseil National des Universités (CNU), en 1988, la nutrition est reconnue comme une discipline. Cela signifie que la nutrition est enseignée au même titre que l'anatomie ou la physiologie. La sous-section de nutrition forme les professionnels de santé :

« engagés dans le diagnostic, la coordination des soins et des traitements des maladies de la nutrition et remplit des missions de soins et de prévention auprès de toutes les catégories d'âge et de toutes les classes socio-économiques de la population. Elle forme les experts en nutrition indispensables aux agences nationales (ANSES, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail; AFSAPS, Agence française de sécurité sanitaire

¹ Lors des premières décennies, il s'agit d'une profession strictement féminine. Encore aujourd'hui, c'est une profession représentée principalement par les femmes.

² Council on Foods and Nutrition, American Medical Association. «Nutrition teaching in medical schools», *JAMA*. 1963;183(11):955- 957.

des produits de santé; HAS, Haute autorité de santé) et internationales (EFSA, European Food Safety Authority, FAO)¹. »

La même année, les enseignants de nutrition se sont rassemblés dans le Collège des Enseignants de Nutrition (CEN). Cet organisme a pour objectif de promouvoir l'enseignement de la nutrition dans les facultés de médecine. Il définit les objectifs pédagogiques dès les premiers, deuxième et troisième cycles et se constitue comme une force de proposition auprès des instances nationales². Le CEN distingue trois niveaux de formation initiale en nutrition pour les médecins :

- la formation commune à l'ensemble des médecins au cours des premiers et deuxièmes cycles, avec notamment la définition des questions relevant de la discipline pour l'examen national classant (ENC) ;
- la formation spécialisée pour des nutritionnistes de terrain ou de proximité, incluant différentes problématiques : place et contenu du Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC de type I), place et contenu des Diplômes d'Université (DU) ou Inter-Universitaire (DIU), reconnaissance et validation des professionnels exerçant déjà dans ce domaine ;
- la formation des nutritionnistes spécialistes hospitaliers ou libéraux, pour jouer le rôle de recours, de référents ou des rôles particuliers (réseaux, santé publique, recherche, etc.) avec un exercice exclusif comme les autres spécialités médicales.

Deux textes encadrent la formation au cours des deux premiers cycles des études médicales, en termes de nature et de contenu : 1) l'arrêté du 18 mars 1992, organisant le premier cycle et la première année du deuxième cycle des études médicales, et 2) l'arrêté du 4 mars 1997 organisant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. Dans ces textes, la nutrition est attachée à la formation d'une discipline, la physiologie. Ainsi, la nutrition s'enseigne de manière transversale à travers diverses disciplines parmi lesquelles se trouvent aussi la biochimie. Nous avons cherché à connaître la réalité et le contenu de cet enseignement dans les facultés de médecine françaises. Or, nous n'avons pas trouvé cette information disponible. Il est

¹ Le Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques est l'instance nationale compétente à l'égard du recrutement et du suivi de la carrière des professeurs des universités et des maîtres de conférences des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques. <http://www.cpcnu.fr/web/sous-section-4404/presentation>

² <http://www.lewebducen.fr/>

vraisemblable que l'importance de l'enseignement de la nutrition soit extrêmement variable en fonction des centres d'intérêt des enseignants de la discipline et de leur sensibilisation aux questions de nutrition¹. En outre, la nutrition n'est toujours pas reconnue comme une spécialité d'exercice mais uniquement comme une formation complémentaire ou sous-spécialité (formation par DESC)². Nous avons alors cherché à connaître la situation à l'étranger.

1.3 L'état actuel de l'enseignement en nutrition dans les écoles de médecine à l'étranger

Diverses études montrent que l'enseignement de la nutrition dans les écoles de médecine est également insuffisant à l'étranger. Aux Etats Unis, depuis l'an 2000 et tous les 4 ans, l'état de l'éducation des 133 écoles de médecine accréditées a été évalué³. Le tableau 10 montre la quantité des heures d'enseignement dans les écoles de médecine de l'an 2000 au 2012. Le tableau 11 montre la répartition des heures dans les différentes disciplines.

Tableau 10. Nombre d'heures d'enseignement en nutrition dans les écoles de médecine aux USA.

	2000	2004	2008	2012
Average hours of required nutrition education (SD)*	20.4 (13.6)	22.3 (15.3)	19.5 (13.5)	19.0 (13.7)
Median hours of required nutrition education	18	20	16	17
Schools with a required nutrition course, number/total (%)	39/112 (35%)	32/106 (30%)	26/105 (25%)	22/121 (18%)
Response rates, number/total (%)	100/112 (89%)	89/106 (84%)	90/105 (86%)	121/133 (91%)

* All US medical schools were surveyed using identically worded core questions during four academic years: 2000/2001, 2004/2005, 2008/2009, and 2012/2013. SD indicates standard deviation.

¹A. Martin, « La formation à la nutrition des professionnels », Rapport au Ministre de la santé, op.cit., p. 9.

² E. Fontaine, « Ne dites pas à ma mère que je suis nutritionniste, elle croit que je suis médecin », *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2014, vol. 28, p. 1-2. Collège des Enseignants de Nutrition des Facultés de Médecine, *Référentiel métier du Médecin Nutritionniste*, 2010. <http://www.lewebducen.fr> Consulté le 29 février 2016.

³ KM. Adams, M. Kohlmeier, SH. Zeisel, « Nutrition education in US medical schools : latest update of a national survey », *Acad Med* 2010, vol. 85, p.1537–1542. KM. Adams, KC. Lindell, M. Kohlmeier, SH. Zeisel, « Status of nutrition education in medical schools», *Am J Clin Nutr* 2006, vol. 83, p. 941S–944S. Committee on Nutrition in Medical Education FaNB, Commission on Life Sciences, and National Research Council, *Nutrition Education in U.S. Medical Schools*, The National Academies Press, Washington, DC, USA, 1985.

Tableau 11. Place de l'enseignement de la nutrition dans les écoles de médecine aux USA.

Course/context	Nutrition	Integrated	Biochemistry	Physiology	Clinical practice
Number of schools	22	82	45	35	55
Number of hours of nutrition instruction in this context, average (SD)	13.8 (7.3)	12.6 (10.4)	6.4 (6.0)	4.2 (3.2)	6.4 (6.6)
Total 4-year nutrition curriculum hours at schools using nutrition instruction in this form, average (SD)	22.2 (8.6)	22.1 (13.7)	21.7 (11.4)	23.1 (11.7)	24.2 (14.8)
Percent of total instruction provided in that course/context, average (SD)	66.7 (27.5)	60.3 (31.3)	31.8 (27.6)	24.3 (25.6)	25.1 (14.4)

* 121/133 US medical schools responded to a survey that began in 2012. Most schools that provided nutrition education did so in more than one type of course or context. SD indicates standard deviation.

