

MANIFESTE DE LUTTE CONTRE LA DÉNUTRITION

*PRENDRE SOIN DE CHACUN POUR METTRE FIN
À CETTE MALADIE SILENCIEUSE*



Collection « DOCUMENTS »



© LE BORD DE L'EAU 2016
www.editionsbdl.com
33310 Lormont
ISBN: 978-2-35 687-480-1





COLLECTIF DE LUTTE CONTRE LA DÉNUTRITION

MANIFESTE DE LUTTE CONTRE LA
DÉNUTRITION

PRENDRE SOIN DE CHACUN POUR METTRE FIN À CETTE
MALADIE SILENCIEUSE



LE BORD DE L'EAU





Signez sur
www.luttecontreladenutrition.fr



« Dans un pays d'abondance comme la France, comment peut-il y avoir plus de 2 millions de personnes dénutries? On imagine la souffrance que cela représente pour chacune d'entre elles et pour leur famille. Cette situation me choque, d'autant que la dénutrition représente un coût conséquent pour la société que nous pourrions facilement éviter en mettant l'accent sur la prévention.

Attachée à la place de l'alimentation dans notre quotidien, j'ai accepté la proposition du Professeur Éric Fontaine et j'ai rejoint le Collectif de lutte contre la dénutrition pour m'impliquer contre cette co-pathologie. La dénutrition n'est pas une fatalité. Aujourd'hui, je m'engage à ses côtés pour porter la voix de ces milliers d'anonymes qui à l'hôpital comme à domicile, n'arrivent pas à guérir de leur maladie car ils sont dénutris.

Aujourd'hui, je signe les 10 propositions du *Manifeste de lutte contre la dénutrition* pour mettre fin à cette maladie silencieuse. »

Marie de Villepin,
Marraine du Collectif de lutte contre la dénutrition

« Je soutiens le Collectif de lutte contre la dénutrition qui se bat au quotidien pour que la dénutrition ne soit plus un sujet oublié. Cette lutte est importante et légitime. Agissons! »

François Cluzet,
Acteur





Préface

Maigrir, c'est mourir

Éric FONTAINE

Président de la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP), médecin responsable de l'Unité de nutrition artificielle du CHU de Grenoble (38), fondateur du Collectif de lutte contre la dénutrition.

Le Collectif de lutte contre la dénutrition (CLD) : Pourquoi avoir voulu créer un collectif de lutte contre la dénutrition ?

Éric Fontaine : Parce qu'aujourd'hui, dans un pays d'abondance comme la France, la dénutrition tue. Parce que l'on dispose dans l'absolu de tous les savoirs et de toutes les solutions pour empêcher cela, mais que rien n'est fait, ou trop peu, faute de moyens et de prise de conscience. Parce que ce sont quelque 2 millions d'enfants, d'adolescents, d'adultes atteints de maladies « chroniques » et de personnes âgées, à l'hôpital comme à domicile, qu'on laisse dépérir en détournant le regard.

Face à cette situation insupportable, nous avons le devoir d'agir. Les voies hiérarchiques officielles qui ont été empruntées depuis 50 ans n'ont pas permis de faire bouger les choses d'un iota. Nous avons la conviction aujourd'hui que seule une mobilisation de la société pourra faire comprendre l'ampleur de ce fléau afin de contraindre les politiques et l'administration à regarder et traiter le sujet comme ils ont été obligés de le faire suite aux mobilisations citoyennes sur le traitement de la douleur, la prise en charge des patients séropositifs ou celles pour limiter les infections nosocomiales.

J'ai rassemblé autour d'une table des associations de patients, des aidants, des proches et usagers des établissements de santé,



des médecins, diététiciens, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens, anthropologues, sociologues, philosophes, économistes, gestionnaires et usagers de maisons de retraite acteurs de l'économie sociale et solidaire et de la nutrition clinique, des personnalités religieuses et politiques afin de publier ce manifeste pour que demain la France s'engage et mette fin à ce drame sanitaire. Nous avons travaillé durant de nombreux mois afin de dégager dix propositions que nous allons soumettre aux candidats à l'élection présidentielle de 2017.

CLD : Comment expliquer que la dénutrition soit si peu reconnue en France ? Est-ce parce que l'on n'en parle pas assez ?

ÉF : Il faut savoir que malgré les progrès considérables de la médecine, le pourcentage de malades dénutris n'a pas baissé depuis les années 1960. C'est un fait. Et cela est rageant, car la dénutrition n'est pas une maladie incurable. Pas plus que n'importe quelle autre maladie acquise, la dénutrition n'est une fatalité. Il est possible de la prévenir ou de la limiter. Si le traitement n'est pas un problème, le diagnostic en est un. Force est de constater que les professionnels de santé considèrent souvent la dénutrition comme un cofacteur (si on guérit de la maladie, on guérit de la dénutrition) ou comme une fatalité. Il est vrai que lorsque l'on prend en compte le problème trop tard, il est trop tard ! C'est comme pour le cancer : si la tumeur est dépistée trop tard, on ne peut que ralentir le cours naturel des choses, mais pas enrayer le processus. C'est pourquoi le dépistage précoce de la dénutrition est essentiel. Mais pour cela, il faut des moyens humains (médecins nutritionnistes et diététiciens) qui ne sont actuellement pas à la hauteur des besoins. Cela est vrai tant dans les hôpitaux qu'en ville. À de très nombreuses reprises, nous avons alerté les pouvoirs publics sur cette question, mais force est de constater que nous avons échoué.

C'est pourquoi je tente aujourd'hui d'emprunter une autre voie et de poser le débat sur la place publique afin de mobiliser les citoyens. Je reconnais que cette initiative est audacieuse et

inhabituelle, mais j'ai la conviction que seule une mobilisation de la société nous permettra d'être entendus.

CLD : Qu'est-ce que la dénutrition ?

ÉF : La dénutrition résulte d'un déficit énergétique et protéique de l'organisme, causé soit par une insuffisance des apports alimentaires, soit par une augmentation des pertes, soit par une association de ces deux causes. Ce n'est pas à proprement parler une maladie, mais un syndrome, c'est-à-dire une combinaison de facteurs qui vont concourir à la dégradation de l'état général. En pratique, elle se définit par un indice de masse corporelle (IMC) au-dessous des courbes minimales des carnets de santé, et une perte de poids involontaire de plus de 5% en un mois ou de plus de 10% en six mois. Lorsque c'est de la graisse, ce n'est pas grave, mais lorsque c'est du muscle, c'est beaucoup plus problématique.

CLD : À quoi reconnaît-on qu'une personne est dénutrie ?

ÉF : Historiquement, il existe deux formes radicalement opposées et relativement rares de dénutrition : le marasme, qui est comparable au jeûne chez quelqu'un qui ne serait pas malade, et le kwashiorkor, qui correspond à une dénutrition rapide accompagnant ou venant compliquer une maladie existante. Dans le premier cas, les gens maigrissent très lentement, progressivement, harmonieusement, mais à la fin, ils se retrouvent uniquement avec la peau sur les os. C'est un processus lent, mais qui se voit. On le rencontre principalement chez les malades atteints d'anorexie mentale ou lors d'une grève de la faim. C'est l'évolution extrême d'une dénutrition harmonieuse, sans maladie connexe. Dans le second cas, les muscles vont littéralement fondre, mais pas la graisse. Ainsi, l'enveloppe corporelle va rester un peu ronde. Si l'on est extrêmement dénutri, le corps va même fabriquer des œdèmes, et donc gonfler. Cela ne choque généralement pas la personne, d'autant plus si elle est initialement en surpoids ou en obésité, ce qui la rend d'autant plus difficile à dia-



agnostiquer. Entre ces deux formes antagonistes, entre ce blanc et ce noir, il existe une palette extrêmement étendue de gris.

CLD : Comment devient-on dénutri ?

ÉF : Les conséquences de la dénutrition touchent tout le monde. Il ne faut pas croire que les personnes dénutries sont des SDF, loin de là ! Il y a quinze ans, les patients mouraient du sida. Ce n'était pas à cause du virus, mais parce qu'il ne leur était plus possible de manger en raison de la douleur provoquée par le contact avec les aliments. Aujourd'hui, de nombreuses pathologies chroniques (insuffisance respiratoire, cardiaque, rénale...) ou aiguës entraînent une augmentation des besoins nutritionnels, donc un risque de dénutrition.

CLD : Combien existe-t-il de personnes dénutries en France ?

ÉF : On ne connaît pas avec certitude ce chiffre, car de nombreux cas restent non diagnostiqués. À partir des observations faites dans les hôpitaux et du nombre de malades hospitalisés en France chaque année, on peut néanmoins le reconstituer. À domicile, on compte à peu près 1,5 million de personnes dénutries. La prévalence est de 4 à 5 % chez les personnes adultes (18-70 ans), de 6 à 10 % chez les personnes âgées (+ 70 ans) et de l'ordre de 3 % chez les enfants. Pour les personnes en institution (hôpitaux, maisons de retraite, structures d'accueil pour les handicapés mentaux...), elle se situe entre 20 et 40 %, ce qui représente à peu près 300 000 patients. On peut donc estimer le nombre de personnes dénutries à deux millions, soit l'équivalent d'une ville comme Paris. Or on sait que chez les adultes vivant à domicile et qui sont hors du circuit de soins, le taux de dénutrition peut atteindre 20 %.

CLD : Vous soutenez que l'une des conséquences de la dénutrition est le décès. Est-ce que la dénutrition tue ?

ÉF : Une maladie peut souvent en entraîner une autre. Il est ainsi fréquent que la dénutrition complique une maladie pré-



existante. Si celle-ci est guérissable, la dénutrition va ralentir la guérison. Si elle est handicapante, la dénutrition va alourdir le handicap. Si elle est incurable, la dénutrition va accélérer l'évolution fatale. Les conséquences sont alors multiples : arrêt de croissance chez les enfants, augmentation du risque d'infections, de fractures, des troubles psychologiques, perte d'autonomie, perturbation de l'équilibre, dégradation du tube digestif, du système respiratoire, de la santé bucco-dentaire, de la qualité de vie, et à l'extrême, le décès.

Un proverbe chinois dit : « Quand les gros maigrissent, les maigres meurent. » C'est un constat millénaire. Lors des famines ou des grèves de la faim, il ne fait aucun doute que la dénutrition entraîne la mort (en règle générale par une infection foudroyante). Les observations faites chez les animaux ont bien montré que le décès survient généralement dès que l'animal a perdu plus de la moitié de ses muscles. Grâce aux antibiotiques, il est possible de survivre un peu plus longtemps, mais l'issue est toujours fatale en l'absence de renutrition.

En outre, lorsque la dénutrition est secondaire à une autre maladie, on a tendance à faire porter la cause du décès à la maladie initiale, mais la dénutrition joue souvent un rôle majeur dans la diminution des défenses et dans le dysfonctionnement des organes vitaux responsables du décès.

CLD : À quoi attribuez-vous la surdité des pouvoirs publics ?

ÉF : Les contraintes financières sont telles que l'émergence d'un nouveau besoin déstabilise toutes les prévisions de dépense. Admettre qu'il existe 40% de malades dénutris dans les établissements hospitaliers, puis comprendre qu'ils ne seront pas pris en charge par manque de personnel compétent, c'est se confronter à la nécessité d'embaucher massivement des nutritionnistes et des diététiciens. Dès lors, il est tentant de minimiser le problème, d'autant que les pouvoirs publics ne sont pas convaincus que la prévention de la dénutrition coûte réellement moins cher, à terme, que son traitement.

Sans une mobilisation forte de la population, les choses resteront certainement en l'état. Nous devons nous inspirer des expériences passées. La prise en charge de la douleur est aujourd'hui un acquis des malades, mais il faut se souvenir qu'il y a une quarantaine d'années, la douleur était considérée comme inéluctable. On lui trouvait des explications morales confortées par la peur d'utiliser des médicaments dérivés de la morphine. Dans ce domaine, les esprits ont changé et il paraîtrait scandaleux aujourd'hui à n'importe quelle famille de savoir qu'on laisse souffrir son proche en silence alors qu'il est possible de calmer ses douleurs. Je souhaiterais qu'il en soit de même pour tout citoyen apprenant que son parent ou son enfant a perdu 5 kilos sans que personne ne réagisse.

CLD : Sauf que la dénutrition n'est pas douloureuse...

ÉF : C'est tout le problème. La douleur éclate, gronde, fait du bruit, mais elle n'affecte que très rarement la survie du malade. La dénutrition, au contraire, affecte gravement le pronostic des malades, mais reste longtemps silencieuse. En ce sens, la dénutrition est plus alarmante, car plus pernicieuse.

CLD : Une prise de conscience est-elle en train d'émerger chez les professionnels de santé ?

ÉF : Timidement. Bien sûr, nos collègues ont entendu parler de dénutrition. Ils reconnaissent ses méfaits, mais sont encore peu sensibilisés à son dépistage précoce ou à sa prévention. C'est souvent lorsqu'ils font le constat de l'échec d'une thérapie qu'ils commencent à incriminer la dénutrition. Mais il est alors trop tard pour une prise en charge nutritionnelle efficace. Demander un avis spécialisé lorsqu'un patient a perdu 10 kilos, c'est bien. Le demander dès que le patient perd 2 kilos, c'est mieux.

CLD : Est-ce possible ?

ÉF : C'est possible si l'on procède à un dépistage systématique et que l'on s'en donne les moyens. Normalement, à l'hôpi-

tal, la réglementation nous oblige à peser les malades toutes les semaines, mais en pratique, ce n'est quasiment jamais fait alors que cette étape ne coûte rien. En revanche, dès que vous êtes hospitalisé, on mesure deux fois par jour votre tension et votre température. Ce rituel est-il indispensable ? Je m'interroge, mais pourquoi pas puisqu'il est sans risque et qu'il peut parfois dépister précocement une complication ? Si l'on pesait systématiquement les malades, cela serait déjà une petite révolution.

CLD : Le dépistage est-il plus efficace en ville qu'à l'hôpital ?

ÉF : Sauf exception, le dépistage n'est pas fait en ville. Cela est d'autant plus rageant que la prise de la dénutrition en ville est tout à fait possible. J'en veux pour preuve que lorsque la dénutrition est dépistée et prise en charge à l'hôpital, son traitement se poursuit généralement dans de très bonnes conditions à domicile. Ce soin à domicile est fondamental, car corriger une dénutrition prend du temps. Un temps que nous n'avons plus à l'hôpital. Ce soin se fait généralement grâce au concours d'un prestataire de soins qui assure la fourniture des produits en coordination avec les médecins, les pharmaciens et les infirmiers. Ces prestataires de soins à domicile ont en outre de grandes capacités d'adaptation et peuvent embaucher du personnel en fonction des besoins. Autrement dit, si le dépistage était mieux organisé (en ville comme à l'hôpital), le traitement de la dénutrition ne serait pas limité par un manque de moyen.

CLD : En tant que nutritionniste, comment luttiez-vous contre la dénutrition au quotidien ?

ÉF : La démarche consiste à établir un diagnostic le plus précocement possible afin d'agir au plus vite. Selon la situation clinique, l'objectif sera plus ou moins ambitieux, et l'on tentera de stopper ou de limiter la perte de poids pour, secondairement, espérer une reprise de poids.

Ceci peut se faire avec des moyens assez simples au début, notamment en complétant l'alimentation avec des compléments

nutritionnels oraux (CNO). C'est possible tant que le malade mange encore raisonnablement. Mais lorsqu'il s'alimente trop peu ou plus du tout, nous n'avons pas d'autre choix que de le nourrir par voie artificielle, c'est-à-dire à l'aide d'un tube placé dans le corps. De même que l'on ne se pose pas la question de ventiler artificiellement un malade incapable de respirer, il ne faut pas hésiter à nourrir artificiellement un patient qui ne peut pas manger. La respiration et l'alimentation sont des fonctions toutes deux indispensables à la vie.

Lorsque le tube par lequel on apporte la nutrition est placé dans l'estomac, on parle de nutrition entérale. Lorsqu'il est placé dans une veine, on parle de nutrition parentérale. Dans le domaine de la nutrition artificielle, il y a tout un travail d'éducation à réaliser auprès des familles et de certains soignants pour lever les blocages que suscitent trop souvent ces techniques. La pose d'une sonde est un exemple typique de soin anxigène alors qu'il n'est absolument pas douloureux. Cela ne veut pas dire qu'il est agréable, mais c'est réellement un geste banal.

CLD : Mais pour éviter d'en arriver là, ne peut-on pas demander au malade de se forcer à manger ?

ÉF : C'est malheureusement ce qu'on lui demande souvent ! Mais c'est impossible et en plus, c'est culpabilisant. Si vous ne croyez pas qu'il est impossible de se forcer à manger lorsque l'on n'a pas faim, essayez de remanger un second repas juste après avoir fini de manger un repas copieux. Cette attitude est donc la meilleure manière de perdre du temps et rendre la renutrition plus complexe. Nous devons tous (soignants, soignés et proches) être convaincus que rien ne doit retarder le recours à la nutrition artificielle, lorsque ce soin est nécessaire.

CLD : Alors que faire ?

ÉF : Comme le suggère la couleur de mes cheveux, j'ai eu le temps de réfléchir à la question. J'ai tenté différentes stratégies. La première a consisté à former mes collègues en leur ex-

pliquant comment diagnostiquer et traiter la dénutrition. Je n'ai pas perçu d'opposition à cette démarche, mais elle a été inefficace. Deux raisons au moins expliquent cet échec. La première est que l'évolution de la médecine a progressivement transformé les médecins en des techniciens exclusivement centrés sur leur propre spécialité. La seconde est que la nutrition est devenue, au fil des innovations techniques, une spécialité à part entière. Enfin, les contraintes budgétaires qui poussent à l'efficacité (c'est-à-dire à une diminution des durées de séjour) sont telles aujourd'hui que les médecins non-nutritionnistes n'ont ni le temps ni les compétences pour traiter efficacement la dénutrition.

Puisque mes collègues ne pouvaient pas le faire, la seconde stratégie a été d'organiser ce dépistage et cette prise en charge de manière transversale, en allant dans tous les services proposer d'assurer ce soin. Je persiste à penser que cette stratégie est la bonne, mais je constate chaque jour que les moyens mis à disposition ne permettent pas d'assurer cette mission. Nous avons alors été nombreux à tenter d'obtenir des moyens supplémentaires, que ce soit au niveau de nos hôpitaux, de nos tutelles régionales (ARS) ou nationales (ministère de la Santé). « Se renvoyer la balle » est une expression qui colle assez bien à ce que nous avons vécu.

L'équation est donc en train de se simplifier. Le problème est connu, la solution aussi. Seuls manquent les moyens. Poser le problème sur la place publique pour que les citoyens s'en emparent m'est apparu comme une solution de la dernière chance.

Pour obtenir enfin les moyens de prendre en charge les deux millions de personnes dénutries, nous avons besoin de votre aide. Nous sommes nombreux, venant d'horizons différents, à avoir participé dans cet objectif à l'écriture d'un manifeste contre la dénutrition. Au-delà du diagnostic, il formule un ensemble de recommandations.

Lisez ces textes. Faites-vous votre propre opinion. Participez au débat. Parlez-en à vos proches. Et si vous trouvez que



Manifeste de lutte contre la dénutrition

nos propositions sont justes, alors signez ce manifeste. Soyez force citoyenne pour faire avancer cette cause.