L'enquête a été menée par l'équipe de « *Nutrition in Medicine* » de l'université du Caroline du Nord¹. Les chercheurs ont contacté par courriel 133 écoles qui ont répondu à un sondage en ligne concernant les heures d'enseignement en nutrition, leur répartition à travers le programme de médecine et leur inclusion au sein de différentes disciplines spécifiques. Un total de 121 (91%) écoles ont répondu. La plupart des écoles (86/121, 71%) ne parviennent pas à fournir le minimum de 25 heures d'enseignement en nutrition recommandé par l'Académie National de Sciences (*National Academy of Sciences*) dans le cadre du rapport *Nutrition Education in U.S. Medical Schools*². Dans cette enquête, 43 (36%) écoles fournissent moins de la moitié du minimum recommandé. La majorité de l'enseignement se limite à des cours précliniques, avec une moyenne de 14,3 heures. Au total, l'enquête montre que le nombre d'écoles de médecine avec un enseignement minimum en nutrition a progressivement diminué depuis l'enquête de 2000.

Il est nécessaire de souligner que cette enquête fait partie du programme *Nutrition in Médecine (NIM)*. Le programme NIM est largement utilisé aux États-Unis et à l'étranger. Ce programme consiste en un ensemble des cours en ligne, disponibles gratuitement pour les écoles de médecine. Il a été créé afin de développer l'enseignement en nutrition pour les étudiants en médecine et ainsi favoriser un meilleur développement de la pratique de cette discipline dans la médecine. Depuis 2010, le NIM propose également une formation pour les médecins spécialistes³.

¹ *Nutrition in Medicine* est un projet qui a pour mission développer les connaissances et compétences en nutrition chez les futurs médecins <http://nutritioninmedicine.org/>

² National Research Council (U.S.) *Nutrition Education in U.S. Medical Schools*. Washington, DC: National Academy Press; 1985. Committee on Nutrition in Medical Education

³ KM. Adams, M. Kohlmeier, M. Powell, SH. Zeisel. « Nutrition in Medicine: Nutrition Education for Medical Students and Residents », *Nutr Clin Pract* 2010, vol. 25, p. 471–480.

En Europe, cette même enquête a été réalisée en 2014 par l'équipe de M. Chung. Après avoir contacté 217 écoles accréditées de médecine en Europe occidentale, 32 écoles (14,7%) ont répondu¹. Les résultats obtenus sont sans appel quant au positionnement de la nutrition dans la formation médicale : l'éducation nutritionnelle n'est obligatoire que dans 22 écoles (68,8%). Les autres écoles ont indiqué que l'éducation nutritionnelle était « en option uniquement » (n = 6 ; 18,8%), « pas offert » (n = 3 ; 9,4%), ou « ne sait pas » (n = 1 ; 3,1%). La moyenne d'heure d'enseignement en nutrition requise pour l'ensemble du curriculum est indiquée dans le tableau 12.

Tableau 12. Réponses des écoles de médecine par pays et leur total d'enseignement nutritionnel dans les programmes

Country	Number of responding medical schools	Total number of medical schools	Number of students per university ^a	Duration of preclinical phase (in years) ^a	Duration of clinical phase (in years) ^a	Total required nutrition education in hours ^a
Austria	1	4	2350 ± 0	2.5 ± 0.0	3.5 ± 0.0	50.0
Belgium	2	10	2082 ± 1247	4.0 ± 1.4	2.5 ± 0.7	9.0 ± 1.4
Denmark	0	3	—	—	—	—
Finland	0	5	—	—	—	—
France	1	32	1800 ± 0	3.0 ± 0.0	3.0 ± 0.0	40.0
Germany	7	36	2064 ± 691	1.9 ± 0.4	4.3 ± 0.5	11.3 ± 5.0
Ireland	2	6	950 ± 71	2.0 ± 0.0	3.0 ± 0.0	0.0
Italy	0	38	—	—	—	—
Malta	0	1	—	—	—	—
Netherlands	3	8	2733 ± 1102	3.3 ± 0.6	3 ± 0.0	21.7 ± 21.0
Portugal	1	8	1880 ± 0	2.0 ± 0.0	4.0 ± 0.0	0.0
Spain	2	33	1185 ± 445	2.0 ± 0.0	4.0 ± 0.0	50.0 ± 14.1
Sweden	3	6	1340 ± 350	1.7 ± 0.6	3.7 ± 0.8	12.5 ± 7.8
United Kingdom	10	27	1259 ± 440	2.2 ± 0.4	3.1 ± 0.5	22.0 ± 16.8
Total	32	217	1679 ± 760	2.3 ± 0.8	3.5 ± 0.7	23.68 ± 17.6

^aAll values are mean ± s.d.

Les écoles de médecine qui enseignent la nutrition le font avec une moyenne de 23,68 (± 17,6) heures présentiels dans le programme complet de médecine. Ces heures sont également dispensées au cours de la phase préclinique (14,0 ± 12,4) et clinique (9,4 ± 10,7) de la formation médicale. On note que la moyenne des heures d'enseignement nutritionnel requises par l'école est comparable aux programmes d'études médicales aux États-Unis évaluée dans les enquêtes de 2006 (23,9 h) et 2010 (19,6 h)². Cependant, contrairement à leurs homologues américains, les écoles européennes, dans leurs réponses, ont exprimé qu'elles ne pensent pas que ce montant se révèle insuffisant. Notons toutefois que le taux de réponses est très faible pour être généralisé, mais ce

¹ M. Chung, VJ. van Buul, E. Wilms, N. Nellesen, FJPH. Brouns, «Nutrition education in European medical schools: results of an international survey», *European Journal of Clinical Nutrition* 2014, vol. 68, p. 844–846.

² KM. Adams, M. Kohlmeier, SH. Zeisel, «Nutrition education in US medical schools: latest update of a national survey», *op.cit.*, p.1537–1542. KM. Adams, KC. Lindell, M. Kohlmeier, SH. Zeisel, «Status of nutrition education in medical schools», *Am J Clin Nutr* 2006, vol. 83, p. 941S–944S.

constat portant à la fois sur le nombre et le contenu des réponses est significatif quant à l'intérêt porté à la nutrition au cours de la formation médicale en Europe.

Compte tenu des éléments relatifs à cette description historique, trois conclusions s'imposent : en premier lieu, la nutrition, au-delà de son positionnement, s'est toujours présentée comme une science appartenant au domaine médical, ce qui révèle par là la préoccupation des professionnels de santé à l'égard de son enseignement. Toutefois, bien que cette science soit identifiée comme une compétence relevant des médecins, elle ne possède pas d'identité propre. Preuve en est, l'absence de formation et de spécialité qui lui soit dédiée. Enfin, la nutrition, au sein de la médecine, est au croisement d'un ensemble de disciplines diverses, soulignant du coup sa dimension multidisciplinaire. Cela dit, cette dernière ne se conjugue pas avec une définition qui lui est propre et qui serait susceptible de déterminer précisément les compétences spécifiques requises dans la formation de chacune des disciplines. Pour ces raisons, il devient important à présent de comprendre la façon dont le corps médical appréhende la nutrition et d'évaluer son niveau de compétence.