La dénutrition, un mal silencieux

David LE BRETON¹

Professeur de sociologie et d'anthropologie à l'université de Strasbourg (67), membre de l'Institut universitaire de France, chercheur au laboratoire Dynamiques européennes (67).

CLD : *Pourquoi la dénutrition est-elle selon vous aussi fréquente en institution ?*

David Le Breton : La dénutrition est un phénomène invisible. Aucun drapeau ne jaillit du corps pour signaler qu'une personne est dénutrie et s'achemine peu à peu vers la mort, hormis l'affaiblissement et la fatigue. En institution, le personnel soignant va remarquer qu'une personne mange relativement peu, mais la plupart du temps, il attribuera ce manque d'appétit à l'âge ou à une pathologie existante, alors qu'il peut être le symptôme d'un mal-être beaucoup plus profond. Cette banalisation explique que la dénutrition soit si tardivement dépistée dans les institutions et qu'elle y prolifère ensuite de manière endémique.

CLD : *Comment l'anthropologie peut-elle concrètement participer à la lutte contre la dénutrition ?*

DLB : La gustation, c'est-à-dire ce qui fait que l'on apprécie la saveur des aliments, est toujours associée au goût de vivre : quand on perd cet élan vital, on perd également l'envie de manger². Ce lien est universel. Pour manger à sa faim, il faut être porté par la saveur du monde, par le goût de vivre. Or lorsque la personne âgée est enfermée dans une routine institutionnelle où elle ne se reconnaît pas, elle se lasse peu à peu de sa propre existence et perd progressivement l'appétit de vivre.

1 David Le Breton est l'auteur de nombreux ouvrages dont *La Saveur du monde. Une anthropologie des sens* (2006), *Expériences de la douleur* (2010) et *Disparaître de soi. Une tentation contemporaine* (2015).

2 Le mot « dégoût », c'est-à-dire la perte d'appétit, est d'ailleurs construit avec le préfixe *dé* qui veut dire *sans*, qu'on a *enlevé*.

En tant qu'anthropologue, mon obsession est de comprendre comment restaurer le goût de vivre pour que la personne retrouve l'appétit. Et manger avec appétit, c'est autant savourer un mets que la présence d'un proche. Ce lien se joue en permanence dans nos vies, dès la naissance. Par exemple, si une mère a horreur d'allaiter ou de donner le biberon, le nourrisson le comprend ; il s'alimente moins et développe des pathologies. C'est ce que les psychanalystes appellent « l'accordage » entre la mère et son enfant.

Chez une personne dénutrie, l'alimentation joue donc un rôle essentiel parce qu'elle constitue à la fois un soin et une qualité de présence qui agit à son tour comme un soin. Manger, c'est aussi maintenir ce lien.

CLD : Comment redonne-t-on le goût à l'alimentation à une personne dénutrie ?

DLB : Dans nombre d'institutions, on tente de réalimenter la personne dénutrie en la forçant à manger, ce qui est presque aussi délétère que de la laisser s'enfoncer dans la dénutrition. Il faut au contraire redonner le goût à l'alimentation sans violence, en prenant en compte la personne dans sa globalité. Paul Tournier parle de « médecine de la personne », c'est-à-dire d'une médecine qui prête une attention particulière à la relation thérapeutique entre le médecin et le malade. Il s'agit de comprendre comment la maladie s'inscrit dans la trajectoire de vie du patient, ce qu'elle signifie pour lui, afin de l'amener à assumer les choix thérapeutiques et collaborer à leur application. C'est à mon sens la seule manière de lutter durablement contre la dénutrition.

CLD : Si l'on peut alimenter sans violence, peut-on mobiliser sans douleur ?

DLB : La lutte contre la dénutrition implique un changement de paradigme comparable à celui que nous avons connu dans le domaine de la prise en charge de la douleur, dans les années 1990. Pour autant, je crois à « l'optimisme de la volonté »

pour citer Antonio Gramsci. Je crois à l'optimisme du cœur et aux forces de résistance.

CLD : Comment y sommes-nous parvenus en ce qui concerne la prise en charge de la douleur ?

DLB : Grâce une révolte des associations de patients face à l'arrogance et au manque d'humanité de la médecine hospitalière. À l'époque, on mettait le malade en fin de vie dans une chambre et on attendait que la mort arrive. L'opinion publique a commencé à prendre conscience de l'indignité du sort réservé aux patients grâce notamment au livre d'Ivan Illich *Nemesis médicale ou l'Expropriation de la santé*. Ainsi, dans les années 1990, le combat pour le soulagement de la douleur s'organise peu à peu au sein de la communauté médicale sous l'égide de Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé. De nombreux médecins se mobilisent pour qu'on ne laisse plus un patient mourir seul dans la souffrance et imposent la création des premiers services de soins palliatifs. Des associations comme Jusqu'à la mort, accompagner la vie (Jalmav) organisent même un réseau de bénévoles afin d'accompagner chaque malade à son chevet. Sous la pression des patients, des médias et des intellectuels, le paysage institutionnel de l'hôpital se métamorphose. Aujourd'hui, il existe des centres antidouleur où les consultations sont organisées par des médecins algologues dotés la plupart du temps d'une solide culture générale. Leur essor ne veut pas dire que les malades ne continuent pas à souffrir, mais nous avons aujourd'hui des médecins de qualité, qui essayent d'associer différents types de traitement et qui sont ouverts à des alternatives comme l'hypnose, la sophrologie, la relaxation, l'homéopathie ou l'acupuncture. C'est pourquoi je suis convaincu qu'un collectif comme celui-ci peut réussir à sensibiliser l'opinion et les services publics à l'enjeu de la dénutrition.

Un enfant dénutri est un enfant qui ne grandit plus

Régis HANKARD

*Professeur de pédiatrie à l'université François-Rabelais de
Tours (37), coordonnateur de l'UTN du CHU de Tours, coordon-
nateur des recommandations pour le dépistage de la dénutrition
en milieu hospitalier de la Société française de pédiatrie (SFP).*

CLD : Les enfants sont-ils concernés par la dénutrition ?

Régis Hankard : La dénutrition concerne tous les âges, du nourrisson à la personne âgée. Chez l'enfant, elle est généralement associée à une maladie. C'est donc à l'hôpital qu'elle est la plus fréquente, où elle touche 10 à 15% des enfants. Les conséquences sont graves, car la dénutrition complique et ralentit la guérison de la maladie. Mais elles le sont d'autant plus chez l'enfant dans la mesure où le processus retentit sur le développement en général, et plus particulièrement sur la croissance.

CLD : Comment expliquez-vous qu'il y ait autant d'enfants dénutris à l'hôpital ?

RH : À l'hôpital, la dénutrition de l'enfant n'est prise en charge que dans un tiers des cas en raison de son manque de dépistage. Celui-ci est considéré comme un indicateur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Ipaqss), mais seulement chez l'adulte. Faute de critères adaptés, son impact sur la lourdeur et le coût de la prise en charge n'est donc pas pris en compte en pédiatrie. Les outils sont pourtant simples. Il suffit de peser et de mesurer les patients à chaque hospitalisation ou consultation ; face à une perte de poids récente, l'examen clinique et l'histoire de la maladie permettent alors de confirmer une dénutrition. Il est donc urgent de mettre en place un dépistage systématique et de promouvoir des recommandations pour la prise en charge de la dénutrition chez l'enfant.

CLD : Comment réagissent les parents ayant un enfant dénutri ?

RH : Un enfant qui ne mange pas ou qui maigrit génère beaucoup d'anxiété chez ses parents. Au-delà du signe de gravité que représente la dénutrition, il y a aussi la relation à l'enfant qui est mise en question au travers de la symbolique de l'alimentation. Un « forçage » est souvent entrepris, mais contre-productif. Il faut expliquer cela aux parents et leur apprendre à « optimiser » les repas, à choisir et enrichir les aliments, en tentant de lever leur anxiété. Il faut parfois recourir à une alimentation par sonde (entérale) ou par les veines (parentérale).

CLD : *Vous êtes à l'origine du projet e-Pinut, en quoi consiste-t-il ?*

RH : Le projet e-Pinut a débuté en 2010 et a obtenu le label SFNEP en 2012. C'est une initiative visant à promouvoir le repérage de la dénutrition en milieu hospitalier pédiatrique. Nous sommes le seul pays en Europe à disposer d'une telle initiative, qui est reconduite chaque année depuis sept ans. Plus de 70 centres en France y participent. Les chiffres de fréquence de la dénutrition en milieu pédiatrique cités plus haut proviennent de ces enquêtes qui reposent sur plusieurs milliers d'observations à chaque campagne. En pratique, ces initiatives impliquent l'ensemble des personnels de soins et sensibilisent au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition. La mise en place d'un Registre national permettrait de disposer de chiffres fiables tout au long de l'année, de suivre l'évolution de ces situations de dénutrition au détour de l'hospitalisation et ainsi mieux adapter les modalités de prise en charge.

CLD : *Existe-t-il d'autres solutions, qui permettraient selon vous de lutter plus efficacement contre la dénutrition ?*

RH : Les professionnels de santé disposent aujourd'hui d'une large étendue de produits et les dispositifs modernes de nutrition permettent de les administrer en toute sécurité. Il reste bien entendu des situations où la prise en charge nutritionnelle reste en défaut, soit parce que la maladie limite la mise en place des



Manifeste de lutte contre la dénutrition

solutions, soit parce que celles-ci sont mal tolérées. De même, la stratégie nutritionnelle est parfois mal comprise par la famille, car exposée trop tardivement. Il faut alors trouver les mots pour convaincre et rassurer. C'est pourquoi nous devons améliorer la communication en direction des professionnels et du grand public. Il faut faire en sorte que l'on parle de la dénutrition très tôt dans l'évolution d'une maladie pour éviter qu'elle tombe comme un couperet lorsque celle-ci s'aggrave. Mais nous devons également encourager le patient et sa famille à être acteurs du processus afin d'améliorer l'évaluation nutritionnelle et sa prise en charge chez l'enfant. Cet accompagnement est un point majeur de l'approche thérapeutique, notamment chez l'enfant.



La dénutrition infantile a des conséquences tout au long de la vie

Emmanuel MAS

Secrétaire général du Groupe francophone d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatriques (GFHGNP). Créé en 1987, le GFHGNP a pour mission de stimuler la recherche et les échanges entre gastroentérologues pédiatres. Sous son impulsion, cette discipline s'est affirmée en 30 ans comme une des composantes fortes de la pédiatrie.

CLD : Quelles sont les conséquences de la dénutrition chez l'enfant ?

Emmanuel Mas : À la différence d'un adulte, l'enfant est un organisme en croissance. Or, pendant les trois premières années de sa vie, l'organe qui grossit le plus, c'est son cerveau. Cela veut dire que si l'enfant subit une dénutrition pendant cette période, elle pourra avoir des conséquences tout au long de sa vie.

CLD : À quel moment la dénutrition apparaît-elle ?

EM : Un enfant peut arriver dénutri à l'hôpital, mais lors d'hospitalisations plus longues, la dénutrition peut se développer durant le séjour. En cas de maladie chronique, elle peut également apparaître après l'hospitalisation. Les pédiatres sont effectivement censés la prendre en charge, mais nous nous heurtons souvent à des problèmes de moyens.

CLD : Pourquoi la dénutrition est-elle si peu prise en charge chez l'enfant ?

EM : Il faudrait beaucoup plus de personnel à l'hôpital, mais également à l'extérieur de l'hôpital pour assurer un relais de proximité avec le médecin traitant ou des maisons spécialisées pour une prise en charge globale de l'enfant. Notre but est qu'un enfant dénutri ne sorte pas de l'hôpital sans prise en charge, mais nous avons besoin de soutien. Celui de l'administration est

difficile à obtenir, car la dénutrition ne rentre dans aucune « case » pathologique; on ne chiffre pas la comorbidité dans la tarification à l'activité par rapport à la raison de l'hospitalisation, donc le temps passé à lutter contre la dénutrition n'est pas chiffrable, donc non reconnu. De plus, les CNO ont été déremboursés il y a quelques années pour les enfants, car les normes réglementaires ne correspondaient pas à la législation qui les contrôle. Or les enfants ont des besoins différents de ceux des adultes!

CLD : Quelles sont les solutions selon vous pour améliorer cette situation ?

EM : La situation est grave, voire alarmante. Il existe pourtant des solutions simples. Nous pourrions mettre en place une prise en charge globale de la dénutrition qui associe la prise en charge hospitalière et la présence à domicile, accompagnée d'une réelle campagne de prévention. Nous pourrions imaginer une « guidance nutritionnelle » un peu sur le modèle de ce qui existe dans le domaine de la psychiatrie et de la psychologie, notamment pour les jeunes parents qui ne savent pas vraiment comment traiter ce problème voire tout simplement nourrir leur enfant. Il est également important de former les professionnels de la petite enfance pour qu'ils sachent dépister la dénutrition, et de leur fournir des outils pour mettre en place des actions nutritionnelles afin de soigner la dénutrition. Mais ces solutions nécessitent des moyens. En outre, les consultations de diététiciens ne sont pas remboursées, obligeant les familles aux revenus les plus faibles, et généralement plus touchées par la dénutrition, à se priver de cette expertise indispensable. Bref, c'est tout le logiciel de la prise en charge qui est à revoir, car derrière la lutte contre la dénutrition, se posent des enjeux de société majeurs.

La dénutrition du fœtus est la résultante de facteurs génétiques et épigénétiques

Claude BILLEAUD

Pédiatre à l'unité néonatale de l'hôpital pour enfants de Bordeaux (33), responsable de la recherche en alimentation du nouveau-né à la faculté de médecine de Bordeaux, docteur en nutrition, Président de l'Association européenne d'enseignement de la pédiatrie (AEEP) et membre de l'Académie Européenne de Pédiatrie (EAP).

CLD : La dénutrition est-elle fréquente chez les nourrissons ?

Claude Billeaud : Environ 7% des fœtus naissent dénutris « hypotrophes¹ ». Ils sont généralement hospitalisés lorsqu'ils pèsent moins de 2400 g et ne peuvent s'alimenter naturellement. On peut parfois mettre un terme à la grossesse prématurément pour mieux nourrir le fœtus à l'extérieur. Lorsque celui-ci vient au monde, la nutrition parentérale et/ou entérale, par sonde gastrique, est nécessaire, car ses besoins nutritionnels sont extrêmement élevés. Le plus souvent, la dénutrition s'accompagne d'une ostéopénie, c'est-à-dire d'un manque de calcium dans les os, avec très rarement des fractures. Grâce à un suivi régulier (tous les 6 mois), un apport de lait enrichi en vitamines (500 ml/j), notamment en calcium et en vitamine D² (1000 UI/j), nous arrivons la plupart du temps à lui faire récupérer son poids et sa taille avant 3 ans. L'ostéopénie guérit ainsi habituellement à l'âge de 3 ans. Lorsque ce n'est pas le cas, l'hormone de croissance peut être envisagée, surtout si la croissance en taille est fortement touchée.

CLD : Quelles en sont les causes ?

CB : Elles sont souvent d'origine placentaire, maternelle ou génétique. Il faut savoir qu'une femme anorexique a un risque

1 Un bébé hypotrophe est un bébé né à terme avec un poids inférieur à 2,5 kg.

2 Le lait utilisé est du lait Uvesterol ADEC dose 1.

accru de devenir stérile ou de mettre au monde un enfant dénutri. Le tabac, l'alcool et les drogues peuvent également causer des dénutritions aggravantes qui vont affecter la croissance et le développement cérébral du fœtus. Enfin, certaines femmes qui travaillent beaucoup et ne mangent pas suffisamment pendant leur grossesse font des enfants petits avec un risque de dénutrition accru. C'est pourquoi il faut multiplier les messages de prévention en alertant les femmes enceintes sur les conséquences de leur hygiène de vie et de leur comportement alimentaire sur le développement de l'enfant sans les culpabiliser. Il faut également penser à améliorer leur confort et ne pas hésiter à prescrire un arrêt maladie qui coûtera beaucoup moins cher que l'hospitalisation du bébé après sa naissance.

CLD : Est-ce qu'un enfant hypotrophe est davantage susceptible de développer des maladies cliniques à l'âge adulte ?

CB : L'importance de la nutrition durant les 1000 premiers jours est capitale, car les carences peuvent entraîner des maladies graves à l'âge adulte : obésité, diabète, cancers, maladies cardiovasculaires. Un suivi nutritionnel minutieux durant cette période est donc primordial, car la santé de l'enfant est déterminée à la fois par des facteurs génétiques et épigénétiques, le rôle de l'acquis venant s'ajouter à celui de l'inné.

Redonner le goût de vivre aux enfants hospitalisés

Lore ALCARAZ, Marina ERESUÉ

Lore Alcaraz est aide-soignante à l'hôpital pédiatrique du CHU de Bordeaux (33), cofondatrice et trésorière de l'association SOS Gourmandises, présidée par Marina Eresué. La vocation de SOS Gourmandises est de permettre aux enfants atteints de leucémie ou de cancer de retrouver le plaisir de manger.

CLD : Un enfant sur deux sort dénutri de l'hôpital. Comment expliquez-vous ce phénomène ?

SOS Gourmandises : Les traitements créent de la dénutrition. Dans le cadre d'une chimiothérapie, certains enfants développent des mucites qui provoquent des ulcérations de l'œsophage et empêchent toute ingestion de nourriture; d'autres sont obligés de se nourrir par sonde. Les traitements sont un véritable choc : ils bouleversent le quotidien, rompent le lien social et modifient le goût des aliments. Il existe des méthodes permettant de préserver l'appétit (stimulation des papilles, salivation, soins de bouche), mais elles ne sont pas efficaces. Et lorsqu'un enfant est hospitalisé, la seule chose à laquelle il peut s'opposer, c'est l'alimentation.

CLD : L'alimentation à l'hôpital est-elle adaptée ?

SG : La qualité de l'alimentation s'est considérablement améliorée ces dernières années. Pour autant, on en revient toujours à ça : le plateau-repas donne à l'enfant l'impression d'ingérer l'hôpital. La personne qui l'apporte porte la même tenue que celle qui donne les médicaments et ce rituel se reproduit chaque jour. C'est pourquoi il est essentiel de préserver le contact visuel et tactile en jouant sur la présentation avec de petites touches d'amour, et de casser la routine grâce des aliments qui sortent de l'ordinaire. Il faut bien comprendre que le plaisir surpasse la douleur. Les enfants qui ont des mucites ou des aphtes vont

raffoler des chips. Ça leur fait tellement envie qu'ils font l'effort de manger.

CLD : Comment redonne-t-on le goût de manger à un enfant qui est hospitalisé ?

SG : Il suffit de sublimer le repas autour de la notion de plaisir, et le fait que nous soyons extérieures à l'hôpital aide beaucoup l'enfant à renouer avec l'alimentation. Nous animons régulièrement des ateliers à l'hôpital (crêpe party, gaufre party, atelier milk-shake...). Les enfants qui sont alimentés par sonde vont s'amuser avec la nourriture et confectionner des plats pour leur maman ou leur papa. Nous organisons des repas d'anniversaire où les enfants choisissent leur menu (dans la limite du raisonnable). Cela fait plaisir à l'enfant, mais également aux cuisiniers de l'hôpital qui retrouvent l'intérêt de leur métier en répondant à des demandes particulières, juste pour le bonheur de recevoir un sourire. Nous avons même trouvé des combines pour les enfants qui souffrent d'une aplasie médullaire, c'est-à-dire une absence de défenses immunitaires, et qui sont confinés dans une chambre stérile. Nous leur préparons un cadeau en rapport avec l'atelier accompagné d'un livre de recettes pour qu'ils puissent rêver un peu et reproduire l'animation à la maison. De plus, nous créons des épiceries pour l'ensemble des enfants où ils peuvent piocher selon leurs envies.

Nous invitons les parents pour faire oublier à l'enfant qu'il est à l'hôpital, mais aussi pour leur faire comprendre l'importance du plaisir. Si l'enfant veut manger du poulet pendant une semaine ou des chips à 8 heures du matin, ce n'est pas grave tant qu'il mange ! Toutes les barrières sont levées. L'enfant malade mange quand il veut où il veut, dans la mesure des autorisations du médecin. C'est ce message que nous essayons de faire passer, car le sourire d'un enfant dénutri qui recommence à manger, ça n'a pas de prix.

La dénutrition, une seconde maladie, exemple de la mucoviscidose

Virginie COLOMB-JUNG

Directrice du département médical de l'association Vaincre la mucoviscidose, pédiatre, responsable de l'Activité transversale de nutrition à l'hôpital Necker-Enfants malades (75) entre 1997 et 2013.

CLD : Comment la dénutrition affecte-t-elle les malades atteints de mucoviscidose ?

Virginie Colomb-Jung : La mucoviscidose perturbe les échanges d'eau et de sodium à travers les membranes des cellules. Cela se traduit par une viscosité anormale du mucus qui va venir obstruer les voies respiratoires et digestives, notamment le pancréas, à l'origine d'un grand nombre de complications (infections chroniques, diabète insulino-dépendant, insuffisance pancréatique, inflammation intestinale, etc.). La mucoviscidose est donc une maladie à risque majeur de dénutrition par la combinaison de deux facteurs : une malabsorption des nutriments et des vitamines, et une hyperconsommation protéino-énergétique liée aux sollicitations de l'organisme sur le plan immunitaire et respiratoire. Les patients ont donc dès la naissance des besoins nutritionnels supérieurs à ceux de la population saine du même âge afin de compenser la perte en nutriments, liée aux anomalies fonctionnelles engendrées par la maladie. Ce déficit s'accroît avec l'âge, lorsque les complications infectieuses apparaissent. Le risque est alors que la dénutrition compromette une transplantation pulmonaire, qui est dans 20% des cas la condition de survie du malade.

CLD : Vous avez corédigé la synthèse du Programme national nutrition santé (PNNS)¹ où vous insistez sur l'importance du

1 « Une pathologie méconnue en société d'abondance », Paris, ministère de la Santé et des Sports, *Société française Nutrition clinique et métabolisme*, 2010, 92 p. En ligne sur le

diagnostic de la dénutrition chez l'enfant. Sont-ils plus exposés à ce risque que les autres malades ?

VCJ : Toute pathologie peut être à l'origine d'une dénutrition chez l'enfant, mais son risque est aggravé ici par la spécificité de la maladie et la fréquence des hospitalisations qu'elle entraîne. Or un enfant dénutri est un enfant qui ne grandit plus. Sa croissance est ralentie, il s'arrête de grossir et il perd du poids. Sur le long terme, il devient un petit maigre qui, parce qu'il est petit, va paraître moins maigre. La dénutrition sera alors masquée, un « petit maigre » étant toujours moins impressionnant qu'un « grand maigre ». C'est la raison pour laquelle son dépistage doit être systématiquement organisé chez les enfants malades et surtout lors d'une hospitalisation où sa prévalence reste de l'ordre de 10 à 15%. Mais il est certain que l'IMC doit être interprété avec prudence puisque c'est un rapport et que la dénutrition va impacter à la fois le poids et la taille.

CLD : *Au début de votre parcours, quelle était la situation des patients sur le plan nutritionnel ? La situation s'est-elle améliorée depuis ?*

VCJ : J'ai eu la chance de travailler à mes débuts avec quelqu'un qui représentait la lutte contre dénutrition à l'hôpital et de pouvoir participer à l'officialisation d'un service de nutrition. Certains hôpitaux bénéficient aujourd'hui d'une équipe de « support » en nutrition, mais le plus souvent, la prise en charge nutritionnelle des patients ne repose que sur les diététiciennes-nutritionnistes, qui sont à la fois insuffisamment formées, et donc peu reconnues et pas assez nombreuses.

CLD : *Les UTN répondent-elles à cet objectif ?*

VCJ : Les unités transversales de nutrition (UTN) sont en effet indispensables dans la mesure où elles sont mobilisables à tout moment, mais il faut au préalable une véritable éduca-

tion sur les conséquences de la dénutrition et sa prise en charge pour que les médecins acceptent qu'un confrère intervienne dans leur propre service et comprennent la nécessité de solliciter les diététiciennes. En revanche, on peut arriver à les convaincre de l'importance de dépister la dénutrition et de solliciter notre intervention. L'idée n'est pas de simplement donner au cardiologue une recette de cuisine à appliquer, mais de permettre au nutritionniste de voir le malade en consultation, de lui expliquer son état, d'établir un programme de soins et de l'appliquer.

Il est donc indispensable d'achever en parallèle la réforme des études diététiques et d'inscrire un temps dédié à la nutrition dans le cursus médical, mais également dans celui des gestionnaires d'hôpitaux afin de les sensibiliser aux impacts économiques de la dénutrition sur l'ensemble de la chaîne de soins. Dans le domaine de la mucoviscidose, nous nous efforçons de mettre la nutrition en valeur à travers l'éducation thérapeutique et la formation des soignants, par exemple lors de la Journée annuelle des diététiciens. Mais les associations ne peuvent pas porter sur leurs épaules tout le poids de la lutte contre la dénutrition.

Il est essentiel pour cela que le grand public s'approprie ce combat et qu'il soit alerté sur le risque de dénutrition contractée à l'hôpital, un peu sur le modèle des infections nosocomiales dont la presse s'est un jour emparée.

La diététique, grande oubliée de l'hôpital

Isabelle PARMENTIER

Cadre supérieure de santé au CHU de Lille (59), présidente de l'Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN).

CLD : La diététique est souvent associée aux régimes restrictifs. En quoi consiste votre rôle dans la lutte contre la dénutrition ?

Isabelle Parmentier : L'objectif de la diététique est de restaurer l'équilibre alimentaire, pas nécessairement de faire perdre du poids. Non seulement la lutte contre la dénutrition relève pleinement de nos compétences, mais nous en sommes des acteurs essentiels par l'éducation et le suivi que nous réalisons au quotidien. En pratique, nous sommes responsables de la bonne prise alimentaire du patient, de son enrichissement et de sa supplémentation orale. Nous assistons le médecin dans la mise en place de la nutrition entérale, certains protocoles de soin nous autorisent même à installer une nutrition parentérale par délégation de tâche. Nous ne sommes malheureusement pas assez nombreuses dans les hôpitaux et surtout en ville, où nos actes ne sont pas reconnus par la Sécurité sociale, ce qui ne nous permet pas de prendre en charge les patients à l'extérieur des établissements hospitaliers. La loi Santé 2015 nous permet de le faire pour les enfants obèses, mais ce n'est pas assez compte tenu des besoins et de la réduction de la durée des séjours hospitaliers qui transfère mécaniquement une partie de la prise en charge en ville. Cette situation est d'autant plus aberrante que l'alimentation est reconnue comme un facteur qui impacte l'ensemble des pathologies.

CLD : Vous travaillez au CHU de Lille (59), un établissement réputé pionnier en matière de nutrition...

IP : Le premier service de nutrition en France a effectivement été créé par Monique Romon en 1995 au CHU de Lille et a servi de pilote pour la mise en place des unités transversales de



nutrition (UTN). Ces UTN représentent un progrès considérable, car elles nous permettent de prendre en charge les patients dénutris, mais le contexte hospitalier actuel rend leur dépistage extrêmement compliqué. Aujourd'hui, par exemple, un malade du cancer va séjourner uniquement deux jours à l'hôpital pour une chirurgie ou un traitement par chimiothérapie et son état nutritionnel se dégradera à domicile. Or nous savons pertinemment qu'il ne se déplacera jamais pour cette raison. Nous disposons donc uniquement de quelques heures pour intervenir pendant la durée de son séjour. La difficulté est que nous ne sommes pas présents en permanence dans les services comme l'infirmière ou l'aide-soignante. C'est cette approche transversale de la nutrition, au cœur du concept des UTN, qui doit faire son chemin, car elle tranche avec le fonctionnement classique de l'hôpital.

CLD : Vous demandez depuis des années la réingénierie des études de diététique. Est-ce une condition pour lutter plus efficacement contre la dénutrition ?

IP : La lutte contre la dénutrition est même au cœur de cet enjeu. Actuellement, le volet pratique de notre formation se résume à quatre mois de stage ; or tout ne s'apprend pas uniquement à travers l'expérience et la formation continue. Nous demandons que la durée de nos études soit portée de deux à trois ans, comme c'est le cas dans un grand nombre de pays européens, mais nous nous heurtons à deux problèmes : le manque de reconnaissance de notre profession, qui nous rend inaudibles, et la difficulté de la nutrition à s'imposer dans le paysage de la santé en France comme une spécialité à part entière. Puisse ce collectif nous aider à faire entendre notre voix.



Nous devons davantage former les médecins

Stéphane SCHNEIDER

*Professeur des Universités et praticien hospitalier de nutrition
à Nice (06), président du Collège des enseignants de nutrition
(CEN) des facultés de médecine.*

CLD : Comment la dénutrition est-elle enseignée aux futurs médecins ?

Stéphane Schneider : Cet enseignement est essentiellement prodigué lors des deux premiers cycles. Concernant le premier cycle, il existe depuis 2011 une unité d'enseignement (UE) de nutrition, mais elle intervient alors que les étudiants ne connaissent pas encore les maladies dont la dénutrition est une comorbidité. Concernant le second cycle, les trois items concernant la dénutrition appartiennent à une unité d'enseignement hétérogène qui n'est généralement pas coordonnée par un enseignant de nutrition et où la dénutrition n'est pas enseignée en cours magistral.

CLD : Comment améliorer les choses pour que les médecins généralistes soient mieux formés à la dénutrition ?

SS : L'enseignement des troubles nutritionnels a fait des progrès ces dernières années, mais il reste possible pour un étudiant de « passer à travers ». C'est pourquoi la dénutrition doit bénéficier d'un enseignement en séminaire obligatoire, nécessaire à la validation du second cycle. Le troisième cycle fait quant à lui l'objet d'un projet de réforme : en 2017, un diplôme d'études spécialisées (DES) en endocrinologie-diabétologie-nutrition formera les spécialistes de la dénutrition. Par ailleurs, nous avons soumis un projet de formation transversale spécialisée (FTS) de nutrition appliquée. Enfin, un enseignement complémentaire sur la dénutrition en DES de médecine générale nous paraît indispensable pour que les facultés de médecine jouent leur rôle dans la lutte contre la dénutrition.

La dénutrition tue, mais les patients ne sont pas conscients de sa gravité

Marie-France VAILLANT

Diététicienne, membre du Comité de liaison en alimentation et nutrition (Clan) du CHU de Grenoble (38), sociologue.

CLD : Comment expliquer que la dénutrition soit à ce jour si mal dépistée ?

Marie-France Vaillant : Les patients ne sont généralement pas conscients de sa gravité. La dénutrition est plus silencieuse et moins spectaculaire que l'obésité : une perte de poids est trop souvent banalisée y compris par les soignants qui ne mesurent pas ses enjeux sur le long terme. Il est donc indispensable de la dépister dès le séjour des patients à l'hôpital et de la prendre en charge au cours et après une hospitalisation. Se pose alors le problème de la poursuite du suivi nutritionnel en ville où les moyens manquent aussi.

CLD : Quel est le rôle des Clan à l'hôpital ? Sont-ils utiles ?

MFV : Le Clan est une instance consultative. Il dresse un bilan des besoins, fait des propositions et organise des formations pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des malades. La qualité de l'alimentation fait aussi partie de ses préoccupations majeures. Le rôle d'un Clan est par exemple de s'assurer que les moyens requis pour peser les malades sont présents dans les services de soins, d'impulser des actions de dépistage des troubles nutritionnels, de proposer la mise en place d'outils de surveillance et de prescriptions nutritionnelles, de protocoles de bonnes pratiques, etc. L'évaluation des actions entreprises est une étape indispensable. Les Clan sont utiles, mais pas suffisamment nombreux – avec des moyens financiers et humains souvent limités. Par ailleurs, les formations sont souvent difficiles à réaliser du fait du contexte de soin complexe (charge de travail, effectif en personnel...).

La transversalité hospitalière, une révolution dans la lutte contre la dénutrition

Agathe RAYNAUD-SIMON¹

Chef du Département de gériatrie des hôpitaux Bichat (75) et Beaujon (92), professeur de gérontologie à l'université Paris Diderot (75), membre du Laboratoire de biologie du vieillissement de la faculté de pharmacie de Paris. Agathe Raynaud-Simon représente la Société francophone de gériatrie et de gérontologie (SFGG) pour le Collectif.

CLD : La dénutrition est un phénomène répandu en institution, et notamment à l'hôpital. Sait-on précisément combien de malades sont touchés par ce phénomène ?

Agathe Raynaud-Simon : La dénutrition concerne environ 20 à 40% des malades hospitalisés, avec des conséquences colossales puisqu'elle accroît le risque d'infections nosocomiales, de complications postopératoires, d'escarres, de séjours prolongés et de décès. Pourtant, l'hôpital représente un lieu particulièrement propice au diagnostic de la dénutrition et au démarrage de la prise en charge nutritionnelle, qui pourra ensuite être poursuivie à domicile. Le problème est que la dénutrition n'est pas suffisamment reconnue par les professionnels de santé dans la plupart des services de spécialités médico-chirurgicales. Depuis une quinzaine d'années au moins, les Clan tentent de former les personnels au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition, mais force est de constater que les pratiques professionnelles ont peu évolué.

CLD : Vous militez pour le développement des unités transversales de nutrition (UTN). En quoi consistent-elles ?

ARS : Les UTN sont en quelque sorte le bras armé des Clan. Ce sont des équipes mobiles composées de plusieurs professionnels (médecin nutritionniste, diététiciennes, infirmières, phar-

¹ Agathe Raynaud-Simon a coécrit l'ouvrage *Traité de nutrition de la personne âgée* (Springer, 2008).

maciens...), qui interviennent à la demande des professionnels de l'hôpital. Ce sont de véritables unités qui ont une activité à la fois clinique, de formation et de recherche. L'UTN va se déplacer dans l'ensemble des services pour visiter les patients, évaluer leur statut nutritionnel et faire des propositions de prise en charge ou de suivi. La plupart d'entre elles organisent également des consultations en hôpital de jour. Leur grande force est de positionner un médecin au centre du dispositif de soins et d'envisager la nutrition comme une spécialité transversale. Elles représentent pour moi la solution la plus concrète et la plus simple à mettre en œuvre : il suffit qu'un médecin dont le patient a maigri nous prévienne. C'est tout ce dont on a besoin pour déployer un diagnostic et agir.

CLD : Combien existe-t-il d'UTN en France ?

ARS : En Europe, seuls 2 à 7% des établissements de santé disposeraient d'une UTN. Nous estimons qu'il en existe en France une cinquantaine pour 3192 établissements de santé au total. C'est bien, mais cela reste dérisoire au regard du coût que représente la dénutrition ! On sait qu'elles permettent de rencontrer un grand nombre de patients, d'améliorer les pratiques en sensibilisant les autres services, de prévenir un état de dénutrition et maintenir les malades à leur domicile grâce à l'éducation thérapeutique qu'elles proposent. Le ministère de la Santé salue leur efficacité, mais nous demandons à ce qu'il incite concrètement les directeurs d'hôpitaux à créer des UTN. La direction générale de l'Offre de soins (DGOS) a ainsi lancé à titre expérimental 8 UTN en France en 2008 et le bilan établi en 2011 montre qu'elles ont permis une nette amélioration du dépistage des troubles nutritionnels, une valorisation des stratégies de prise en charge et un impact positif sur la qualité des soins puisqu'elles réduisent les coûts de santé et des séjours hospitaliers. À grande échelle, les économies seraient énormes. L'hôpital connaît de grandes contraintes budgétaires, mais il est possible de faire fonctionner une UTN sur l'économie qu'elle

génère. Toutefois, si l'on souhaite que ces UTN deviennent un vrai réseau de lutte contre la dénutrition assurant un suivi à domicile, il nous faudra inévitablement davantage de moyens.

CLD : Les UTN sont-elles suffisantes pour résoudre le problème de la dénutrition à l'hôpital ?

ARS : Non, bien sûr, l'hôpital doit également faire des efforts sur le plan des plateaux-repas qu'il propose et de l'accompagnement des activités des patients. Soigner la dénutrition, c'est aussi stimuler les muscles. Les patients souffrent de fatigue longtemps après la sortie de l'hôpital. L'activité physique, notamment la mobilisation précoce, couplée à une bonne alimentation peut pallier cette fatigue. Lorsqu'on se préoccupe de l'autonomie du malade (s'asseoir, marcher, aller aux toilettes...), qu'on le stimule et qu'on le mobilise, on sait qu'il peut retourner plus rapidement à son domicile que lorsqu'on le laisse au lit toute la journée. Cela ressemble à des petits détails, mais ils peuvent changer la vie des patients.

Linut, un réseau ville-hôpital qui fonctionne

Jean-Claude DESPORT

Médecin nutritionniste à l'Unité de nutrition du CHU de Limoges (87), membre de la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP), professeur de nutrition à la faculté de médecine de Limoges, président du Réseau Linut France.

CLD : Le réseau Limousin nutrition (Linut) a fêté ses 10 ans en 2014. Quelle est la clé de son succès ?

Jean-Claude Desport : La grande force du réseau Linut est de proposer, dans un même parcours de soins, une prise en charge globale incluant le dépistage (de la dénutrition comme de l'excès de poids), la prise en charge des patients, l'accompagnement des maisons de retraite sur les questions relatives à l'alimentation et la formation en nutrition des personnels, mais aussi du grand public et des aidants. Au départ, nous intervenions dans les maisons de retraite en aidant le personnel existant, puis les choses se sont étoffées : nous avons aidé à l'élaboration et la vérification des menus et mis en place des outils destinés à une large diffusion (fiches diététiques, posters, etc.). Puis d'autres réseaux, comme Néphrolim ou Hématolim, nous ont sollicités pour qu'on les aide et qu'on suive les patients dénutris à domicile. Aujourd'hui, il faudrait davantage de moyens. Notre réseau de soins compte plus de 650 patients, ce qui est important. C'est un petit hôpital qui se balade dans la nature mais qui coûte beaucoup moins cher à la collectivité qu'une structure fixe. À moyen terme, ce type de structure est rentable, et pourtant, les pouvoirs publics sont réticents à en augmenter le nombre. C'est d'autant plus frustrant que notre projet marche. En effet, nous avons été évalués, et les résultats auprès des patients et des professionnels sont très positifs. Regardez notre livre de recettes. Non seulement il redonne envie aux personnes âgées de manger en proposant des plats de fruits et légumes mixés et colorés, mais les cuisiniers retrouvent le plaisir de cuisiner!

CLD : Comment expliquez-vous ce blocage ?