1.4 L'attitude et les compétences des médecins en nutrition

Les attitudes et les compétences des médecins en nutrition ont souvent été questionnées en France et à l'étranger. Aux Etats-Unis une étude a indiqué que les connaissances du médecin en nutrition peuvent même, sur certains thèmes, être inférieures à celle du patient¹.

En France, une enquête réalisée en 2007 auprès des patients obèses² a relevé que les patients estiment, dans près de la moitié des cas, que le généraliste rencontré n'était pas correctement formé pour les suivre à la fois sur le plan technique et sur le plan humain. La moitié des patients obèses ont rencontré des problèmes relationnels et plus du tiers des problèmes techniques lors des hospitalisations. Au-delà des aspects techniques concernant notamment les informations sur les différents traitements disponibles (notamment pour l'obésité massive) et la disposition d'un matériel adapté, cette enquête montre qu'il existe une demande très importante (touchant 80 % des patients obèses) pour que l'aspect psychologique soit abordé et mieux pris en compte³.

¹ K. Lazarus, « Nutrition practices of family physicians after education by a physician nutrition specialist », *Am J Clin Nutr.* 1997, vol. 65, p.2007S–2009S.

² Association le pulpeclub, www.pulpeclub.com.

³ A. Martin, « La formation à la nutrition des professionnels », *Rapport au Ministre de la santé*, Avril 2009 http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_A_Martin_formation_nutrition.pdf

Le Baromètre nutrition santé de l'INPES¹ de 2008 montre que le corps médical et les diététiciens ne représentent que la 4^{ème} et 6^{ème} source d'information nutritionnelle, après les médias écrits, audiovisuels, internet, les parents et les amis. L'enquête montre que, globalement, les médias sont toujours les plus cités et que la tendance est à l'augmentation (54,9 % en 2008 vs 47,8 % en 1996 ; $p < 0,001$), contrairement au professionnels de santé qui le sont de moins en moins cités (25,1 % vs 19,0 % ; $p < 0,001$) (Figure 14.)

Cela ne va pas sans poser des difficultés car ces autres sources d'information ne sont pas toujours fiables dans la mesure où elles transmettent des messages souvent erronés et contradictoires et qui sont parfois liés à des intérêts exclusivement commerciaux. Les médecins et les autres professionnels de la santé sont considérés comme des sources plus fiables d'information et comme de puissants modèles pour opter pour des habitudes de vie saines². En effet, cette même enquête montre que 67% des personnes interrogées ont consulté leur médecin dans les trois mois qui ont précédé l'enquête. Parmi ces personnes, 24,9 % d'entre elles ont parlé à leur médecin de leur alimentation. Ces consultations sont liées au fait de suivre un régime, que ce soit pour maigrir ou pour une raison de santé. La proportion de personnes ayant parlé de leur alimentation durant ces consultations est restée stable depuis 1996. Dans ce contexte, le médecin doit être préparé avec un niveau de compétence suffisant à répondre aux interrogations des patients concernant l'alimentation, le dépistage et la prise en charge des pathologies liées à la nutrition, l'éducation et la prévention nutritionnelle.

¹ Depuis 1992, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées « Baromètres santé », qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français. Ces enquêtes sont des sondages aléatoires à deux degrés (tirage d'un ménage puis d'un individu), réalisés à l'aide du système d'interview par téléphone assisté par ordinateur. Le baromètre nutrition initié en 1996 a été réalisé à trois occasions. Ses données à échéance régulière constituent un précieux outil de surveillance pour mieux percevoir l'évolution des comportements et des attitudes des Français dans le domaine de la nutrition. <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2014/index.asp>.

² KM. Kolasa, K. Rickett, « Barriers to Providing Nutrition Counseling Cited by Physicians: A Survey of Primary Care Practitioners », *Nutrition in Clinical Practice*, 2010, vol.25, p. 502-509.

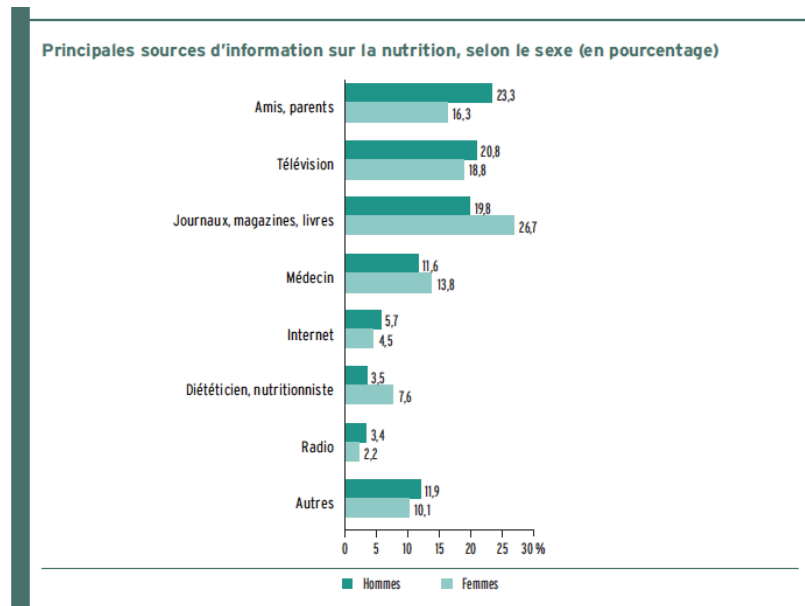


Figure 14. Principales sources d'information sur la nutrition, selon le sexe¹.

Cependant, plusieurs études montrent que dans l'ensemble les médecins sont d'accord sur l'importance de la nutrition dans leur pratique médicale, mais qu'ils ne se sentent pas à l'aise ni bien préparés pour fournir des conseils en nutrition à leurs patients. Ainsi, pratiquement toutes les études publiées à propos du rôle des médecins dans la nutrition ont indiqué que si les médecins de soins primaires se sentent concernés, ils ne fournissent pas de manière généralisée des conseils de nutrition à leurs patients².