JCD : Outre les raisons financières, il y a aussi beaucoup d'obstacles psychologiques, y compris chez les médecins. Combien de fois des collègues nous ont appelés parce qu'un de leurs proches était dénutri, alors que deux mois plus tôt, lorsque nous étions allés les voir pour les sensibiliser à la question, ils pensaient que la dénutrition n'était qu'un problème marginal ! Lorsque cette pathologie commence à nous toucher de près, nous prenons conscience de la gravité de son enjeu. Les infirmières y sont plus sensibles que les médecins parce qu'elles sont plus proches des patients.

CLD : Pensez-vous qu'il soit nécessaire de réinscrire la lutte contre la dénutrition dans le PNNS ?

JCD : Vous prêchez un convaincu. La dénutrition a eu une trop petite place dans le dernier PNNS, alors qu'il y a plus de 2 millions de patients touchés en France. Il y a d'ailleurs également une difficulté pour l'obésité, car cette pathologie qui touche encore plus de patients (plus de 6 millions, soit deux fois plus que le diabète), n'a plus de plan Obésité identifié comme tel. Les questions nutritionnelles semblent effrayer les pouvoirs publics. Il y a bien entendu des raisons financières, car lutter contre la dénutrition et l'obésité a un coût important, mais ceux induits sont bien supérieurs. Être dénutri, par exemple, c'est avoir une autonomie et une qualité de vie réduites, avoir davantage de risques d'infection ou de fracture osseuse, consommer plus de médicaments, être plus souvent hospitalisé, etc. Nous avons trop souvent l'impression, lorsque nous abordons les problèmes nutritionnels, d'être face à un mur d'incompréhension, et quand nous bataillons pour faire tomber ce mur, c'est souvent un échec douloureux. Il faut se demander si, dans le mur, il y a un endroit qui est plus mou, plus perméable... Et ça, c'est à un collectif comme celui-ci de le découvrir.

Se nourrir, c'est être un citoyen à part entière

Alain BONNINEAU

Vice-président d'AIDES, première association française de lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales en France et l'une des plus importantes au niveau européen.

CLD : Historiquement, l'engagement d'AIDES a d'abord pris la forme d'un accompagnement psychologique des personnes séropositives. Comment vous êtes-vous intéressé à la question de la dénutrition ?

Alain Bonnineau : AIDES a été créée en 1984, aux débuts de l'épidémie de sida, pour répondre à une urgence sanitaire et sociale. À cette époque, le monde médical ignorait tout de cette nouvelle maladie, notamment de ses enjeux nutritionnels. C'était la période des pastilles rouges sur les dossiers des patients à l'hôpital : on traitait le sida comme la peste dans d'autres temps, en isolant les malades. Avec l'apparition des premiers tests de dépistage, des individus ne présentant aucun symptôme clinique vont découvrir qu'ils sont séropositifs, qu'ils peuvent développer des infections opportunistes, mais sans savoir quand ni lesquelles. C'est donc d'abord pour répondre à cette angoisse et acquérir une expertise sur la maladie qu'AIDES a été créée.

L'arrivée de la trithérapie, en 1996, représente un tournant dans notre engagement dans la lutte contre la dénutrition, car elle a permis de rendre visible ce phénomène et de comprendre ses liens avec la maladie. On sait aujourd'hui que lorsque notre système immunitaire est attaqué, ses besoins nutritionnels sont augmentés. Si les apports ne sont pas suffisants, notamment en protéines, les conséquences peuvent être dramatiques pour les personnes immunodéprimées. Mais il a fallu attendre 1996 pour prendre la mesure de ce risque : à l'époque, on hospitalisait systématiquement la personne séropositive. Très vite, avec la multiplication des diarrhées et des cas de lipodystrophies, on s'est aperçu que le VIH entraînait des transformations et un

affaiblissement du corps. Cette dénutrition rapide et violente, qu'on appelle aujourd'hui « cachexie », a permis de tirer la sonnette d'alarme et de prendre conscience que la prise en charge ne relève pas uniquement d'un traitement médical. C'est à partir de ce moment que l'accompagnement nutritionnel s'est mis progressivement en place et que la lutte contre la dénutrition nous est apparue comme une lutte majeure. Nous avons ainsi organisé une grande manifestation en 1996 en amenant des plateaux-repas sur le parvis d'un hôpital parisien pour sensibiliser l'opinion publique sur la qualité de la nourriture servie aux malades.

CLD : Les liens entre VIH et dénutrition sont-ils encore aussi forts aujourd'hui ?

AB : Les avancées thérapeutiques ont démystifié l'impact du traitement. Aujourd'hui, on est prêt à prendre une trithérapie pour se protéger, donc parler de la dénutrition comme conséquence des traitements peut sembler paradoxal. Pourtant, survivre au VIH aujourd'hui, c'est vivre avec des comorbidités qui amènent à s'interroger sur les limites de l'efficacité des antirétroviraux. Prendre ses traitements et mettre un préservatif, c'est super, mais bien manger et avoir envie de manger, c'est encore mieux ! C'est retrouver sa dignité et devenir un citoyen à part entière. Nous avons établi des partenariats avec des diététiciennes et des nutritionnistes que nous rencontrons lors des universités interrégionales des personnes séropositives (Unir+). Nous essayons également de proposer des idées de recettes sur notre site internet (www.seronet.info) ou dans nos revues (*Remaides*).

CLD : Les équipes médicales prennent-elles selon vous suffisamment en compte la problématique nutritionnelle ?

AB : Trop peu souvent, malheureusement. La mise en place des hôpitaux de jour permet de suivre un séropositif une demi-journée, et ce une fois par an. La question de la cigarette ou de l'alcool est abordée lors des *check-ups* avec les professionnels de santé, mais rarement l'alimentation. Le but est de faire le plus



de consultations possible. Or il faut prendre le temps de discuter avec un patient pour connaître ses habitudes et pouvoir ainsi évaluer son risque nutritionnel. Le médecin hospitalier ne peut pas être le seul intervenant, d'où l'importance d'une implication de l'ensemble des acteurs dans le parcours de soins du patient. La place de l'aide ou de l'intervenant à domicile est donc fondamentale. Lorsqu'on pénètre chez le malade, dans son environnement, on voit ce qui se passe concrètement dans sa vie. Quand un réfrigérateur est vide, on se pose des questions : est-ce un problème d'organisation, d'isolement, de moyens ?

CLD : Quelles sont selon vous les conditions d'efficacité de la lutte contre la dénutrition ?

AB : La question de la dénutrition n'occupera le devant de la scène qu'à partir du moment où les politiques de santé publique feront de l'accompagnement collectif et individuel des personnes une priorité. Mais les recommandations doivent prendre en compte les capacités budgétaires des personnes et leurs spécificités culturelles, avec des propositions adaptées aux modes de vie de chacun. Recommander du filet de bœuf comme apport protéique est certainement très juste du point de vue théorique, mais infaisable pour beaucoup de séropositifs dont près de la moitié vivent sous le seuil de pauvreté.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Des nutritionnistes sont accessibles dans la plupart des services de prise en charge du VIH ou dans le cadre du bilan de synthèse annuel, lors de sa visite dans un hôpital de jour.

Voir www.seronet.info



Cancer et dénutrition un quotidien à ne pas banaliser

Cancer et dénutrition, un quotidien à ne plus banaliser

Bruno RAYNARD

Médecin, chef de l'Unité transversale de nutrition clinique de l'institut Gustave-Roussy (94), président de l'inter-Clan des centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Le Collectif de lutte contre la dénutrition : Quel est le lien entre cancer et dénutrition ?

Bruno Raynard : Près de 40 % des patients sont ou seront dénutris au cours de leur traitement, mais il faut surtout retenir que 100 % des patients, quel que soit le type de cancer, sont à risque d'être dénutris. Cette dénutrition a un impact négatif démontré sur la conduite des traitements et sur leur efficacité. Une perte de poids de plus de 5 % augmente en effet le risque de complications postopératoires après chirurgie d'un cancer de l'appareil digestif ou du poumon et celui de complications graves d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie, ce qui peut conduire à interrompre ces traitements ou à les réaliser à des doses plus faibles. Enfin, la dénutrition participe à la dégradation de l'état général et de la qualité de vie en situation palliative. Ainsi, chez les patients guéris ou en rémission, si la dénutrition est sévère et insuffisamment prise en charge, le retour à la vie « normale » peut être retardé.

CLD : Les unités transversales de nutrition clinique (UTNC) permettent-elles de lutter efficacement contre la dénutrition au quotidien ?

BR : La dénutrition est une « catastrophe annoncée », mais évitable. Selon la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, entre un tiers et la moitié des patients atteints de cancer

commencent leur traitement dans un état de dénutrition, c'est-à-dire avec un déséquilibre durable entre les apports énergétiques de l'alimentation et les dépenses. Pourtant, les études montrent que l'alimentation est un facteur clé dans le parcours de soins. Il s'agit d'abord d'évaluer précocement l'état nutritionnel et les difficultés alimentaires de chaque patient. Idéalement, cette évaluation doit être réalisée par une diététicienne ou un médecin nutritionniste. À partir de cette évaluation, qui doit être renouvelée régulièrement et avant chaque nouveau traitement, des conseils diététiques et un support nutritionnel peuvent être mis en place en concertation avec les chirurgiens, les oncologues et les radiothérapeutes. Une prise en charge nutritionnelle adaptée et précoce a démontré son intérêt, entre autres avant une chirurgie digestive, une greffe de moelle ou une radiochimiothérapie pour un cancer ORL. Dans ces situations, les complications des traitements sont nettement diminuées et les bénéfices des traitements améliorés. On passe d'une perte de chance en cas de dénutrition à un gain de chance en cas de prise en charge nutritionnelle adaptée.

La place de la diététicienne est donc majeure en cancérologie et son action peut être renforcée si elle s'intègre à une unité transversale de nutrition clinique (UTNC). L'alimentation reste une préoccupation majeure des patients et de leurs proches au cours des traitements. Nombreuses sont les sources d'informations qui conseillent un régime, une poudre, voire parfois un jeûne dit « thérapeutique ». Ces modes alimentaires n'ont pas, pour le moment, démontré leur bénéfice et peuvent aggraver la dénutrition. Là encore, la présence d'une équipe spécialisée en nutrition en soutien de l'équipe de cancérologie est donc indispensable pour aborder ces sujets.

CLD : Quelles sont vos revendications pour une meilleure prise en charge nutritionnelle des malades atteints du cancer ?

BR : Informer les patients et leurs proches, le grand public, les équipes soignantes sur les risques liés à la dénutrition et les

moyens de la combattre fait aussi partie du rôle d'une UTNC en cancérologie, mais cela nécessite une expertise et du temps. La cancérologie souhaite être exemplaire, dans le cadre du Plan cancer 2014-2019, dans l'organisation des parcours de soins. Cela passe obligatoirement par une prise en charge nutritionnelle intégrée, précoce et adaptée à chaque patient. L'interaction entre les équipes de cancérologie et les équipes de nutrition et d'activité physique adaptée doit être permanente, la meilleure récupération du patient après traitement devant être un objectif commun, au même titre que l'efficacité des traitements et le contrôle de la maladie tumorale. Plusieurs établissements, comme l'institut du cancer de Montpellier (ICM, 34) ou l'institut Gustave-Roussy, ont créé des unités de diététique et de nutrition spécialisées en cancérologie, opérationnelles et efficaces ; mais ce type de structure doit impérativement être généralisé pour que la dénutrition cesse d'être une fatalité chez les patients atteints d'un cancer.

Il existe aussi des obèses dénutris

Laurence PLUMEY¹

Médecin nutritionniste diplômée de diététique, fondatrice de l'école de nutrition EPM Nutrition et de Nutriself et professeur de nutrition à l'École de diététique de Paris. Elle est également praticien hospitalier à l'hôpital Antoine-Béclère (Clamart, 94, Obésité de l'adulte et chirurgie bariatrique) et consulte à l'hôpital Necker-Enfants malades (Paris, 75, Obésité de l'enfant).

CLD : Vous constatez dans votre pratique que les obèses sont souvent dénutris. Pouvez-vous nous expliquer ce phénomène ?

Laurence Plumey : Il ne faut pas penser que la dénutrition soit réservée aux gens maigres ; elle peut concerner les personnes obèses, notamment celles qui suivent des régimes déraisonnablement restrictifs (moins de 1000 kcal/j) ou qui ont subi une chirurgie bariatrique. Le phénomène intervient en postopératoire. En cas de *sleeve* gastrectomie, par exemple, la personne dont l'estomac est réduit à un tuyau de moins de 15 mm de diamètre ressent beaucoup moins la faim et arrive très vite à satiété. Elle passe brutalement d'une alimentation à plus de 2500 calories par jour à un maximum de 1200 calories par jour. Certes l'amaigrissement est rapide, mais si la personne n'est pas bien conseillée et encadrée c'est-à-dire si elle ne bénéficie pas d'une (alimentation riche en protéines et supplémentée en vitamines, minéraux et oligoéléments), son corps va puiser dans sa masse musculaire et affaiblir ses défenses immunitaires. C'est le début de la dénutrition. Celle-ci est d'autant plus problématique que la personne ressent le fait de ne plus manger comme une grâce. La dénutrition s'intégrera donc dans une représentation positive de la perte de poids. Plus généralement, toute personne qui suit des régimes sévères ou qui jeûne s'expose à la dénutrition ; or après 30 ou 40 ans, la récupération est plus lente et difficile, expo-

¹ Laurence Plumey est l'auteur du *Grand Livre de l'alimentation*, (Eyrolles, 2014) et de *Comment maigrir heureux quand on n'aime ni le sport ni les légumes* (Eyrolles, 2016).



sant le sujet à de nombreuses complications : infections répétées, syndrome inflammatoire chronique, augmentation des risques de pathologies cardiovasculaires et métaboliques, troubles cognitifs (mémoire, concentration). On ne doit donc pas maigrir n'importe comment !

CLD : Selon vous, les moyens actuels de lutte contre la dénutrition sont-ils adaptés ?

LP : Dans notre société, l'obsession est de perdre du poids par tous les moyens. C'est ce qui explique que la fréquence de la dénutrition augmente chez les sujets jeunes, notamment les jeunes filles anorexiques, de plus en plus nombreuses. Par ailleurs, les pertes de poids chez l'obèse opéré sont souvent impressionnantes car les obésités sont de plus en plus graves et morbides ; les solutions sont donc radicales et potentiellement dangereuses si elles ne sont pas bien encadrées. Il faut donc penser à rechercher systématiquement une dénutrition chez toute personne à risque : peser, faire un examen clinique complet et un bilan sanguin complet et rechercher les carences. Or ces opérations ne sont pour ainsi dire jamais réalisées en Ehpad ni dans les services de gériatrie où le taux de dénutrition avoisine les 70%! En ville, la lutte contre la dénutrition implique la mobilisation de l'ensemble des acteurs qui interviennent à différents moments du processus (médecins généralistes, infirmières, aidants). Malheureusement, les connaissances dont ils disposent sont trop souvent insuffisantes pour qu'ils puissent agir efficacement en amont. Or il ne faut pas attendre que la dénutrition s'installe pour commencer à s'en occuper. Une fois qu'elle est présente, il est difficile de remonter la pente que ce soit pour un enfant ou un sujet âgé, car un corps affaibli se remet difficilement. Il est donc impératif de faire de la prévention et de garder à l'esprit que nous sommes tous des dénutris en puissance !



La personne âgée ne maigrit pas en vieillissant

Monique FERRY

Médecin des hôpitaux, docteur en sciences de la nutrition, membre du Conseil scientifique de la Société française de nutrition (SFN), chercheur à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), expert à la Haute Autorité de santé (HAS) et à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).

CLD : Pourquoi la dénutrition est-elle si fréquente avec l'avancée en âge ?

Monique Ferry : Le vieillissement fragilise le sujet vis-à-vis du risque de dénutrition, mais il ne la crée pas ; par contre, toute pathologie qui semble banale devient un risque majeur. Chacun vieillit à son rythme, mais le processus reste le même : le vieillissement retentit sur la nutrition, y compris dans sa dimension psychologique, et la nutrition retentit sur la qualité du vieillissement. La bonne nouvelle est qu'un patient aujourd'hui fragile peut redevenir robuste si l'on associe à sa prise en charge à la fois une alimentation équilibrée et suffisante et la lutte contre la sédentarité. Par exemple, un déficit masticoire va limiter la production de salive, ce qui va influencer sur la perception des saveurs et surtout favoriser les fausses routes, et donc le risque de dénutrition. L'avancée en âge s'accompagne d'une diminution de l'odorat et du goût, qui est accentuée par la monotonie alimentaire et la mauvaise alimentation. Les médicaments jouent également un rôle par leur effet propre sur le goût ou par leur nombre puisqu'ils constituent souvent à eux seuls un véritable repas. Or le vieillissement entraîne une dysrégulation de l'appétit qui empêche le sujet âgé ayant moins mangé de compenser ce déficit énergétique par une augmentation de la faim. La digestion est également plus lente. Mais ce qui caractérise le retentissement physiologique de la nutrition chez la personne âgée est le moins bon rendement métabolique des aliments qui,

contrairement aux idées reçues, induit une augmentation des besoins énergétiques ! Ainsi, un pas en avant est plus coûteux en énergie chez une personne âgée que chez un adulte plus jeune. L'environnement va également jouer un grand rôle sur la capacité à faire ses courses, à cuisiner ou à manger lorsqu'on est isolé. Les inégalités de santé, mais également de revenus vont ainsi s'associer au processus de dénutrition.

CLD : Pourquoi la dénutrition est-elle plus inquiétante pour les personnes âgées ?

MF : Chez la personne âgée, la dénutrition entraîne un ensemble de dysfonctionnements en cascade. C'est ce qu'on appelle la « spirale de la dénutrition ». La première conséquence est la diminution des capacités immunitaires, donc de la capacité à se défendre contre les infections qui, lorsqu'elles surviennent, augmentent les besoins. Près de 40% des personnes âgées sont ainsi hospitalisées pour une conséquence de la dénutrition, la plus habituelle étant l'infection urinaire, la septicémie ou la chute et ses conséquences. L'organisme va alors mobiliser ses réserves protéiques et osseuses pour résister à l'attaque bactérienne. Or les réserves sont quasiment inexistantes chez la personne âgée. C'est donc le capital musculaire qui va être entamé. Cela va se traduire par la fonte de l'ensemble des muscles longs, à commencer par ceux des cuisses, puis du diaphragme, avec pour conséquence une augmentation des pneumopathies. La fonte musculaire des membres inférieurs va être à l'origine d'un moins bon équilibre et augmenter le risque de chutes et donc de fractures, notamment du col du fémur. Les carences vont également influencer les troubles cognitifs, accélérer le vieillissement et l'apparition de pathologies, en particulier cardiovasculaires ou cancéreuses. À terme, les conséquences de la dénutrition sont la perte d'autonomie, qui va favoriser la survenue d'escarres et peut conduire à l'invalidité et au décès si l'on n'intervient pas en temps voulu.

CLD : Quelles solutions pourraient selon vous contribuer à améliorer la situation des patients dénutris ?

MF : Après 75 ans, c'est l'âge où surviennent plus volontiers les maladies chroniques à domicile, mais c'est aussi celui où il est le plus difficile de modifier ses habitudes alimentaires. C'est un vrai défi à relever, car c'est alors le risque de perte d'autonomie qui prévaut. Toute perte de poids involontaire, si minime soit-elle, devient un signal d'alarme. Dans ce cadre, il est fondamental de laisser les personnes qui le peuvent continuer à manger ce qu'elles veulent, pourvu qu'elles continuent à s'alimenter avec envie et plaisir, car comme je le répète depuis des années, il n'y a « pas de retraite pour la fourchette ». Le problème est encore plus complexe lorsque les personnes ont besoin d'être aidées, car il ne suffit pas d'arriver avec de bons sentiments. On sait par exemple que la solitude est pourvoyeuse de dénutrition, mais la convivialité forcée n'est pas toujours la meilleure solution. De même, vouloir empêcher un malade âgé de bouger sous prétexte qu'il est fragile est toujours contre-productif à terme ! Quant au portage des repas, il est comme la langue d'Ésope, la meilleure et la pire des choses...

À l'hôpital, la façon dont on propose la nourriture compte parfois autant que la nourriture elle-même. C'est pourquoi il est fondamental de donner au moins un choix à la personne, mais surtout de lui laisser le temps de manger, de ne pas lui proposer quelque chose qu'elle n'a jamais goûté, comme certains plats ou fruits exotiques, et surtout de différencier l'alimentation selon les durées de séjour. Pour cela, il est nécessaire de redonner à l'alimentation son rôle social et convivial et de cesser de la réduire à une « nutrition santé », objet d'une véritable cacophonie difficile à interpréter pour les sujets âgés, mais également pour les personnels soignants, car les trop nombreuses adaptations et simplifications du message nutritionnel l'ont rendu inaudible. Si nous réussissons à relever ce défi, nous aurons gagné notre cause auprès de la population.

La malnutrition conduit à la dénutrition

Jean-Pierre MICHEL

Médecin gériatre, membre de l'Académie nationale de médecine, professeur honoraire de médecine de l'université de Genève (Suisse), expert du programme vieillissement de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

CLD : *Quelle est la différence entre la malnutrition et la dénutrition ?*

Jean-Pierre Michel : La malnutrition inclut l'ensemble des déficits d'apport, les alimentations non équilibrées et les apports nutritionnels excessifs. C'est le mécanisme sous-jacent à bien des maux du grand âge, comme la sarcopénie, la fragilité et les infections. La dénutrition, elle, apparaît quand l'apport énergétique alimentaire est inférieur à la dépense énergétique. Elle correspond à un état pathologique induit par la malnutrition. Ainsi, selon certaines études, elle se construirait dans la saturation des mécanismes d'assimilation induite au long cours par une malnutrition. Par ailleurs, une personne obèse sera tôt ou tard rattrapée par une déminéralisation qui affectera souvent en premier lieu les arcs dentaires, entraînant un déchaussement puis un déficit masticatoire, et un glissement possible vers la dénutrition.

CLD : *Vous plaidez pour l'institution d'une filière nutritionnelle de soins dans chaque service de gériatrie. En quoi consiste-t-elle ?*

JPM : La « filière nutritionnelle de soins », c'est : 1) un dépistage systématique de la malnutrition à l'entrée du malade ; 2) une évaluation nutritionnelle pour les malades identifiés comme « à risque » ; 3) un diagnostic clinique de la malnutrition et de ses causes ; 4) la mise en route de la thérapeutique adaptée, avec des objectifs précis et datés, suivie d'une évaluation à date fixe, que le malade soit toujours hospitalisé ou de retour à son domicile.

Le syndrome de fragilité

Françoise FORETTE

Professeur émérite des universités (CHU Cochin, université Paris-Descartes, 75), directrice d'International Longevity Center France (ILC), présidente du collectif « Alzheimer, Grande Cause nationale », chroniqueuse santé pour Europe 1.

CLD : La dénutrition est souvent associée au syndrome de fragilité. Pouvez-vous nous expliquer ce phénomène ?

Françoise Forette : Le « syndrome de fragilité » est une vulnérabilité au stress. Il se manifeste chez des personnes encore autonomes, mais qui, lors d'un choc émotionnel – une chute ou un veuvage par exemple – vont glisser vers la dépendance, alors qu'une personne encore robuste va se remettre de ce stress. Or la caractéristique de la fragilité est la dénutrition et ses symptômes associés (perte de la masse et de la force musculaire, sédentarité, diminution de l'activité physique et de la marche). La dénutrition doit donc être diagnostiquée très tôt car elle est réversible à ce stade, alors que la dépendance ne l'est plus. Mais pour la diagnostiquer, encore faut-il y penser, ce qui n'est pas toujours le cas, loin s'en faut. C'est pourquoi il est indispensable de demander systématiquement aux personnes âgées si elles ont perdu du poids de façon involontaire et de les inciter à ne pas cesser de se peser car c'est cette perte de poids qui est le véritable indice de la dénutrition.

CLD : La dénutrition est-elle inéluctable avec l'avancée en âge ?

FF : La dénutrition se combat très bien si l'on donne aux personnes âgées des conseils nutritionnels adaptés, par exemple qu'il est nécessaire d'ingérer plus de 2000 calories par jour et de maintenir un bon niveau protidique, notamment en consommant trois laitages par jour ! L'alimentation doit rester un plaisir et une source de convivialité. Certes, le cercle social tend à se rétrécir avec l'âge, mais la majorité des municipalités se dotent



de clubs de personnes âgées où l'on peut prendre ses repas. Les régimes restrictifs ou sans sel, hautement anorexiant, sont quant à eux une aberration, y compris chez les patients hypertendus ou cardiaques chez qui on se rend compte aujourd'hui qu'ils ne sont pas nécessaires pour guérir. Mais il faut également engager la majorité des seniors à pratiquer ou à renouer avec une activité physique adaptée. Par exemple, la pratique du tai-chi, en dépit de son aspect statique, est excellente pour combattre la sarcopénie!

CLD : L'ILC organise des campagnes de prévention en entreprise. Pouvez-vous nous en dire davantage sur cette initiative ?

FF : L'accessibilité à la prévention dépend du niveau d'éducation et de la disponibilité de chacun. Or le lieu de travail permet précisément de casser cette barrière éducative et d'apporter l'information là où les gens sont capables de l'écouter. Qui va sur le site du Programme national nutrition santé (PNNS) ou de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) le week-end ou le soir en rentrant du boulot? Nous avons mené un projet de recherche en partenariat avec trois entreprises visant à montrer qu'un programme de prévention dans les locaux de l'entreprise et organisé sur le temps de travail des salariés permettait d'égaliser les niveaux d'éducation, de changer les comportements et d'améliorer l'image de l'entreprise. Nous avons axé nos campagnes de prévention sur la nutrition, l'activité physique et la prévention du mal de dos. Et ça marche! Lorsqu'on fait de la prévention en entreprise, on atteint toutes les couches de la population. C'est un puissant vecteur pour lutter contre la dénutrition à tous les âges. Pourquoi ne pas labelliser les entreprises en bonne santé? C'est une piste qui me semble intéressante à creuser.



Prévenir la dénutrition en travaillant la mobilité

Stéphane MICHEL

Président du Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs (SNMKR).

CLD : Quel est votre rôle dans la lutte contre la dénutrition ?

Stéphane Michel : Chez le sujet âgé, la fragilité nutritionnelle engendre une perte musculaire à l'origine d'une altération de la mobilité. La masso-kinésithérapie va consister à restaurer les capacités motrices de la personne, en prévention du risque de chutes et de fractures, à partir d'un programme d'activité physique adapté et régulier portant sur trois axes : l'équilibre, la mobilité et le renforcement musculaire. Pour cela, elle s'appuie sur un bilan initial visant à évaluer les capacités fonctionnelles, mais également l'état nutritionnel du patient, afin de dépister une éventuelle malnutrition et bâtir un projet de soins durable, en adéquation avec ses capacités physiques. L'intérêt d'une prise en charge par un kinésithérapeute concerne donc deux autres volets : l'éducation nutritionnelle au quotidien et le maintien d'un appareil manducateur opérationnel, que ce soit à travers le suivi de l'utilisation de l'appareillage ou l'entretien des capacités musculo-articulaires, en prévention des troubles de la déglutition.

CLD : Vous jouez donc un rôle essentiel dans le dépistage de la malnutrition. Les outils usuels sont-ils adaptés ? Qu'en est-il des enfants et adultes malades ?

SM : L'objectif d'un dépistage précoce de la malnutrition est de débusquer les déviations alimentaires pouvant évoluer vers une dénutrition et prévenir ses effets sur le plan de la mobilité. Nous avons les outils pour le faire (par exemple le *Mini Nutrition Assessment [MNA]* chez le sujet âgé), mais nous devons les adapter au cas par cas au risque d'avoir une approche trop simpliste du diagnostic.

Chez les enfants, le médecin peut dépister un problème de malnutrition en évaluant la courbe de croissance, mais la prévention est insuffisante car c'est souvent le manque de connaissances des familles qui est à l'origine de ces situations. Concernant les adultes malades, nous déplorons que la dénutrition ne fasse pas l'objet d'un dépistage systématique alors qu'elle constitue un facteur majeur de complications, voire de survenue. Entre 20 à 30% des malades souffrant d'un cancer meurent des conséquences de leur dénutrition et non de leur maladie. Ces chiffres doivent interpeller tout le corps médical pour inciter à prendre en considération l'état nutritionnel de chaque adulte, et notamment ceux qui sont malades.

CLD : Auriez-vous des conseils à donner aux patients et aidants au quotidien ?

SM : On doit donner au patient les connaissances et les outils adaptés à son cas pour s'approprier sa santé. Par exemple, qu'il prenne conscience qu'il ne doit pas « lâcher » son appareil quitte à l'adapter, ou encore qu'il doit déjeuner le matin, avoir un repas du soir adapté à une régénération nocturne. L'injonction « Mangez cinq fruits et légumes par jour » ne sert pas à grand-chose si on ne sensibilise pas l'opinion aux conséquences à long terme de la malnutrition.

C'est aussi le rôle des kinésithérapeutes, mais malheureusement, trop peu sont formés à cette problématique et les actes d'éducation et de suivi ne sont pas remboursés, donc difficiles à maintenir de façon pérenne que ce soit chez l'enfant qu'on a repéré à la suite de soins pour une entorse de cheville, ou de la personne âgée en maintien à domicile.

L'alimentation rythme nos repères

Sophie FUSARI

Ergothérapeute en gériatrie à l'hôpital Saint-Camille et dans le service de soins de suite et de réadaptation du CH Les Murets (94), formatrice au sein de l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE).

CLD : Comment l'ergothérapie permet-elle de lutter contre la dénutrition ?

Sophie Fusari : En luttant contre la perte d'autonomie, on prévient aussi le risque de dénutrition, et par l'intermédiaire du goût, on réussit à mobiliser l'ensemble des capacités motrices et sensitives des patients. C'est un exemple typique de cercle vertueux. L'objectif est de réapprendre au malade à manger et à cuisiner en éveillant ses sens. Cela inclut tout un travail autour du choix des ingrédients et de la préparation des repas afin de lui redonner l'envie de s'alimenter et de retrouver son autonomie. J'organise des ateliers pâtisserie avec des patients atteints de maladies neurodégénératives : nous faisons les courses puis nous préparons ensemble les gâteaux. Je pose des questions simples qui visent à réveiller leurs souvenirs gustatifs pour les aider à reconstruire leurs repères et à retrouver la capacité à faire des choix (« Que détestez-vous, qu'adorez-vous manger ? »). J'organise également des séances de stimulations cognitives ou de réadaptation pour apprendre à faire autrement tout en préservant la notion de plaisir et de partage.

Ce qui est clair, c'est que l'ergothérapie fonctionne, mais elle n'est pas assez reconnue du fait de sa non-prise en charge à l'extérieur des institutions. Nous tentons de pallier ce manque en organisant des formations sur les troubles de la déglutition, l'installation du repas ou encore le maintien de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne chez la personne âgée, mais il est primordial que nous soyons davantage insérés dans la prise en charge de la dénutrition.

Lutter contre la dénutrition par l'activité physique adaptée

Catherine SARTORETTI-HIEGEL

Responsable nationale de l'association Siel Bleu, qui a pour vocation de promouvoir la santé par l'activité physique adaptée, notamment chez les personnes âgées, en situation de handicap ou les personnes souffrant de maladie chronique.

CLD : Comment lutez-vous contre la dénutrition en Ehpad ?

Catherine Sartoretti-Hiegel : L'activité physique permet de restaurer la mobilité et de prévenir le risque de chutes. Nous avons inventé des activités physiques adaptées comme la gym sur chaise, la gym Alzheimer ou la gym autour de la table, qui sont maintenant des pratiques courantes en institution. Nous parvenons à réduire le nombre de chutes à une par semestre et à améliorer l'autonomie des résidents en leur permettant de réapprendre des gestes simples, comme se coiffer seul. En luttant contre la fragilité, on agit donc directement sur l'aggravation de la dépendance, et donc de la dénutrition. Alimenter une personne dénutrie ne suffit pas si l'on ne stimule pas le muscle. *A contrario*, faire de l'activité physique sans une alimentation adaptée n'est pas pertinent dans ce cas. C'est la mixité des deux qui a du sens pour lutter contre la sarcopénie et la dénutrition.

CLD : Et à domicile ?

CSH : Nous avons conçu un programme d'activités spécifique pour les personnes dénutries, mais il nous manque la plupart du temps le diagnostic initial du corps médical pour orienter les personnes et pouvoir ainsi les accompagner. Nous ne demandons qu'à adapter nos activités de manière plus pointue, mais nous ne pouvons le faire sans la mobilisation de l'ensemble du corps soignant.

La santé de la bouche conditionne la prise des aliments

Jacques WEMAERE

Docteur en chirurgie dentaire, vice-président de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) en charge des programmes de santé publique.

CLD : Comment la santé bucco-dentaire influe-t-elle sur la dénutrition ?

Jacques Wemaere : La santé bucco-dentaire conditionne la capacité mais également l'envie de manger. La perte de dents entraîne la réduction du potentiel masticatoire et de la capacité de salivation, à l'origine d'un ensemble de pathologies (caries, aphtes, candidoses...) qui vont modifier la perception du goût et influencer sur le choix des aliments. La personne va privilégier les aliments mous, ou bien, si elle est agacée par une douleur, les aliments sucrés, épicés et forts : elle ne va pas rechercher la nuance ni la texture. Elle peut donc surcompenser en mangeant davantage, mais également se désengager nutritivement. C'est pourquoi il faut absolument combattre l'idée que s'il manque une dent, qui plus est si elle ne se voit pas, ce n'est pas grave.

CLD : Quel est le rôle du dentiste dans la lutte contre la dénutrition ?

JW : Notre rôle est d'abord de réhabiliter la bouche. Pour autant, si vous vous contentez d'appareiller une personne âgée et de soigner ses problèmes dentaires sans lui proposer de soins d'hygiène, vous ne faites que déplacer le problème. La personne va se blesser avec son appareil, il va s'entarter et elle finira par le mettre de côté. C'est la raison pour laquelle nous essayons de former le personnel et les familles à la question bucco-dentaire dans les maisons de retraite, et de mettre en place des protocoles d'hygiène avec les aides-soignantes. Or la lutte contre la dénutrition ne se joue pas quand le malade a déjà perdu plus de

10 kilos ou qu'il est hébergé en institution. Notre rôle consiste donc aussi à identifier les patients à risque pour les orienter vers le médecin nutritionniste ou le médecin généraliste. Hélas, la réciproque est rarement vraie...

CLD : Est-ce que le fait de ne pas manger a des conséquences sur la santé bucco-dentaire ?

JW : Il faut bien comprendre que c'est la fonction qui crée l'organe. Si on ne l'utilise pas, il cesse de se développer. Réapprendre à mâcher est donc quelque chose d'extrêmement compliqué quand la personne a perdu l'habitude de s'alimenter.

CLD : Pourquoi les chirurgiens-dentistes ne sont-ils pas intégrés dans la réflexion sur l'alimentation, notamment à l'hôpital ?

JW : Nous ne sommes présents que dans les CHU rattachés à une faculté dentaire, soit trente villes en France. Nous ne sommes donc ni mobilisables dans les réseaux de réflexion autour de l'alimentation, ni en mesure de sensibiliser l'hôpital aux enjeux de la santé bucco-dentaire. On se retrouve donc avec des patients qui naviguent à l'aveugle entre leur médecin généraliste, l'hôpital et les professionnels de santé en ville.

CLD : La lutte contre la dénutrition passe-t-elle par une sensibilisation de l'opinion publique ?

JW : Nous pouvons savoir si un patient a un risque dénutritionnel en observant sa bouche, mais nous ne pouvons réellement dépister la dénutrition qu'à partir du moment où il nous parle spontanément de ses difficultés à s'alimenter. C'est ce message que nous devons réussir à transmettre avant tout.

La formation et la transprofessionnalité sont les outils de demain

John Joseph BARANES

Chirurgien-dentiste, coordonnateur et responsable scientifique des actions bucco-dentaires du réseau gérontologique interétablissements et services du Val-d'Oise (Régies 95), attaché d'enseignement à l'université Paris Descartes (75), vice-président de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Paris, membre associé de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire.

CLD : Vous avez mis en place un dispositif de prévention bucco-dentaire pour les personnes âgées vivant en Ehpad. Quelle est la situation sanitaire dans ces établissements ?

John Joseph Baranes : Le constat est alarmant. La majorité des résidents vivant en institution présentent un état bucco-dentaire dégradé, avec des appareillages inadaptés, une persistance de fractures et de caries, des blessures et des ulcérations et une hygiène très défavorable, à l'origine d'un inconfort et donc d'une altération du plaisir de manger. Or aucune proximité de soins n'est prévue pour ces personnes qui connaissent pourtant un grand nombre de difficultés de déplacement. S'ensuit une forme de résignation qui va être responsable d'une détérioration de l'estime de soi et d'une baisse des apports alimentaires, donc d'un glissement progressif vers la dénutrition. J'ai donc mis en place un programme qui se concentre sur la prévention et la formation en Ehpad, ayant pour thème le « bien vieillir, bien manger, bien sourire » avec un référent formateur au centre du dispositif.

CLD : En quoi la formation permet-elle de lutter contre la dénutrition ?

JJB : Nous avons réalisé une étude-action d'où il ressort que l'on peut améliorer la prise alimentaire des patients lorsqu'on forme l'ensemble des professionnels de santé aux enjeux de la santé bucco-dentaire. L'objectif est de mettre en place une

véritable culture de santé orale dans les établissements qui permettent au chirurgien-dentiste d'obtenir des informations précises sur le patient et donc de faciliter son intervention. Ce n'est qu'à ce prix-là que les chirurgiens-dentistes se déplaceront en Ehpad, car s'ils ne le font pas actuellement, c'est moins par manque de volonté que de temps. Nous les sensibilisons également au juste soin. Nous apprenons à faire beaucoup avec peu. Tout doit être prémédité afin d'avoir une stratégie d'intervention qui offre le meilleur bénéfice-risque : très peu d'actes, des réévaluations rapides et à moindre coût.

CLD : Pourquoi cette expérience n'est-elle pas généralisée ?

JJB : Le dentaire est tabou, car il dit ce que l'on cherche bien souvent à cacher. Or penser qu'on va pouvoir parler d'alimentation aux gens sans parler de la bouche est une aberration. Mais les tabous ne sont pas uniquement du côté des patients. Se pencher sur la bouche d'une personne âgée, c'est comme tendre un miroir qui vous renvoie l'image de votre propre vieillissement.

CLD : Êtes-vous optimiste concernant la lutte contre la dénutrition ?