¹ *Ibid.*

²BS. Levine, MM. Wigren, DS. Chapman, JF. Kerner, RL. Bergman, RS. Rivlin, «A national survey of attitudes and practices of primary-care physicians relating to nutrition: strategies for enhancing the use of clinical nutrition in medical practice», *Am J Clin Nutr.* 1993, vol. 57, p. 115–119. Flocke SA, Clark A, Schlessman K, Pomiecko G. Exercise, diet, and weight loss advice in the family medicine outpatient setting. *Fam Med.* 2005;37(6):415-421. Flocke SA, Crabtree BF, Stange KC. «Clinician reflections on promotion of healthy behaviors in primary care practice», *Health Policy*, 2007, vol. 84, p. 277-283. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Planning Committee of the Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care Project, «Multiple behavioral risk factor interventions in primary care: summary of research evidence», *Am J Prev Med*, 2004, vol.27, p.61-79. Heaton PC, Frede SM. «Patients' need for more counseling on diet, exercise, and smoking cessation: results from the National Ambulatory Medical Care Survey», *J Am Pharm Assoc*, 2006, vol. 46, p. 364-369. Kolasa KM. «“Images” of nutrition in medical education and primary care», *Am J Clin Nutr*, 2001, vol. 73, p. 1006-1009. Kolasa KM, Kay C, Henes S, Sullivan C. «The clinical nutritional implications of obesity and overweight», *N C Med J.* 2006, vol. 67, p. 283-287. Kushner RF. Danon Institute Award for Excellence in Medical/ Dental Nutrition Education Lecture, 2002. «Will there be a tipping point in medical nutrition education? », *Am J Clin Nutr*, 2003, vol. 77, p. 288-291. Soltesz KS, Price JH, Johnson LW, Tellijohann SK, «Family physicians' views of the preventive services task force recommendations regarding nutritional counseling», *Arch Fam Med*, 1995, vol. 4, p. 589-593. Tsai AG, Wadden TA. «Treatment of obesity in primary care practice in the United States: a systematic review», *J Gen Intern Med*, 2009, vol. 24, p. 1073-1079. Wynn K, Trudeau

En France, en 2006, une enquête d'opinion sur 1500 médecins généralistes a été réalisée pour mieux comprendre les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes concernant la nutrition. Il faut noter que seulement 21 % des enquêtés ont été suivies de réponses, soit trois cents médecins ont répondu. Les principaux résultats de l'enquête à retenir sont les suivants¹ :

- 3/4 des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire estiment être plus souvent interrogés sur des questions nutritionnelles depuis quelques années ;
- la majorité (85%) se sentent à l'aise pour donner des conseils nutritionnels ;
- les conseils nutritionnels sont majoritairement dispensés par oral (90%) et peuvent, dans un tiers des cas, être accompagnés d'un écrit ou d'un document imprimé (respectivement 38% et 34% des réponses) ;
- les difficultés rencontrées par les médecins généralistes sur les questions de nutrition sont les suivantes: le manque de temps, un manque de travail d'équipe et l'inadaptation ou le manque de support d'information. Un manque de connaissance sur ce sujet est aussi reconnu par la moitié des médecins.

JD, Taunton K, Gowans M, Scott I. «Nutrition in primary care: current practices, attitudes, and barriers», *Can Fam Physician*, 2010, vol. 56, p. e109-e116. Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL, «Primary care: is there enough time for prevention?», *Am J Public Health*, 2003, vol. 93, p. 635-641. NA Anis, RE Lee, EF Ellerbeck, N Nazir, KA Greiner, JS Ahluwalia. «Direct observation of physician counseling on dietary habits and exercise: patient, physician, and office correlates», *Prev Med*, 2004, vol. 38, p. 198-202. Soltesz KS, Price JH, Johnson LW, Telljohann SK. «Perceptions and practices of family physicians regarding diet and cancer», *Am J Prev Med*, 1995, vol. 11, p. 197-204. Eaton CB, Goodwin MA, Stange KC. «Direct observation of nutrition counseling in community family practice», *Am J Prev Med*, 2002, vol. 23, p. 174-179. R Kushner, «The expert weighs in: managing obesity in primary care practice: interview with Robert Kushner, MD. », *Obes Weight Manage*, 2009, vol. 5, p. 202-206.

¹ Société Française de Médecine Générale, Nutrition en médecine générale : quelles réalités ? 2006, <http://www.observatoiredupain.fr/images/produits/FD373FF9-4087-44c4-9598-53CDD8460A2F.PDF>. Consulté le 24 février 2016.

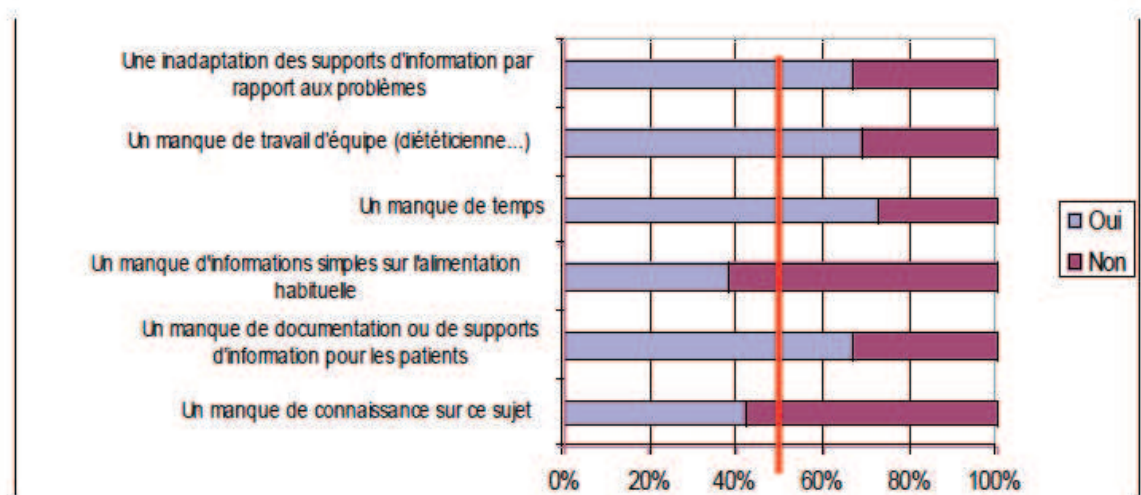


Figure 15. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes sur les questions de nutrition

Les obstacles pour intégrer la nutrition à la pratique médicale de cette étude sont similaires à ceux ciblés dans d'autres enquêtes réalisés à l'étranger et qui seront analysés ci-après. Il faut souligner que, globalement, les médecins interrogés (85%) se sentent à l'aise pour donner des conseils nutritionnels. La majorité des médecins n'hésitent pas à se faire aider par les diététiciennes ou des infirmiers formés à donner des conseils diététiques et à se documenter par des outils informatiques ou par le Web. Cependant, les médecins ont le souci de la qualité de l'information qui est à leur disposition. Ils considèrent que les sources d'information sont hétérogènes et parfois divergentes ou peu crédibles et que les informations ne sont pas toujours scientifiques. Voici un exemple d'évaluation menée par l'un des médecins interrogés. Il dénonce :

« le caractère absolument pas scientifique du sujet. Il y a que des opinions et peu de connaissances. Trop de discours politiquement corrects. Multiples sources d'information parfois divergentes dans leur contenu. Sources très variées dont les bases scientifiques sont sujettes à caution, ou pas logiques, la documentations sur l'industrie alimentaire est trop orientée sur ses produits¹.»