JJB : On sait aujourd'hui que le modèle de Régies 95 fonctionne et ne coûte pas cher. L'ARS d'Île-de-France a reconnu l'efficacité de notre réseau puisqu'elle l'a labellisé « Droits des usagers de la santé » et l'a élargi à plusieurs départements franciliens. Elle nous aide à essaimer nos formations sur le territoire francilien, et nous avons créé des liens avec les universités de Toulouse (31), Nancy (54) et Bordeaux (33). La généralisation est en marche, il suffit de se mobiliser au nom du bon sens, et je ne vois pas ce qui pourrait arrêter ce mouvement. Une fois que la santé bucco-dentaire va, on commence à parler des goûts de l'enfance, des couleurs, etc., et le spectre de la dénutrition s'éloigne naturellement.

Nous accélérons la fin de vie tout en prétendant la retarder

Joseph KRUMMENACKER

Président de la Fédération nationale des associations et amis des personnes âgées et de leurs familles (Fnapaef) qui a pour objectif la mise en œuvre d'un accompagnement de qualité de la personne âgée fragilisée, en concertation avec les pouvoirs publics.

CLD : Vous travaillez en étroite collaboration avec plusieurs fédérations nationales de directeurs d'établissements. Constatez-vous un manque de prise en charge des personnes dénutries en Ehpad ?

Joseph Kruppenacker : Ce constat est flagrant et le principe de financement des Ehpad explique en partie ce problème. Historiquement, les dotations se répartissent entre trois postes de dépenses : le soin, financé par le ministère de la Santé *via* les agences régionales de santé (ARS) ; la dépendance, subventionnée par le conseil départemental, qui lui-même évalue le niveau de perte d'autonomie – ce qui laisse quelque peu songeur quant à la transparence de la procédure d'attribution – et l'hébergement, financé par l'usager et ses proches à la fin de chaque mois. Dans la mesure où la nutrition n'est pas considérée comme un soin, le budget de l'alimentation est mécaniquement répercuté sur celui de l'hébergement. Dans un contexte de réduction des dotations départementales, ce système de classification génère une situation extrêmement problématique pour les usagers et leurs proches puisqu'il leur fait porter la charge financière non seulement de la lutte contre la dénutrition, mais également de la dépendance qui en est précisément une conséquence.

CLD : Quelles incidences ce système de financement a-t-il sur la dénutrition ?

JK : En considérant que l'alimentation est un loisir et non un soin, on creuse le coût de la dénutrition et on crée de la dépen-

dance. Les conséquences sont terrifiantes et doivent inviter les pouvoirs publics à ouvrir les yeux sur le drame qui se joue au cœur des Ehpad puisqu'il ne faut pas plus de trois mois pour qu'une personne relativement autonome qui rentre en institution devienne dépendante.

Le paradoxe est cruel, mais il l'est doublement pour ceux qui n'ont pas les moyens d'accéder à ces établissements. Nous savons que la pauvreté est un facteur de dénutrition non seulement parce qu'elle ne permet pas de se nourrir correctement, mais parce qu'elle altère la qualité de vie et l'environnement social qui sont des éléments essentiels dans la lutte contre la dénutrition. Or si les Ehpad ne jouent pas le rôle rempart contre l'isolement et la dénutrition, qui le fera lorsque les enfants sont trop éloignés ou qu'ils n'existent pas ?

En ne traitant pas les personnes dénutries ou malnutries, en ne les accompagnant pas lorsqu'elles prennent leurs repas ou encore en n'investissant pas dans la nutrition spécialisée ou une alimentation de qualité, on se contente d'accélérer la fin de vie tout en prétendant la retarder. Est-ce ce que nous voulons pour nos aînés ? J'invite chacun à se poser la question et à se mobiliser pour que les Ehpad soient demain de véritables lieux de vie et de soin et non des mouiroirs où l'on s'éteint à petit feu.

La dépression conduit à la dénutrition

Nathalie BAILLY

Enseignante-chercheuse, maître de conférences en psychologie sociale et psychologie du vieillissement et membre du laboratoire Psychologie des âges de la vie de l'université François-Rabelais de Tours (37).

CLD : Quel est le rôle du psychique dans la dénutrition, notamment chez les personnes âgées ?

Nathalie Bailly : Les personnes dépressives perdent plaisir à effectuer leurs activités quotidiennes, dont celle de cuisiner et de manger. Elles éprouvent donc moins le besoin de s'alimenter. Or on constate que le plaisir à manger améliore le statut nutritionnel et que celui-ci permet de mieux lutter contre la dépression. Il existe donc un lien de causalité entre dépression et alimentation. Toute la question est de savoir à quoi nous devons nous attaquer en priorité : la dépression ou la dénutrition ? La difficulté est ensuite d'identifier les personnes concernées, car en vieillissant on perd le réflexe de dire que ça ne va pas. On estime ainsi que la dépression touche 10 % à 15 % des plus de 65 ans, mais nous savons que ce chiffre est bien inférieur à la réalité, notamment en Ehpad.

CLD : Les personnes dénutries ont-elles encore envie de manger ?

NB : Le plaisir de manger ne disparaît pas avec l'âge, y compris chez les personnes dénutries, c'est la satisfaction produite par l'alimentation (par exemple l'aspect esthétique des aliments, l'altération du goût, les difficultés masticatoires) qui disparaît. Ce paradoxe est criant en Ehpad où le refus de manger représente souvent la seule manière de contrôler un environnement sur lequel la personne n'a plus de prise.

CLD : Y a-t-il des différences de traitement à adopter entre les personnes âgées dénutries ?

NB : Le profil des personnes âgées qui résident en Ehpad a énormément évolué ces dernières années. Le public vieillit, et avec l'avancée en âge apparaissent des pathologies qu'on ne rencontrait pas autrefois. C'est le cas de la maladie d'Alzheimer. Il est difficile de faire éprouver du plaisir à quelqu'un quand il ne parle pas et qu'il n'est pas en mesure d'exprimer ses volontés. De plus, la perception du temps qui passe est différente, ce qui perturbe l'horloge biologique et contribue ainsi au processus de dénutrition.

Pour les personnes âgées vivant à domicile, le processus de dénutrition est moins lié à la dépendance qu'au système de délégation alimentaire qu'elle impose : le portage de repas pose le problème du rapport à la nourriture et de l'environnement de l'acte alimentaire. Déléguer, c'est rentrer dans la spirale de la dénutrition : le plaisir disparaît et l'acte alimentaire est perçu comme un médicament que l'on doit prendre. Il y a donc un équilibre à trouver, en fonction du contexte et du lieu de vie, entre les solutions qui nous sont offertes.

CLD : Que peut apporter la psychologie dans la lutte contre la dénutrition ?

NB : Nous cherchons actuellement à identifier des profils alimentaires permettant de savoir qui mange quoi, en quelle quantité et pourquoi. Cette question est centrale à la fois pour les hôpitaux et les Ehpad, mais aussi pour les aidants qui interviennent à domicile et tendent naturellement à projeter leur culture et leurs représentations sur leur proche. Or on ne peut pas lutter contre la dénutrition uniquement avec un corpus de logique subjective. Notre travail consiste précisément à faire émerger des logiques objectives et à combattre les représentations qui rendent parfois la démarche des aidants contre-productive.

Des projets de recherche pour réenchanter l'acte alimentaire

Claire SULMONT-ROSSÉ, Virginie VAN WYMELBEKE

Claire Sulmont-Rossé est directrice de recherche de l'Institut national de la recherche agronomique (Inra). Virginie Van Wymelbeke est docteur en nutrition de la personne âgée. Elles sont toutes les deux très impliquées dans trois programmes de recherche (Aupalesens, Renessens, AlimaSSenS) ayant pour objectif d'associer nutrition et sensorialité pour lutter contre la dénutrition de la personne âgée.

CLD : Pourquoi s'intéresser à la notion de plaisir comme facteur de lutte contre la dénutrition ?

Claire Sulmont-Rossé, Virginie Van Wymelbeke : L'acte alimentaire ne se résume pas à la satisfaction d'un besoin physiologique. L'enquête Renessens a montré que pour 88% des personnes âgées dépendantes pour leur alimentation, il est important d'avoir des aliments savoureux. Le plaisir de manger est une composante essentielle de la régulation de la prise alimentaire. Il est donc indispensable de prendre en compte la dimension nutritionnelle et celle du plaisir dans le développement de solutions visant à permettre aux personnes dénutries de couvrir leurs apports nutritionnels.

CLD : La dénutrition est-elle un facteur d'aggravation de la dépendance ?

CSR, VVW : Le taux de dénutrition augmente en effet significativement avec l'avancée en âge et l'aggravation de la dépendance, en Ehpad et à domicile, mais on ne connaît pas encore le lien de cause à effet : est-ce la dépendance qui crée la dénutrition ou est-ce la dénutrition qui conduit vers la dépendance ? Quoi qu'il en soit, malgré les moyens mis en œuvre dans la prise en charge des seniors dépendants, le risque de dénutrition reste élevé au sein de cette population.

CLD : Est-ce le manque de diversité de l'alimentation qui explique le taux de dénutrition en Ehpad ?

CSR, VVW : Il est certain qu'une certaine uniformisation des goûts ou des menus peut conduire à la dénutrition. Toutefois, les menus sont souvent beaucoup plus variés en institution qu'à domicile. En fait, la cuisine collective crée une distanciation entre la personne âgée et son alimentation, qui peut la conduire à « lâcher prise ». Pouvoir choisir ses menus, assaisonner les aliments à son goût, être impliqué dans la préparation des repas (l'épluchage des légumes, par exemple) sont autant de leviers permettant de se réapproprier l'alimentation et d'avoir – encore – envie de manger.

CLD : Qu'est-ce qui explique ce phénomène à domicile ?

CSR, VVW : Dès lors qu'une personne délègue ses activités alimentaires, elle est confrontée aux goûts et à la façon de cuisiner de l'aidant, qui trop souvent va faire « à sa place ». Il est essentiel d'identifier ce que la personne âgée a envie de manger et ce qu'elle est encore capable de faire avant de décider pour elle et de faire à sa place.

CLD : Que retirez-vous de vos différents travaux ?

CSR, VVW : Nos travaux nous confortent dans l'idée que nutrition et plaisir doivent être pensés ensemble, à la fois comme facteurs de protection, en prévention de la dénutrition, et comme leviers pour améliorer la prise alimentaire. Ils ont montré qu'il est possible de réenchanter l'acte alimentaire en proposant de la variété sensorielle dans les assiettes ou en retravaillant les recettes avec les personnes âgées. Il est essentiel de poursuivre en ce sens, afin de permettre aux personnes de couvrir leurs besoins nutritionnels tout en tenant compte de leurs préférences et de leurs habitudes alimentaires, de leurs difficultés et de leurs capacités. Manger est et doit rester un plaisir!

Silver Fourchette, un concours de gastronomie pour le grand âge

Maryse DUVAL

Directrice générale du département Seniors du Groupe SOS. Le Groupe SOS est un acteur majeur de l'économie sociale et solidaire qui gère notamment 51 Ehpad en France. Il est à l'initiative du projet Silver Fourchette, un concours de gastronomie pour le grand âge associant des élèves de lycées hôteliers et des chefs cuisiniers travaillant en Ehpad.

CLD : En quoi consiste le projet Silver Fourchette ?

Groupe SOS : L'objectif de Silver Fourchette est de donner accès au public des Ehpad à une nourriture gastronomique, et de revaloriser la cuisine en institution en faisant prendre conscience aux élèves de ses spécificités. Le principe est de mettre en compétition les cuisiniers à travers une série d'épreuves, et de faire participer les résidents de leur établissement en leur permettant de goûter et d'évaluer les plats. Ils sélectionnent ainsi en avant-première le menu confectionné par leur chef, qu'il re prépare ensuite, assisté d'un élève, dans les cuisines de son lycée. Lors des épreuves, les plats sont évalués par un jury composé de chefs étoilés, de diététiciennes et de professionnels d'Ehpad.

CLD : Quelle est la clé du succès de ce projet ?

GS : Silver Fourchette permet de générer des comportements vertueux au sein des Ehpad en impliquant l'ensemble des résidents et des professionnels dans un projet commun. Il permet aux personnes âgées d'exprimer leurs souhaits et d'échanger sur leurs goûts et aux cuisiniers de retrouver le sens de leur métier. Il démontre enfin qu'il est possible de concilier le plaisir gustatif et la qualité nutritionnelle en Ehpad, ce qui est un moyen de susciter des vocations chez les lycéens.

Ce sont les petits détails qui trahissent une dénutrition

Frédérique BETTINGER

*Directrice de l'Ehpad Les Tilleuls à Terville (57), gagnant du
concours Silver Fourchette 2015-2016.*

CLD : Comment luttez-vous contre la dénutrition dans votre établissement ?

Frédérique Bettinger : La lutte contre la dénutrition occupe une place importante dans notre quotidien. Nous sommes épaulés par une diététicienne qui nous aide à constituer nos repas. À l'admission, nous recueillons les habitudes alimentaires et les goûts de nos résidents. Nos équipes sont formées afin de percevoir les petits détails qui permettent de dépister un risque de dénutrition. De plus, nous pesons au minimum une fois par mois les personnes âgées, et plus régulièrement si l'on a un doute, jusqu'à organiser un rendez-vous avec le médecin coordonnateur du résident.

CLD : Votre victoire au concours Silver Fourchette montre la place importante que vous accordez au plaisir. Est-ce un moyen efficace de lutter contre la dénutrition ?

FB : La recherche du plaisir et du prendre soin fait partie de l'ADN du groupe SOS ; et dans mon établissement, où de nombreuses formations sont octroyées aux personnels et aux cuisiniers, c'était quelque chose de presque naturel. Nous avons développé le « manger mains » avec notre cuisinier, et le concours a finalement mis en valeur ce que nous faisons au quotidien pour nos résidents. Nous sommes très fiers de cette reconnaissance et de la mise en lumière de notre travail quotidien !

Le pharmacien d'officine, un relais essentiel dans la lutte contre la dénutrition

MARIE-PAULE VASSON

Professeur des Universités, praticien hospitalier en biochimie-nutrition à Clermont-Ferrand (63), présidente de l'Association des enseignants de nutrition des facultés de pharmacie (AENFP).

Le Collectif de lutte contre la dénutrition : Comment la dénutrition est-elle enseignée aux futurs pharmaciens d'officine ?

Marie-Paule Vasson : La nutrition fait désormais partie de la formation commune de base en quatrième année. Elle inclut l'évaluation nutritionnelle, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition. Cet enseignement est complété dans les années supérieures par des travaux tutorés et des mises en situation permettant à l'étudiant de s'entraîner au dialogue avec la patientèle. L'objectif est de préparer les futurs pharmaciens d'officine à la dispensation des produits de nutrition, qui doit s'accompagner de recommandations d'usage et du contrôle de la compatibilité de ces produits avec des prescriptions concomitantes.

CLD : Quel est leur rôle dans la lutte contre la dénutrition ?

MPV : L'AENFP a pour mission de promouvoir le rôle clé que doit jouer le pharmacien à travers un ensemble d'actions : mettre à disposition un pèse-personne dans l'officine, encourager le patient à exprimer d'éventuelles difficultés à s'alimenter (perte d'appétit, modification du goût, précarité), expliquer les règles de bon usage des CNO (compliance, chronologie de prise, conservation), faciliter le choix du produit le mieux adapté (saveur, texture), aider au portage des produits au domicile et inciter à consulter un médecin si besoin... Notre objectif est que chaque pharmacien soit demain le relais de la lutte contre la dénutrition dans son village ou son quartier.

Un malade d'Alzheimer sur trois est atteint de dénutrition

Joël JAOUEN

Président de France Alzheimer depuis 2015 et vice-président du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) Bretagne.

CLD : On estime à 40% le pourcentage des malades d'Alzheimer touchés par la dénutrition. Est-ce un sujet fréquemment évoqué au sein de votre association ?

Joël Jaouen : Toute personne qui a un proche atteint par la maladie d'Alzheimer, ce qui est le cas de la plupart des membres de notre association, a connu des problèmes liés à l'alimentation. La dénutrition commence en général au début de la maladie, par une banale perte de poids, et prend une dimension croissante au fur et à mesure que l'on s'approche de la fin de vie, avec l'aggravation des troubles de la communication et du comportement. C'est donc une préoccupation permanente pour l'aidant qui découvre progressivement l'importance de la gestion de l'alimentation. Dans les formations que nous organisons pour les aidants, nous insistons sur l'importance du repas, temps privilégié entre la personne malade et son proche. Ce qui est certain, c'est qu'il y a une forte demande de formation de la part des aidants autour de la question nutritionnelle.

CLD : Quels types de conseils donnez-vous aux aidants qui accompagnent un malade d'Alzheimer ?

JJ : Nos recommandations portent principalement sur la vie au quotidien : vérifier que le réfrigérateur ne contient pas de produits périmés, s'assurer que l'alimentation est diversifiée, ne pas mettre trop de plats sur la table... Le message que l'on essaie de faire passer avant tout est que la personne malade doit être accompagnée au moment de la prise du repas. Il ne suffit pas de faire les courses à sa place, il faut également s'assurer qu'elle mange. C'est tout le problème du portage des repas : lorsque

Neuf règles d'or à respecter

- 1/ Asseoir le malade, torse bien droit, assurer le maintien de la tête, le menton en direction de la poitrine.
- 2/ Se placer toujours au même niveau que lui et jamais au-dessus, ne pas hésiter à s'asseoir en face de lui.
- 3/ Attendre que la bouche soit vide pour poser des questions ou introduire une nouvelle bouchée.
- 4/ Laisser au malade le temps de manger tranquillement dans le calme, sans distraction.
- 5/ Fractionner la nourriture. Lui donner de petits morceaux et encourager à bien mâcher.
- 6/ Le faire boire à petites gorgées.
- 7/ Le laisser déglutir une seconde fois si des aliments sont restés dans la bouche.
- 8/ Pratiquer des soins de bouche minutieux après chaque repas.
- 9/ Laisser le malade assis encore vingt minutes après le repas.

les plateaux sont livrés dans la matinée et le vendredi pour tout le week-end, les personnes malades oublient leur existence. De nombreux aidants nous rapportent les avoir retrouvés consciencieusement empilés et rangés, mais pleins, ou avoir constaté que leur proche ne mangeait que les aliments de couleur et jetait le reste à la poubelle (purée, fromage, yaourt, œuf...). Il arrive également que les personnes malades stockent la nourriture comme elles le faisaient après la guerre. C'est le principe des souvenirs antérogrades : la personne perd la mémoire immédiate et réactualise des souvenirs anciens. Nous essayons également de déterminer si le patient se nourrit, car l'alimentation représente un coût élevé : ainsi, à un stade plus évolué de la maladie, il est nécessaire de recourir à des compléments nutritionnels oraux qui sont vendus en pharmacie. Nous mettons alors en place au besoin des stratégies d'accompagnement.

CLD : Certaines études suggèrent que la dénutrition peut être un facteur prédictif de la maladie d'Alzheimer. Quels sont les signes qui doivent alerter l'entourage ?

JJ : Le problème de la maladie d'Alzheimer, c'est qu'elle se manifeste de manière insidieuse. Très souvent, elle est liée à une période de dépression antérieure au diagnostic, qui peut être un point d'entrée dans la dénutrition. Toute la question est de savoir si lutter contre la dénutrition, c'est lutter contre la dépression et participer à la prévention de l'installation de la maladie d'Alzheimer. Ce qui est certain, c'est que l'association des troubles dépressifs et des pertes cognitives (notamment la perte de mémoire) entraîne à terme une dénutrition, ou en tout cas une perte de poids importante, dont les causes doivent être explorées. On sait en effet que les atteintes cérébrales entraînent une augmentation des dépenses énergétiques, et donc un risque de dénutrition qui peut être aggravé par la modification du sentiment de faim. Le problème est que cette modification peut se traduire aussi bien par une anorexie que par des comportements boulimiques. La dénutrition n'est donc pas nécessairement un

symptôme précoce de la maladie, mais elle constitue dans 100% des cas une comorbidité chez les patients en fin de vie en raison notamment des troubles de la déglutition et de la disparition des repères temporels. Une dizaine d'années après le diagnostic, la personne malade va devenir totalement dépendante et très souvent dénutrie, les lésions cérébrales entraînant la multiplication des fausses routes et à terme le décès de la personne malade.

CLD : Quels seraient les axes d'amélioration à apporter dans la prise en charge des malades d'Alzheimer ?

JJ : La dénutrition n'est pas qu'une question mathématique d'équilibre. Il est essentiel d'améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients à l'hôpital, mais cela ne suffit pas si on ne les accompagne pas au moment du repas, y compris (et surtout !) en fin de vie. Cela implique de donner aux aides-soignants le temps de les nourrir et non pas uniquement de les réalimenter, en particulier s'ils n'ont pas la chance d'avoir une famille présente à leurs côtés. C'est plus généralement la notion de plaisir qui doit être repensée à l'hôpital comme à domicile, et les aidants ont un rôle essentiel à jouer dans ce combat quotidien pour redonner aux personnes malades le goût de manger. Mais nous devons pour cela leur donner les moyens d'agir en les formant aux enjeux nutritionnels, sans quoi nous nous contentons de leur faire porter le poids d'une responsabilité bien trop lourde en en faisant les héros de la lutte contre la dénutrition, alors que cette question nous concerne tous.

Les aidants ont besoin d'être aidés et formés

Claudie KULAK

Fondatrice et présidente de La Compagnie des aidants, premier réseau national privé et sécurisé qui propose des solutions innovantes pratiques pour les aidants familiaux et les entreprises, secrétaire générale de l'association Monalisa (Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés).

CLD : *La dénutrition est-elle un phénomène fréquent à domicile ?*

Claudie Kulak : Lorsqu'une personne est fragilisée par la maladie ou le grand âge, elle rentre dans une spirale qui conduit tôt ou tard à la dénutrition. C'est aujourd'hui le cas de mon père qui est atteint de la maladie d'Alzheimer : son traitement a été mal dosé, sa tension est basse, il dort toute la journée, donc il ne mange plus. Malheureusement, on ne la voit pas toujours venir. Il faut commencer par faire accepter sa présence. Or on se heurte souvent au déni du proche et à son refus d'être aidé.

CLD : *Quel est votre rôle, notamment dans la lutte contre la dénutrition ?*

CK : L'aidant est le chef d'orchestre du domicile de son proche fragilisé. Il doit coordonner les différents intervenants, organiser la sécurisation du domicile, assumer la tutelle juridique et administrative du proche... Ce sont des responsabilités souvent inédites et extrêmement lourdes. Mais surtout, aider un proche, c'est un peu comme s'occuper d'un enfant. C'est une activité à plein-temps et parfois déstabilisante, par exemple lorsque vous allez déjeuner au restaurant et que vous êtes confronté au regard des autres. La question de l'alimentation ne fait que compliquer un quotidien déjà éprouvant.

Arriver à nourrir le proche est une première étape à franchir : il faut commencer par apprendre à se repérer dans la jungle des théories nutritionnelles et à composer avec un ensemble de

contre-indications alimentaires. Mais nourrir, c'est d'abord faire plaisir, qui plus est lorsqu'il s'agit d'une personne dénutrie. Le repas doit donc être à la fois un moment de partage, de plaisir et d'éveil des sens. Or chacun d'entre nous a ses propres préférences gustatives, ses habitudes et ses pratiques alimentaires, qui prennent une importance capitale avec l'avancée en âge. La complexité est à la fois de mettre entre parenthèses sa propre culture, et de réussir à adapter les menus à l'état nutritionnel du proche. C'est très dur pour l'aidant qui se trompe parfois complètement en croyant bien faire.

CLD : De quel accompagnement les aidants ont-ils besoin pour agir plus efficacement contre la dénutrition ?

CK : Les aidants ont besoin d'être accompagnés et soutenus, mais ils ont également besoin d'informations pour prévenir la dénutrition. Celles-ci sont toujours données dans l'urgence et *a posteriori*, dans un contexte d'hospitalisation, mais l'objectif est précisément d'éviter d'en arriver là. Or, dans l'inconscient collectif, perdre du poids est considéré comme une conséquence inéluctable de l'âge ou de la maladie. Changer de comportement alimentaire est normal lorsqu'on vieillit, mais cela ne veut pas dire nécessairement réduire son alimentation. Il est donc nécessaire de combattre cette fatalité auprès des aidants, des auxiliaires de vie et de certains professionnels de santé, en nous rappelant que nos aînés ont les mêmes besoins que nous, mais qu'il leur manque simplement la force ou la capacité de les exprimer.

L'autre est celui qui nous définit et donne un sens à notre existence

Serge GUÉRIN

Sociologue, directeur du master Directeur des établissements de santé à l'Institut des hautes études économiques et commerciales (Inseec), spécialiste des théories du care dont il propose un prolongement avec la notion d'« accompagnement bienveillant ».

CLD : *Qu'est-ce que le care ? En quoi peut-il contribuer à lutter contre la dénutrition ?*

Serge Guérin : Le mot *care* renvoie à la notion de « soin » au sens de souci de l'autre ou d'attention à l'autre. Prendre soin de l'autre, c'est favoriser son action et renforcer son autonomie afin de le rendre auteur de son propre parcours. Aborder la question de la dénutrition sous cet angle, c'est donc raisonner en termes de responsabilisation et d'accompagnement des personnes, et non d'obligations, de normes et de morale. C'est considérer que se nourrir est d'abord une activité sociale, qu'elle a du sens dans une perspective de partage et qu'il est beaucoup plus efficace de faire « avec » les seniors qu'« à leur place » ou « pour » eux. C'est repenser notre rapport à la nourriture en prenant soin d'y inclure l'autre, car c'est lui qui nous définit et donne un sens à notre existence. Se nourrir, prendre un repas, c'est aussi faire société, entrer en relation avec l'autre, mais également avec celles et ceux qui ont préparé le repas, produit les aliments, inventé des recettes... On parle beaucoup du « bien vieillir », mais on oublie trop souvent le « bien nourrir », c'est-à-dire le plaisir, le goût, la rencontre.

CLD : *Vous avez lancé un appel pour la reconnaissance des aidants. En quoi cette question vous tient-elle à cœur ?*

SG : Ce dont témoignent les aidants, comme fait social et sujet politique, c'est qu'il existe une solidarité de proximité fondée sur l'engagement bénévole, qui résiste à cette tendance extrêmement lourde d'anomie sociale, de défiance généralisée



L'autre est celui qui nous définit et donne un sens à notre existence

et de concurrence entre les plus fragiles. En militant pour la reconnaissance de ces millions d'hommes et de femmes engagés dans l'accompagnement d'un proche, je voulais faire sortir de l'indifférence et de l'anonymat cette société informelle de la sollicitude et du soin apporté à l'autre. La loi d'Adaptation de la société au vieillissement leur accorde aujourd'hui un certain nombre de droits et prévoit des financements spécifiques, par exemple pour l'ouverture d'un droit au répit. C'est une avancée essentielle lorsqu'on sait qu'un tiers des aidants décèdent avant la personne qu'ils soutiennent.

CLD : Vous plaidez pour un « ministère de l'Allongement de la vie et de l'Intergénération » plutôt qu'un ministère des Personnes âgées placé sous la coupe du ministre de la Santé. Pourquoi ?

SG : Vieillir, ce n'est pas seulement le déclin, la maladie, l'inactivité; c'est aussi créer, désirer, pratiquer, consommer, agir... Au nom de quoi la question des seniors devrait-elle se réduire à celle de la santé? Une personne à la retraite constitue un formidable levier de transformation économique, social et culturel. Par son engagement dans le tissu associatif ou local, elle demeure un acteur social même lorsqu'elle cesse d'être considérée économiquement comme un actif. C'est pourquoi la question de l'intergénération est centrale. L'intergénération, c'est l'échange, la transmission, les racines. Si nous voulons réussir à relever le défi démographique qui nous est lancé, il est essentiel de modifier notre regard sur l'âge et de créer une synergie entre l'ensemble des acteurs qui composent ce corps indivisible qu'est la société. Et cela passe par aussi par les mots.



Quel hôpital voulons-nous ?

Frédéric PIERRU

Sociologue et politiste, chercheur au CNRS spécialisé dans la sociologie de l'État et de l'action publique, membre du Comité de direction de la chaire Santé de Sciences-Po Paris.

CLD : Pourquoi est-il si difficile de nourrir l'homme malade à l'hôpital ?

Frédéric Pierru : Je dirais qu'il s'agit d'une forme de déni collectif dans un hôpital fasciné par la technique et poussé à faire de l'activité à tout prix en minimisant les coûts. La tarification à l'activité (T2A), qui transforme les établissements en usine à soins techniques, produits à flux tendus, joue contre tout ce que l'on considère abusivement comme périphérique au soin (entendu comme « cure ») à proprement parler. Le climat d'urgence budgétaire conduit les établissements à considérer tout ce qui appartient au médico-social, au psychologique, à la logistique, et, plus généralement, au *care*, comme non urgent. Les questions nutritionnelles sont ainsi généralement considérées comme accessoires ou peu nobles. Pour un médecin, c'est au pire un truc d'aide-soignante, au mieux d'infirmière ! Qui d'ailleurs se scandalise encore de la malbouffe à l'hôpital ?

CLD : Dans ce contexte, est-il possible d'investir dans des politiques de prévention de santé efficaces ?

FP : Le système de santé français s'est construit sur deux compartiments assez étanches : d'un côté ce qui relève du soin stricto sensu – l'hôpital, la médecine de ville –, de l'autre ce qui relève de la prévention. Les politiques publiques de prévention, pauvres en moyens matériels, financiers et d'expertise, sont ainsi, par mimétisme, toujours « plaquées » sur les politiques de santé. Seule la prévention la plus en phase avec les canons médicaux, par exemple les dépistages (cancer, etc.), parvient à se frayer un chemin. Par contre, la prévention primaire, c'est-à-dire la plus



en amont, est totalement négligée. C'est le cas des questions nutritionnelles. Et le tournant pris depuis les années 2000 ne fait qu'aggraver cet état de fait. Les infirmières ou les médecins commencent à prendre conscience de leurs enjeux, mais quand vous êtes débordé faute de personnels suffisants, la question devient très accessoire.

CLD : Vous avez corédigé le Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire¹. La lutte contre la dénutrition peut-elle s'intégrer dans votre appel ?

FP : L'objectif de ce manifeste était de provoquer le débat public autour de certaines transformations invisibles politiquement, mais délétères du point de vue des valeurs qui forment le socle de notre système de santé : la solidarité, l'égalité, le respect des patients, etc. Mais nous ne voulions certainement pas non plus célébrer un âge d'or qui n'a jamais existé. Notre système de santé a des faiblesses historiques, je dirais congénitales, et il faut y remédier. Celle des politiques de prévention en est une, évidente, comme d'ailleurs les inégalités sociales de santé.

À l'évidence, la lutte contre la dénutrition est un bon angle d'attaque pour interroger les impensés de notre système de soins et ses dérives actuelles, car elle pose cette question : quel hôpital voulons-nous ? Des soins de qualité ne passent pas seulement par le high-tech, mais par une considération de la globalité de la personne malade. L'humanisme n'est pas le supplément d'âme de la médecine industrielle. Il est la condition même de l'efficacité de cette dernière.

1 Grimaldi André, Tabuteau Didier, Bourdillon François, *et al.*, 2011, *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Odile Jacob, Paris.



L'alimentation est un enjeu de soin

François RULLIER

Membre de l'association Le Lien, dont le cœur de mission est de défendre les victimes d'accidents médicaux. François Rullier siège au Conseil national de l'alimentation (CNA) au nom du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss).

CLD : La dénutrition touche-t-elle l'ensemble des associations du Ciss ?

François Rullier : Le risque de dénutrition se pose pour toutes les personnes hospitalisées sur une durée relativement longue, les personnes âgées et les patients atteints d'une maladie chronique, y compris dans le domaine de la santé mentale. Elle touche donc l'ensemble des associations que représente le Ciss.

CLD : Vous participez au groupe de travail « Alimentation en milieu hospitalier » du CNA au nom du Ciss. Quelle place y occupe la dénutrition ?

FR : La dénutrition s'impose aujourd'hui comme le sujet central de nos discussions. Ce groupe de travail a été pour nous une opportunité exceptionnelle de mieux appréhender les enjeux de la nutrition et de la dénutrition en milieu hospitalier. Celle-ci a été permise par une écoute active, constructive et positive des interventions, de la part de l'ensemble des participants. Nous sommes partis de trois constats : 1) les hôpitaux ont des contraintes économiques fortes, qui ne doivent pas devenir des alibis pour ne rien changer ; 2) le corporatisme demeure extrêmement prégnant à l'hôpital aussi bien chez les soignants, que les personnels des cuisines, les diététiciens ou les économistes. Et malgré les progrès enregistrés dans ces différents métiers, l'alimentation demeure toujours insatisfaisante pour les patients ; 3) l'alimentation a toujours été, et est encore considérée comme une « prestation hôtelière » et non comme un soin. Or c'est pourtant un élément essentiel du processus de guérison, qui

concourt à redonner le moral à la personne hospitalisée afin de lui permettre de reprendre des forces dans son combat contre la maladie ou après une intervention chirurgicale. En caricaturant, on peut dire que l'hôpital sait traiter la maladie, mais qu'il ne sait pas soigner les patients. Ainsi, l'enveloppe allouée aujourd'hui à l'alimentation est dérisoire au regard de celle consacrée aux médicaments, et dès qu'il y a des économies à faire, on les fait sur le repas.

CLD : Quelles solutions concrètes pourraient selon vous contribuer à améliorer la situation des malades dénutris ?

FR : Nous formulons trois recommandations. La première est de respecter les attentes et les choix du malade et de redonner au repas sa dimension sacrée, par exemple : distinguer le temps dédié au repas de celui des obligations de soins, adapter les horaires de passage du personnel d'entretien afin de limiter les bruits parasites et l'odeur de produits ménagers, ou encore prendre en compte les besoins physiques d'aide à la prise de repas en s'assurant qu'il est accessible pour le patient. Si l'opercule n'est pas ouvert, c'est que la personne se trouve dans l'incapacité de l'ouvrir ou qu'elle ne peut pas manger seule. Ainsi, le fait qu'un patient ne touche pas à son repas doit être un signe d'alerte qui doit conduire à s'interroger sur ce genre de considérations pratiques. Par ailleurs, on peut s'interroger sur la pertinence au XXI^e siècle des horaires de repas tels qu'ils sont pratiqués. Ne serait-il pas envisageable de les rapprocher davantage de ceux correspondant à la vie quotidienne ?

La seconde est de tout mettre en œuvre pour revenir au plaisir de manger, malgré les contraintes de la maladie, des soins, du lieu. Sans se réfugier derrière les objections financières ou techniques, il convient de simplifier tout ce qui peut l'être, à commencer par les régimes alimentaires contraignants qui s'avèrent souvent contre-productifs. L'essentiel est de bien nourrir le patient et de lui apporter du plaisir, un réconfort physique et moral par l'alimentation, ce qui ne coûte pas nécessairement beaucoup

plus cher. Il a été démontré par exemple qu'une augmentation du prix du repas de quelques centimes permet d'accroître le plaisir chez le patient, de le faire manger davantage, et donc de réduire la durée et le coût de son hospitalisation.

La troisième est de distinguer l'hospitalisation de longue durée, où l'alimentation doit constituer un soin à part entière, de l'hospitalisation sur une journée (ambulatoire ou chronique) pour laquelle l'alimentation apparaît davantage comme un service. Dans le cas d'une hospitalisation dans la durée, la tradition « à la française » qui consiste à servir le repas dans la chambre, le plus souvent au lit, n'est pas toujours adaptée.

CLD : Quel rôle les soignants peuvent-ils jouer au quotidien pour faire bouger les choses ?

FR : Une lutte efficace contre la dénutrition passe nécessairement par une approche globale et par la sensibilisation de l'ensemble des acteurs de la prise en soins, afin de les aider à mieux comprendre le patient, ses besoins, ses attentes en ce lieu où il n'a, en règle générale, pas choisi d'être. Valoriser et respecter le travail de chacun autour du repas devrait amener les personnels hospitaliers à changer de posture (ou d'attitude) par rapport au repas, et à prendre en compte ce moment comme un soin qui exige infiniment d'humanité. La relation de soin doit se nourrir de cette forme d'amour réciproque dont chacun est, à sa manière, le sujet.

On ne sait plus prendre soin

Père Jean-Marie ONFRAY

*Théologien de formation, directeur du pôle Santé-Justice de la
Conférence des évêques de France.*

*CLD : Vous avez été délégué diocésain à la Pastorale de la santé.
Comment comprenez-vous que la dénutrition soit aussi fré-
quente à l'hôpital ?*

Jean-Marie Onfray : L'hôpital crée de la dénutrition, car il crée de l'isolement et de la dépendance. Depuis la mise en place de la T2A, la durée des séjours hospitaliers et le temps d'accompagnement des malades ont été considérablement raccourcis. L'objectif est d'augmenter la productivité des soignants pour permettre la réalisation d'un plus grand nombre d'actes. Or il est clair que faire une toilette à une personne âgée couchée est bien plus rapide que d'essayer de la lever et l'accompagner à la salle de bain. La dépendance est donc plus rentable pour l'hôpital que l'autonomie. De la même manière, l'alimentation n'étant pas reconnue comme un soin, elle n'est pas considérée comme une activité, donc elle n'est pas comptabilisée dans la distribution des repas. Le repas sera bien délivré, mais sans que le malade soit accompagné. Or le repas n'est pas simplement ce que l'on mange, mais avec qui on le mange.

*CLD : La nutrition artificielle est parfois considérée comme
quelque chose d'inhumain. Quel regard portez-vous sur cette
question ?*

JMO : La dénutrition fait perdre le goût de l'alimentation, et perdre le goût de l'alimentation, c'est perdre celui de vivre. La nutrition artificielle est donc fondamentale sur le plan religieux, car elle participe à redonner le goût de manger et donc l'envie de vivre aux malades dénutris. Les régimes restrictifs, au-delà d'un certain âge, sont à mes yeux beaucoup plus inhumains. Il vaut mieux bien vivre en mourant de son diabète que gagner

quelques semaines de vie sans plaisir. L'enjeu de demain est évidemment de repenser la fin de vie, car la surmédicalisation ne permet pas forcément de voir venir la mort, et nous nous retrouvons aujourd'hui bien loin de « la bonne mort » évoquée par Jean de la Fontaine.

CLD : Pour un croyant, la dénutrition est étroitement liée au rapport à l'autre. La lutte contre la dénutrition est-elle selon vous soluble dans notre modèle de société ?

JMO : Le rapport à l'autre est au cœur de la réflexion que nous devons mener pour faire face aux enjeux sociétaux de demain. En 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans. L'urgence démographique va nous obliger à modifier notre vision du vieillissement, et à repenser la question de la nutrition, car elle constitue le fondement du vivre ensemble. Mais elle nous enjoint également à réévaluer notre modèle de société, fondé sur la performance et la rentabilité, si nous voulons résoudre le problème que posera demain la question de l'utilité des personnes âgées.