¹ *Ibid.*

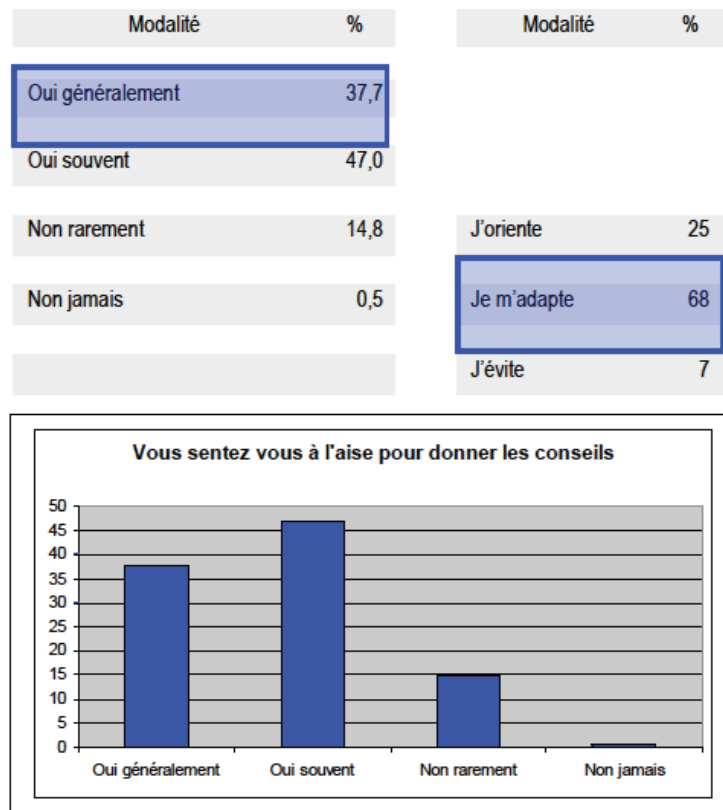


Figure 16. Réponse à la question : vous sentez-vous à l'aise pour donner des conseils nutritionnels ?

Afin d'évaluer la pertinence du PNNS et de mieux cerner l'adéquation des recommandations gouvernementales avec la pratique en soins primaires, des travaux réalisés dans différentes régions françaises montrent de manière générale que les médecins se sentent concernés, mais peu d'entre eux sont formés en nutrition, ce qui les conduit à mettre en œuvre des pratiques très variées en matière d'éducation nutritionnelle. Dans l'étude menée en Rhône-Alpes¹ près de 3/4 des médecins déclarent que leur rôle en matière d'éducation nutritionnelle est de donner des conseils personnalisés, même en l'absence de demande du patient. Cependant, seule la moitié d'entre eux a connaissance des recommandations du PNNS et des guides "la santé vient en mangeant" envoyés à tous les médecins. Les chercheurs ont constaté que les plus informés sont les médecins installés en zone urbaine, les femmes et les moins de 45 ans. Cette étude a identifié quatre types de pratiques :

¹ Gruaz D., Fontaine D. *Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rh.-Alpes*. Lyon : ORS Rhone-Alpes, 2004, 51. http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Nutrition_2004.pdf (consulté le 15 mars 2016).

1. Les médecins qui pensent que c'est leur rôle de faire de l'éducation nutritionnelle et qui en font systématiquement avec tous leurs patients.

2. Ceux qui pensent que c'est leur rôle et qui en font systématiquement avec certains publics et dès qu'ils repèrent une demande de la part des autres patients.

3. Ceux qui pensent que c'est leur rôle et qui en font dès qu'ils repèrent une demande.

4. Ceux qui pensent que ce n'est pas leur rôle et qui n'en font que lorsqu'il y a une demande.

L'étude réalisée en région parisienne montre que des conseils nutritionnels sont donnés dans 42,4% des consultations¹. Les conseils concernent principalement le domaine diététique (90,2%) et ils sont donnés oralement (80,5%) et à l'initiative du médecin (81,6%). Autrement dit, collaborer avec d'autres professionnels de la santé à des fins nutritionnelles est extrêmement rare (5,4%). Des conseils nutritionnels sont également donnés en particulier pour la prévention secondaire, pour les patients âgés de 40 ans ou plus, souffrant d'obésité et avec une ou plusieurs maladies chroniques. Notons que les médecins les plus enclins à délivrer ces conseils sont âgés de 45 ans et plus, avec une pratique de convention d'honoraires et une pratique spécifique dans un domaine de la médecine. Cela dit, dans le cas où des conseils nutritionnels sont donnés, la consultation ne dure qu'une minute de plus en moyenne.

Cette problématique a été largement étudiée à l'étranger. Par exemple, dans une autre étude publiée en 1995, R. Kushner décrit dans le contexte américain, les attitudes, les pratiques, les comportements et les obstacles à l'octroi de conseils nutritionnels chez 2250 médecins de soins primaires (médecins généraliste, internistes, pédiatres)². Cette étude est fréquemment citée comme référence pour reconnaître que la nutrition et les conseils nutritionnels sont des composantes essentielles dans la prise en charge médicale principalement à visée préventive. Parmi les 1103 médecins ayant répondu, la majorité des médecins (3/4 des répondants) estiment que la consultation diététique est importante et qu'elle relève de la responsabilité du médecin. Les obstacles perçus à la prestation de conseils diététiques sont, selon leur ordre d'importance, les suivants : le manque de temps, des matériels didactiques insuffisants, le manque de formation et de connaissances et le remboursement insuffisant. Ces raisons engendrent un manque de confiance des médecins dans ce domaine et contribuent à ne pas intégrer la nutrition

¹ A. Covi-Crochet, J.C. Cittée, L. Letrilliart, « Fréquence, modalités et déterminants de l'éducation nutritionnelle des patients en médecine générale : l'étude Nutrimège », *Rev Prat*, 2010, vol. 60, p. 4-8.

² R. Kushner, « Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners », *Prev Med*, 1995, vol. 24, p.546-552.

dans la pratique médicale.

Une autre étude a évalué la pratique de la nutrition en 2006 chez 4512 médecins et infirmiers du Danemark, Norvège et Suède¹. La principale raison de l'insuffisante pratique nutritionnelle est le manque de connaissance en nutrition. (Figure 17). Les 73 % des personnels médicaux consultés reconnaissent l'importance de la dénutrition, mais d'autres données sont plus préoccupantes : 25% ont trouvé qu'il est difficile d'identifier les patients ayant besoin d'une thérapie nutritionnelle, 39 % manquaient de techniques pour identifier les patients souffrant de malnutrition, 53 % ont trouvé qu'il est difficile de calculer le besoin en énergie des patients et 66 % ne connaissant pas des lignes directrices nationales pour la nutrition clinique. Point culminant, seuls 28% des enquêtés, considèrent que la pratique insuffisante de la nutrition peut conduire à des complications et à une hospitalisation prolongée.

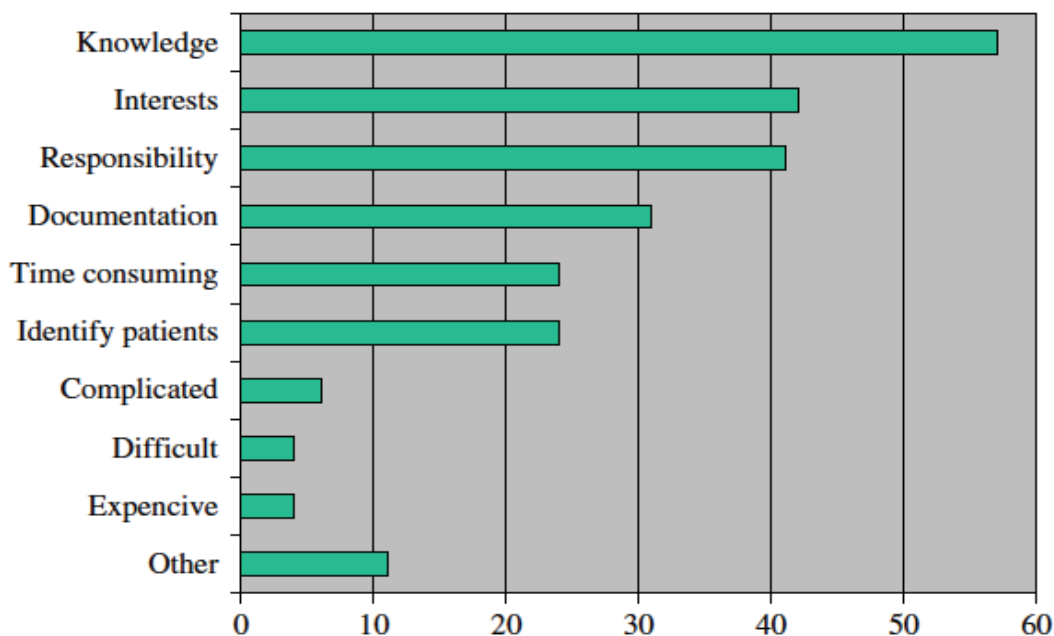


Figure 17. Raisons rapportées par les médecins et infirmiers pour expliquer l'absence de pratique nutritionnelle dans les hôpitaux scandinaves. (trois réponses par personne au maximum).

¹ M. Mowe, I. Bossaeus, HH Rasmussen, J. Kondrup, M. Unosson, I. Irtu, « Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey », *Clinical Nutrition*, 2006, vol. 25, p. 5254-32.

En 2010, K. Wynn et al.¹ ont réalisé une enquête auprès de médecins canadiens, afin d'étudier le rôle des médecins de soins primaires dans la prise en charge des patients atteints de problèmes liés à la nutrition. Il s'agissait également de savoir si l'application de conseils nutritionnels recommandés par *les directives canadiennes de pratique clinique de 2006 sur le traitement et la prévention de l'obésité* est possible dans les pratiques de soins primaires. Les résultats montrent que sur les huit cents médecins consultés, le taux de réponse est de 59,6 %. Globalement, les répondants adoptent des attitudes positives concernant le rôle de la nutrition dans la santé des patients (voir tableau 8), et la plupart (58,1 %) estiment que plus de 60 % de leurs patients bénéficieraient de conseils nutritionnels.

Tableau 8. Attitude des médecins de soins primaires dans le domaine de la nutrition.

STATEMENTS	STRONGLY DISAGREE, %	SOMEWHAT DISAGREE, %	NEUTRAL, %	SOMEWHAT AGREE, %	STRONGLY AGREE, %
Counseling patients about nutrition is one of the responsibilities of the physician	1.1	4.5	7.0	43.0	44.3
Nutrition is a significant component of prevention and progression of many chronic diseases	0.9	0.7	2.0	26.0	70.4
Nutrition counseling in the family practice setting is effective at changing patients' behaviour	1.1	8.2	16.3	53.3	21.3
I feel that patients want more information on nutrition than I am able to provide	1.8	9.1	16.6	46.6	25.9

Il est important de souligner que l'étude montre un écart considérable entre la proportion de patients qui, selon les répondants, bénéficient de ces conseils et la proportion de ceux qui reçoivent dans les faits de tels conseils, soit au cabinet du médecin, soit par l'intermédiaire d'une consultation en diététique. Les médecins ruraux adressent plus souvent leurs patients aux services diététiques que les médecins urbains.

En ce qui concerne les obstacles pour la pratique des conseils en nutrition, cette étude a identifié, par ordre d'importance, le manque de formation, le manque de temps et de rémunération, le recours insuffisant dans les services de diététique et l'absence d'interventions fondées sur des preuves. Il faut noter qu'il s'agit d'obstacles déjà identifiées par Kushner en 1995. (Figure 18)

¹ K. Wynn, JD. Trudeau, K. Taunton, M. Gowans, I. Scott, «Nutrition in primary care: current practices, attitudes, and barriers», *Can Fam Physician*, 2010, vol.56, p. e109-e116.

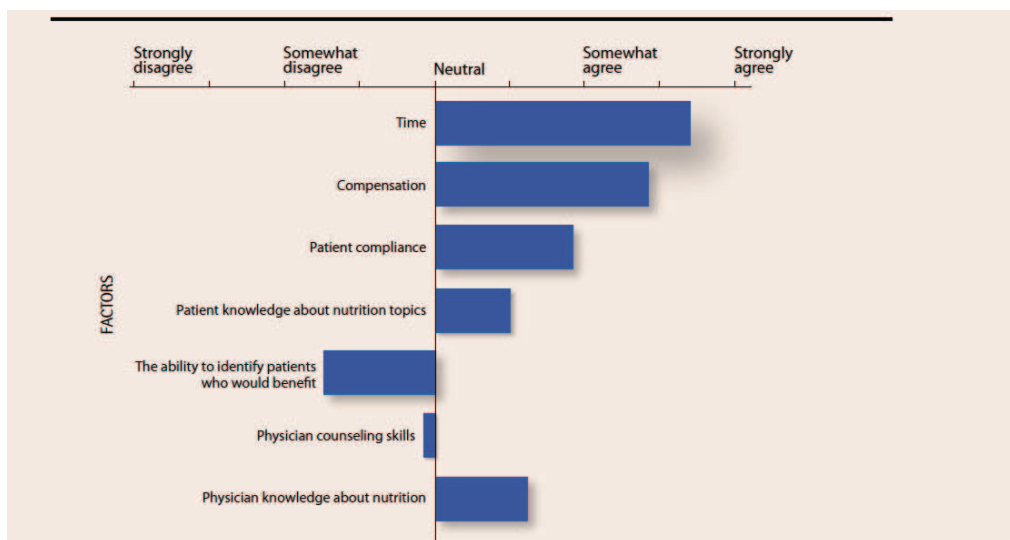


Figure 18. Obstacles pour la pratique des conseils nutritionnels dans les soins primaires.

Presque tous les répondants indiquent que le manque de temps et de rémunération sont les principaux obstacles au conseil nutritionnel. La formation n'est pas considérée comme un obstacle aussi important, même si 82,3 % des médecins de famille mentionnent avoir eu une formation insuffisante à la faculté de médecine et seulement 30 % d'entre eux reconnaissent faire usage de ressources en lien avec la nutrition.

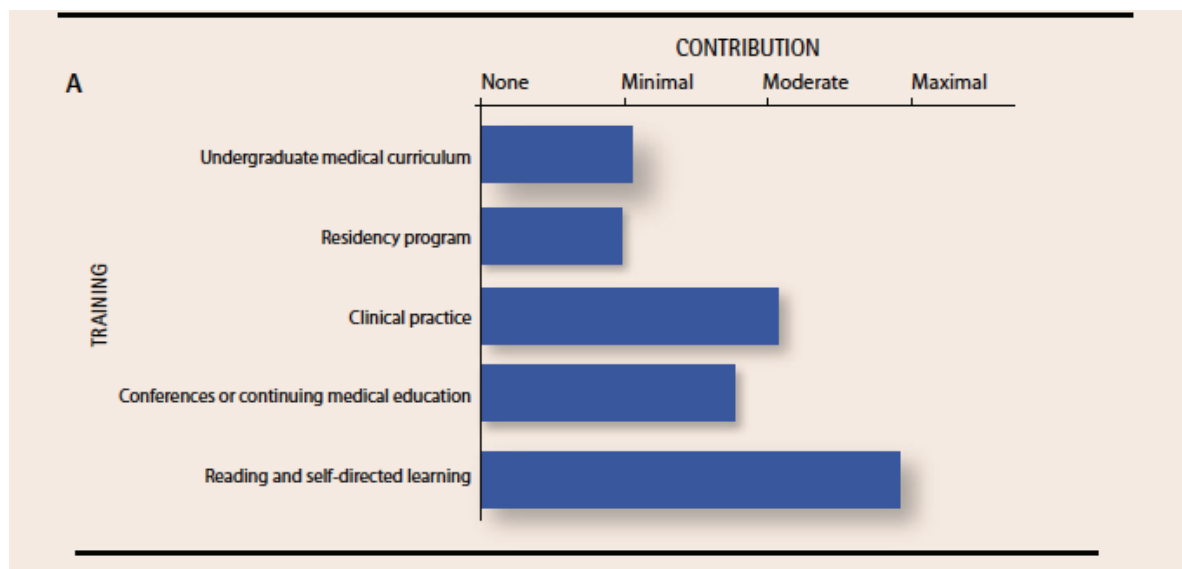


Figure 19. Formations et ressources utilisées par les médecins pour l'apprentissage de la nutrition.

L'absence de connaissances en nutrition et la faible rémunération pour la consultation peuvent avoir un impact sur la motivation des médecins et sur la formation continue en nutrition. Cette étude souligne d'ailleurs la nécessité d'améliorer la formation des médecins.

Nous avons trouvé six études évaluant la connaissance des internes et médecins praticiens en nutrition. Les résultats montrent un taux de bonnes réponses allant de 50 % à 66 %¹. De plus, ces études montrent la demande des médecins ayant pour objet des informations et des formations supplémentaires sur un large éventail de thèmes de nutrition.²

En 2010, nous avons réalisé une étude en Colombie auprès des étudiants de médecine de la quatrième à la sixième année de l'Ecole Colombienne de Médecine et des internes de première année de l'internat de médecine et chirurgie³. L'objectif était d'évaluer les connaissances en nutrition des étudiants de médecine et leur attitude sur ce sujet. Nous avons réalisé une évaluation avec 30 questions fondées sur l'étude de ML.Vetter.⁴ Un total de 338 élèves a participé (88%). L'étude a montré que les élèves ont une attitude favorable à l'égard de la nutrition, mais il y a des lacunes dans les connaissances. Le nombre moyen de réponses correctes était de 53%.

¹ RK. Kirby, KB. Chauncey, BG. Jones, «The effectiveness of a nutrition education program for family practice residents conducted by a family practice resident-dietitian», *Fam Med*. 1995, vol. 27, p. 576–580. NJ. Temple, «Survey of nutrition knowledge of Canadian physicians», *J Am Coll Nutr*. 1999, vol.18, p.26–29. M. Raman, C. Violato, S. Coderre, «How much do gastroenterology fellows know about nutrition? », *J Clin Gastroenterol*. 2009, vol. 43, p. 559–564. ML. Vetter, SJ. Herring, M. Sood, NR. Shah, AL. Kalet, «What do resident physicians know about nutrition? An evaluation of attitudes, self-perceived proficiency and knowledge», *J Am Coll Nutr*. 2008, vol. 27, p. 287–298. Flynn M, Sciamanna C, Vigilante K. «Inadequate physician knowledge of the effects of diet on blood lipids and lipoproteins», *Nutr J*. 2003, vol. 2, p. 19.

² VH. Coleman, DW. Laube, RW. Hale, SB. Williams, ML. Power, J. Schulkin, «Obstetrician-gynecologists and primary care: training during obstetrics-gynecology residency and current practice patterns», *Acad Med*. 2007, vol. 82, p. 602–607. TV. Mihalynuk, RH Knopp, CS. Scott, JB. Coombs, «Physician informational needs in providing nutritional guidance to patients», *Fam Med*. 2004, vol. 36, p. 722–726.

KB. Roberts, S. Starr, TG. DeWitt, «The University of Massachusetts Medical Center office-based continuity experience: are we preparing pediatrics residents for primary care practice? », *Pediatrics* 1997, vol. 100, p.E2.

³ D. Càrdenas, «Evaluation of attitudes and knowledge in nutrition in undergraduate and graduate students at the medical school of the Universidad El Bosque», *Nutrition in Clinical Practice* 2011, vol. 1, p. 94-102. D. Càrdenas. «Evaluación de Actitudes y Conocimientos en nutrición de los estudiantes de medicina de la universidad El Bosque», *RCMN*, 2010, vol. 2, 93- 99.

⁴ Herring SJ, Sood M, «What Do Resident Physicians Know about Nutrition? An Evaluation of Attitudes, Self-Perceived Proficiency and Knowledge», *J Am Coll Nutr*, 2008; 27:287–98.

Aujourd'hui, les obstacles à la pratique des conseils nutritionnels et à la nutrition en générale continuent d'être les mêmes que ceux signalés par Kushner il y a 20 ans. Sur ce point, KM. Kolasa et K. Rickett soulignent que :

« Pour voir un changement dans la proportion de médecins qui donnent des conseils en nutrition, on doit avoir les éléments suivants : les médecins, résidents et étudiants en médecine, doivent d'être éduqués à la nutrition; les ressources doivent être actualisées; la rémunération pour des conseils sur la nutrition doit être améliorée; et des changements organisationnels doivent être faits pour permettre aux médecins de fournir des messages brefs sur la nutrition fondées sur des preuves, avec le soutien des infirmières, des diététiciennes et d'autres au cabinet ou en dehors¹.»

Ainsi, nous constatons que dans la pratique médicale en soins primaires², malgré la perception positive des médecins à l'égard de la nutrition, le médecin en général n'est pas préparé pour affronter cette problématique.

Concernant le contexte hospitalier, l'ESPEN en 2003 a été à l'initiative de la Résolution ResAP (2003)³ du Conseil de l'Europe sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux. Cette résolution se justifie par :

« L'ampleur inacceptable du phénomène de la dénutrition parmi les personnes hospitalisées en Europe (...) et rappelle que la dénutrition chez les personnes hospitalisées entraîne un allongement de la durée d'hospitalisation, un rétablissement plus long, une dégradation de la qualité de vie et des surcoûts³. »

L'élaboration et la mise en œuvre de recommandations nationales sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux sont suggérés et, en ce qui concerne l'enseignement et connaissances nutritionnelles, on propose de :

« i. Mettre en œuvre un programme de formation continue en nutrition générale et aux techniques de soutien nutritionnel à l'intention de tous les personnels qui participent au processus d'alimentation des malades.

¹ KM. Kolasa, K. Rickett, « Barriers to Providing Nutrition Counseling Cited by Physicians: A Survey of Primary Care Practitioners», *Nutrition in Clinical Practice*, 2010 vol. 25, 502-509.

² Selon l'OMS, les soins de santé primaires sont ceux orientés sur les principaux problèmes de santé publique de la "communauté". Ils incluent l'éducation, les vaccinations, l'accès à l'eau potable, l'alimentation, la protection maternelle et infantile, l'hygiène et l'accès aux soins de base.

³ Comité des Ministres, Rapport ResAP(2003)³ sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux., Conseil de l'Europe, 2003, http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/resolution_conseil_europe.pdf. (consulté le 15 mars 2015).

ii. La nutrition clinique doit figurer dans les programmes des différents cycles d'études universitaires de médecine.

iii. Des chaires de nutrition clinique doivent être créées.

iv. Les facultés de médecine doivent former à la nutrition clinique à l'intention des adultes et des enfants, en faire une discipline spécialisée dont l'enseignement doit aborder les aspects préventifs aussi bien que thérapeutiques des soins et du soutien nutritionnel.

v. Il convient d'améliorer la formation du personnel infirmier à la nutrition clinique, en mettant spécialement l'accent sur l'évaluation du risque nutritionnel, le contrôle de l'alimentation et les techniques d'alimentation.

vi. La formation des diététiciens-cliniciens et des diététiciens généralistes à l'échelon national doit être fixée au plus haut niveau des formations de deuxième cycle pour permettre à tous les diététiciens d'Europe de jouer un rôle plus central dans les soins et le soutien nutritionnels.

vii. La formation des diététiciens administratifs doit être revalorisée, en particulier en ce qui concerne le volet gestionnel.

viii. La formation initiale et continue des gestionnaires/contrôleurs des services de restauration en milieu hospitalier doit différer de celle des gestionnaires de services hôteliers et les préparer à s'occuper de malades.

ix. Il faut se concentrer tout spécialement sur la formation à la nutrition des personnels non cliniques, par exemple les aides-soignants (« *care assistants* ») travaillant à temps partiel, et les intendants de service (« *Ward housekeepers* ») et sur la définition de leur domaine de responsabilité.

x. Il convient d'accorder une attention particulière à l'éducation et à la sensibilisation du public (y compris des malades) à l'importance d'une bonne alimentation.

xi. Il faut encourager les initiatives européennes relatives à la formation à la nutrition clinique.

xii. Il faut étendre la coopération entre les associations de nutrition clinique des différents pays¹.»

Compte-tenu de ces éléments, trois aspects importants de cette résolution sont à mentionner. Premièrement, on note l'importance et la nécessité d'intégrer la nutrition dans les études de médecine, de renforcer l'éducation et formation des diététiciens et de former les personnels soignant non cliniciens. Deuxièmement, il est nécessaire d'éduquer les patients en ce qui concerne la nutrition, et troisièmement, la

¹ *Ibid.*

reconnaissance de la nutrition comme une spécialité à part entière s'impose avec évidence.

Pour que ce type de politique puisse avoir un impact sur la population, il est indispensable de mener une action multisectorielle, ce qui nécessite l'engagement généralisé et actif de tous les secteurs et acteurs concernés. Pour cela, la déclaration de Vienne, par exemple, affirme la nécessité de :

« La présence de ressources humaines adéquates pour assurer, dans le domaine de la nutrition, des interventions inspirées de bases factuelles, y compris des conseils et des soins¹. »

Cela implique des ressources humaines « adéquates », ce qui laisse supposer qu'il s'agit de professionnels ayant des compétences spécifiques et capables de garantir l'application de ces politiques. Nous avons cherché dans le contexte de politiques internationales ceux qui pourraient être les professionnels concernés. Ainsi, *Le Plan d'action de 2003*² de l'OMS propose une stratégie pour promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique :

«La formation de tous les professionnels de la santé (y compris les médecins, les infirmières, dentistes et nutritionnistes) devrait inclure l'alimentation, la nutrition et l'activité physique comme déterminants de la santé médicale et dentaire... Il y a un besoin urgent de développer et de renforcer les structures existantes et les programmes de formation pour mettre en œuvre ces actions avec succès³. »

Ces politiques internationales attestent donc que le médecin est concerné par la mise en œuvre de ces recommandations et par les stratégies publiques concernant la nutrition. Ainsi, il est possible de définir le rôle des médecins dans deux contextes : 1) dans les problématiques propres aux soins primaires, à visée principalement préventive, à savoir les problèmes les plus fréquents de la population en lien avec la nutrition, comme la dénutrition, l'obésité, le cancer, l'hypercholestérolémie, l'hypertension, etc. 2) pour répondre à la nécessité d'établir des soins spécialisés, à visée principalement thérapeutique, dans les différents structures de santé : utilisation appropriée des soins nutritionnels (NE, NO SNO), activité de recherche et formation, etc.

¹ *Ibid.*, p. 9.

² L'objectif global des recommandations publiées dans ce Plan d'action de l'OMS, est de mettre en œuvre des politiques et des stratégies plus efficaces et plus durables pour faire face aux défis de santé publique liés à l'alimentation et la santé.

³ WHO/FAO, *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, Genève, 2003, p. 68.

Ainsi, au niveau téléologique du jugement médical, la prise de décision médicale interroge les actions des institutions publiques lorsqu'elles ciblent la nutrition comme une priorité pour améliorer la santé des Français et définissent la dénutrition et la faim à l'hôpital comme une priorité. Il s'agit d'un cadre politique qui explicite les priorités et les choix concernant les notions de « se nourrir » et l'acte de « bien manger ». Nous avons défini de manière non exhaustive le cadre législatif qui permet d'orienter l'organisation des soins nutritionnels, en particulier, la place du médecin, mais aussi de statuer sur le caractère thérapeutique de la nutrition artificielle notamment en fin de vie. Or si les notions au centre des politiques nutritionnelles mobilisent des valeurs de santé et font de la lutte contre la maladie une priorité, nous constatons une incohérence entre ces exigences politiques, le cadre normatif existant et la pratique médicale. Cela a pour conséquence de produire une méfiance vis-à-vis des instructions et risque de fragiliser la décision médicale. Il est alors pertinent d'interroger les conséquences de l'insuffisance de formation en nutrition des médecins sur leur pratique, à savoir du premier niveau de jugement médical appelé le niveau prudentiel.