CLD : S'il n'est pas encadré, le jeûne peut conduire à un état de dénutrition. Peut-on jeûner malade ?

JMO : Dans la tradition judéo-chrétienne, le repas est quelque chose d'essentiel. Ne pas se nourrir est même un péché contre le créateur. Contrairement à ce que beaucoup pensent, l'alimentation n'est donc pas le fondement du jeûne dont l'enjeu premier est la relation à Dieu, et donc la disponibilité dans la prière. De plus, le jeûne ne s'adresse jamais aux voyageurs, aux malades et aux plus de 65 ans, qui plus est quand il concerne l'alimentation. Ainsi, le jeûne n'est en rien lié à la dénutrition. C'est même l'inverse !

Redonner goût au collectif pour s'ouvrir à la vie

Jean FONTANIEU

Secrétaire général de la Fédération de l'entraide protestante (FEP), qui a pour objectif de lutter contre toutes les atteintes à la dignité humaine, pour une société plus juste et plus solidaire.

CLD : Votre engagement est lié à une réflexion éthique sur la question de l'exclusion. Quelle place y occupe l'alimentation ?

Jean Fontanieu : La question de l'alimentation se retrouve dans nos réflexions aussi bien autour du plaisir, des interdits religieux, mais aussi de la fin de vie. Quand l'autonomie n'est plus là ou lorsque les souvenirs s'effacent, ne restent souvent plus que la mémoire des sens, l'autonomie du goût et le plaisir de se nourrir, c'est-à-dire le partage. C'est en cela que la problématique de la dénutrition nous paraît essentielle. Quand on s'intéresse à l'action de manger, à ce qu'elle représente, on se rend vite compte que la nourriture forme un lien vital fondamental, à la fois culturel, psychique et collectif, qui excède le simple rapport au corps. Ainsi, quand on évoque la dénutrition, c'est moins la question de l'équilibre nutritionnel qui nous intéresse que celle de l'équilibre humain, de sa fragilité et de sa globalité.

CLD : Selon Olivier Bauer, « le protestantisme est souvent perçu comme une culture peu favorable aux plaisirs terrestres, et notamment à ceux de la table¹ ». Partagez-vous cette analyse ?

JF : Par définition, le protestant est un croyant autonome. Comme la religion est peu structurée, les protestants sont libres et responsables. C'est ce que Luther évoquait quand il parlait de la « grâce des protestants reçus à leur naissance ». Cette responsabilité s'est affirmée dans un contexte d'exhortation à revenir aux sources du message de l'Évangile, c'est-à-dire à une discipline et une sobriété qui ont conduit à édifier l'image du protes-

¹ Bauer Olivier, 2010, *Le Protestantisme à table. Les plaisirs de la foi*, Labor et Fides, « Protestantismes », Genève.

tant austère. La question du plaisir de la table sera alors moins vue comme une fin en soi qu'un moyen pour la paix entre les hommes, mais ça ne signifie pas pour autant qu'il faille renoncer aux plaisirs !

CLD : Comment comprendre qu'il y ait autant de personnes dénutries dans nos sociétés d'abondance ?

JF : Nos sociétés d'abondance génèrent de l'exclusion et de la pauvreté. Or l'exclusion dénutrit à la fois parce qu'elle induit des carences, et parce qu'elle fait perdre progressivement le sens de la nourriture en rompant ce lien fondamental qui nous rattache au monde. On le constate auprès des personnes sans domicile fixe, où la question de l'alimentation se pose quotidiennement. Avant de s'intéresser aux problématiques liées à la nutrition, il faut donc se poser la question du rapport entre alimentation et modernité. Dénigrer l'alimentation, c'est se couper progressivement de soi, de ses goûts, mais également de son prochain. La meilleure manière de prévenir la dénutrition est donc de redonner goût au collectif en luttant contre l'isolement et la dépendance, car leurs effets sur la santé psychique sont absolument dramatiques. Nos préférences alimentaires constituent autant de repères et de marqueurs de notre personnalité qui, lorsqu'ils disparaissent, ne font qu'accélérer le processus d'exclusion. C'est ce cercle vicieux que nous devons rompre pour construire, demain, une société plus juste et plus solidaire.

Nous devons retrouver le sens de l'humain et de l'entraide

Anouar KBIBECH

Président du Conseil français du culte musulman (CFCM).

CLD : On estime à plus de 3 millions de personnes dénutries en France. Comment expliquez-vous ce phénomène ?

Anouar Kbibech : Nous constatons que les liens familiaux sont de plus en plus distendus dans nos sociétés contemporaines et que les relations se déshumanisent. De fait, il n'existe pas vraiment de suivi collectif qui permette d'aider ceux qui n'arrivent plus à subvenir à leurs besoins ou qui se laissent dépérir. Ce relâchement du lien social fait que l'on accompagne de moins en moins ceux qui nécessitent une attention particulière, comme les patients atteints de dénutrition. Au Maroc par exemple, pays dont je suis originaire, il existe une solidarité extrêmement forte à l'égard des personnes âgées, même chez les familles les plus démunies. En arrivant en France, j'ai découvert le concept de maison de retraite qui n'existe pas dans les pays musulmans, parce que certains versets du Coran sont très explicites sur la nécessité d'accompagner ses parents jusqu'au bout. Le prophète Mahomet dit par exemple : « Le paradis est sous les pieds des mères. » C'est donc en bien traitant sa mère qu'on monte au paradis. Ainsi, on ne peut pas laisser une personne âgée dépérir sans qu'il y ait un accompagnement humain et nutritionnel. De même, de nombreux préceptes prophétiques incitent à accueillir son voisin avec les meilleurs mets possibles. Et pourtant, on ne le fait pas là où les personnes en auraient le plus besoin...

CLD : C'est cette déshumanisation des relations qui explique qu'il y ait autant de personnes dénutries en institution ?

AK : Quand les personnes agissent dans le cadre de leur travail, beaucoup d'entre elles dépassent la dimension purement professionnelle. Mais si chacun reste dans le strict périmètre de

son rôle professionnel ou social, il y a inévitablement une déperdition de l'attention portée à l'autre. C'est ce qui, je crois, participe ardemment à la prolifération de la dénutrition au sein de nos institutions. Je prône plus d'humanité et de chaleur dans la relation de soin.

CLD : Quelle place le Coran accorde-t-il à la nécessité de s'alimenter pour être en bonne santé ?

AK : Le respect de la vie est fondamental dans notre religion. Elle incite à profiter de tous les biens de la nature avec responsabilité et à tous les plaisirs licites, notamment le plaisir de la table, avec modération. La dimension nutritionnelle est donc importante pour tout musulman. Le Prophète dit qu'il ne faut manger que lorsque l'on a faim. Ce précepte suppose également qu'il faut manger quand on en a besoin !

CLD : Ce précepte vaut-il également pendant le mois de jeûne du ramadan ?

AK : Le Coran condamne les excès, comme ceux qui conduisent à jeûner en continu. On dit d'ailleurs souvent que l'islam est la religion du juste milieu. Ainsi, la religion musulmane refuse qu'on délaisse l'alimentation et les plaisirs de la table. Le ramadan quant à lui ne dure qu'un mois et a plusieurs vertus : il permet de nettoyer son corps et d'épouser la condition des plus nécessiteux. Le jeûne est bien évidemment prescrit à tous les croyants, mais un certain nombre de dérogations sont octroyées : il est autorisé seulement une fois l'âge de la puberté atteint, il est interdit aux femmes qui allaitent ou qui sont dans leur période de menstruation, aux voyageurs, aux personnes âgées et aux malades chroniques. Pour cela, il est possible de compenser cette inaptitude à jeûner par une aumône de 5 euros par jour. Tout ceci pour confirmer que le jeûne du Ramadan ne peut en aucun cas conduire ou favoriser la dénutrition.

Se nourrir est un acte religieux

Mikaël JOURNO

Rabbin de la communauté de Chasseloup-Laubat (75), aumônier général des hôpitaux de France, secrétaire général de l'Association des rabbins français, conseiller auprès du grand rabbin de Paris.

CLD : Quelle relation la religion juive entretient-elle avec l'alimentation ?

Mikaël Jurno : C'est une relation ancienne et complexe, mais extrêmement forte. Les interdits liés à l'alimentation font partie d'un ensemble de lois irrationnelles, les *houkim*, par lesquelles Dieu cherche volontairement à instiller le doute en créant des situations contradictoires, pour que chacun le découvre par sa propre volonté. Ainsi, dans la Bible, c'est par sa soumission aux lois alimentaires que l'homme doit prouver son obéissance à Dieu. Adam n'a d'ailleurs reçu qu'un seul commandement, celui de ne pas consommer le fruit de l'arbre interdit. Lorsque Noé sauve les espèces animales dans son arche, Dieu lui interdit de consommer de la viande. Il va ensuite produire au mont Sinaï un nombre beaucoup plus complet de lois alimentaires qui viennent régir le peuple d'Israël. Les lois alimentaires sont donc des caractéristiques exemplaires du peuple juif qui viennent sanctifier l'homme en spiritualisant le monde matériel. Par l'alimentation, Dieu invite l'homme à maîtriser ses sens, dominer ses plaisirs et mettre son corps au service de son esprit. Ainsi, on peut tout manger (les aliments cachers), mais dans la tempérance afin de préserver sa santé. L'idée fondamentale est que se nourrir n'est pas seulement vital, mais est également un acte religieux.

CLD : D'où la pratique du jeûne ?

MJ : Le jeûne permet de se détacher de la matérialité pour se concentrer sur ce qui est essentiel. On va donc se priver d'un ensemble de choses, dont l'alimentation, pour prendre du recul et rechercher la vérité. Mais la pratique religieuse suppose d'être

en bonne santé, ce qui explique qu'on ne peut pas jeûner malade. C'est un principe essentiel de la tradition juive : tous les interdits alimentaires sont levés s'il existe un danger de mort. Si une personne a besoin de se nourrir, on se doit de l'aider à le faire, sinon cela s'apparente à une non-assistance à personne en danger. On doit donc nourrir l'homme lorsqu'il est malade.

CLD : En tant qu'aumônier, quel est votre rôle face à une personne dénutrie ?

MJ : La vie et la santé sont deux valeurs cardinales de la tradition juive. Notre mission est donc d'aider les patients à vivre en accord avec leurs croyances, mais jamais en concurrence avec les recommandations médicales. Nous essayons pour cela de nous adapter aux nouvelles questions de santé et d'être à l'écoute de l'évolution de la société. Nous faisons ce que l'hôpital ne peut pas faire : prendre soin des patients. Le *bikour holim*, qui signifie « rendre visite au malade », est un principe très fort dans notre religion. Il renvoie à une solidarité de présence, d'écoute, d'aide et de partage. Ainsi, face à une personne dénutrie, notre rôle est de l'accompagner afin qu'elle accepte de son plein gré les soins médicaux, de ne pas la laisser se mourir, mais en aucun cas de la contraindre, car nous risquons alors d'aggraver sa souffrance.

CLD : Comment peut-on lutter selon vous plus efficacement contre la dénutrition ?

MJ : La dénutrition est une véritable maladie dont beaucoup ne mesurent malheureusement pas la gravité. Il faut soutenir la recherche et les initiatives, et provoquer une prise de conscience notamment de l'opinion publique. Nous devons ne jamais cesser d'en parler, car personne ne peut rester indifférent face à un tel drame qui nous concerne tous.

Le bien-être nutritionnel permet d'apaiser l'esprit

Michel AGUILAR

Vice-président de l'Union bouddhiste de France, président de la Commission des droits de l'homme de la Conférence des OING au Conseil de l'Europe.

CLD : Quelle relation le bouddhisme entretient-il avec l'alimentation ?

Michel Aguilar : Le bouddhisme ne repose sur aucun dogme. Il n'y a donc pas de règles de discipline *a priori*. Les bouddhistes adaptent leur conduite aux préceptes énoncés par le Bouddha à mesure que cela fait sens, l'éthique individuelle primant sur les comportements. En Asie du Sud-Est, où s'est enracinée l'une des trois grandes traditions du bouddhisme, les moines reçoivent dans leur bol à aumônes de la nourriture végétarienne qu'ils ne choisissent pas et se contentent d'un repas par jour. Il n'y a donc pas d'approche diététique particulière. Dans le bouddhisme zen, le repas est extrêmement codifié, car il fait partie de la méditation. Dans le bouddhisme himalayen, des rituels complexes sont orchestrés à travers tout un processus d'offrandes. Les approches sont donc extrêmement diverses et le plaisir n'a pas lieu d'être banni. Ainsi, les retraites de méditation, toutes traditions confondues, n'excluent pas un riche repas entre amis.

CLD : Quel est le rôle du jeûne dans la tradition bouddhiste ?

MA : La pratique du bouddhisme est une recherche perpétuelle visant à rendre l'esprit agile. L'essence du bouddhisme repose sur l'idée que l'esprit se méprend car sa perception du réel est déformée par le prisme de nos émotions. La démarche proposée consiste donc à apaiser l'esprit pour augmenter le discernement et aller vers l'aboutissement de la sagesse, c'est-à-dire l'éveil, malgré l'absence d'interdictions. Le témoignage du renoncement du Bouddha va dans le sens d'un tel allègement,



mais celui-ci n'implique pas nécessairement qu'il faille se priver! D'une manière générale, le jeûne est corrélé à une pratique intensive, mais celle-ci n'est ni obligatoire ni normée. Dans le bouddhisme himalayen, par exemple, chacun est libre de fixer selon son propre calendrier la période où il va jeûner.

CLD : Pour autant, se nourrir est-il quelque chose d'important dans la tradition bouddhiste ?

MA : Le corps est le véhicule de l'esprit. Le bien-être physiologique doit donc être recherché tout au long de la vie, car il permet de clarifier ses pensées et d'accéder à une mort paisible. C'est pourquoi la dénutrition doit être combattue à tout prix, en particulier chez les personnes âgées, dans ce moment crucial de préparation à la mort. Pour la prévenir, il faut revenir à une forme de sagesse du corps à laquelle prépare la méditation qui assouplit l'esprit et permet d'être disponible pour tout régime alimentaire.

CLD : Si le bouddhisme permet d'améliorer son hygiène alimentaire, peut-il également lutter contre la dénutrition ?

MA : La dénutrition pose des questions fondamentales sur notre modèle de société dont l'idéologie dominante favorise l'égoïsme et l'exclusion. Ce qui caractérise le bouddhisme est précisément de nous faire comprendre que l'éthique ne peut être séparée de la sagesse de l'éveil qui est un puissant antidote à l'ignorance et la souffrance. C'est le message d'universalité du Bouddha. La méditation permet de retrouver cette unité fondamentale du corps et de l'esprit sans laquelle nos pensées n'ont pas de prise sur notre vie. En libérant notre esprit, nous pouvons ainsi modifier individuellement nos comportements et redonner un fondement aux valeurs qui guident notre action. C'est pourquoi je suis convaincu que la société civile a toute sa part à prendre dans ce combat si un collectif comme celui-ci l'aide à atteindre le cœur de chaque homme.



La dénutrition coûte très cher à la société

Vincent Touzé

Docteur en économie, chercheur à l'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE), membre du programme de recherche « Dynamique du vieillir » de l'université Sorbonne Paris Cité (75). Ses travaux de recherche se concentrent principalement sur l'économie du vieillissement, l'épargne et le financement des systèmes de retraite.

CLD : Le surcoût du vieillissement est souvent invoqué en raison de la progression alarmante de la dépendance des personnes âgées. Est-ce un argument économiquement fondé ?

Vincent Touzé : La perte d'autonomie engendre des surcoûts financiers (santé, aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne, hébergement), aussi bien pour l'État que pour les familles, puisque 25% des dépenses liées à la dépendance ne sont pas prises en charge par le financement public. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress) a estimé ce surcoût total à environ 30 milliards d'euros en 2011. Or ce bilan n'intègre pas les coûts cachés tels que le temps de travail gratuit des aidants familiaux, qui représenterait près de 50% des dépenses directement imputables à la perte d'autonomie. Sachant que le nombre de personnes âgées dépendantes devrait doubler d'ici cinquante ans, l'enjeu est donc de trouver un juste équilibre entre le financement par la solidarité publique (budget de l'État, Sécurité sociale et collectivités locales) et le soutien privé (épargne individuelle, souscription à des contrats d'assurance dépendance, viager, solidarité familiale).

CLD : Connait-on le coût réel de la dénutrition ?

VT : Les conséquences de la dénutrition sur l'état de santé sont désastreuses et génèrent un ensemble de surcoûts pour le système social et sanitaire, notamment une consommation accrue de médicaments et de soins médicaux ainsi qu'un allon-

gement de la durée d'hospitalisation et de la durée des traitements : selon une étude anglaise de 2011, les patients dénutris voient en moyenne deux fois plus leur médecin généraliste, ont trois fois plus d'admissions à l'hôpital, y restent trois jours de plus et développent plus de comorbidités, avec de moins bons résultats. Ces surcoûts sont difficiles à chiffrer, mais sont potentiellement considérables. Une note du *Medical Nutrition International Industry* les estimait ainsi, en 2012, à plus de 170 milliards d'euros en Europe.

CLD : Prévenir la dénutrition n'est-il donc pas plus efficace que de pallier ses conséquences ?

VT : Au regard des coûts colossaux induits par la dénutrition (et qui sont probablement sous-estimés), la prévention constitue donc un enjeu majeur de politique de santé publique, qui nécessite de mobiliser un ensemble de leviers : 1) encourager les acteurs industriels, en particulier ceux de la silver économie, à développer des aliments à forte qualité nutritionnelle et qui améliorent l'appétence des personnes âgées, ainsi que des objets facilitant la préparation des repas et l'ingestion de nourriture ; 2) renforcer la formation de l'ensemble des acteurs sociomédicaux et les familles pour identifier précocement les risques de dénutrition ; 3) faciliter un meilleur accès à une nutrition adaptée en s'appuyant sur les acteurs locaux déjà très investis dans l'offre de repas aux personnes âgées (portage et restauration). Mais cet effort doit s'accompagner d'une évaluation, reposant sur la production d'un plus grand nombre d'études médico-économiques sur la dénutrition, en particulier des personnes âgées, afin de mieux chiffrer les coûts et les bénéfices induits par des mesures préventives.

L'équilibre nutritionnel est la condition d'un vieillissement harmonieux

Jean-Pierre AQUINO

Gériatre et médecin de santé publique, conseiller technique de la fondation Médéric Alzheimer, président du comité « Avancée en âge, prévention et qualité de vie », rapporteur de la loi d'Adaptation de la société au vieillissement (ASV).

CLD : *Vous êtes l'auteur du rapport « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société », sur lequel s'appuie la loi ASV. En quoi la prévention de la dépendance est-elle un enjeu sociétal ?*

Jean-Pierre Aquino : La France est confrontée à une double transition, démographique et épidémiologique. La première correspond à un vieillissement de la population, caractérisé par un allongement de l'espérance de vie avec pour conséquence une augmentation du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus. Celui-ci devrait atteindre en 2060 le seuil des 20 millions contre 15 actuellement. La seconde résulte de la disparition progressive, grâce aux progrès de la médecine, des maladies infectieuses ou létales au profit des maladies chroniques, comme le sida ou le cancer, et à l'émergence de maladies invalidantes, notamment neurodégénératives, consécutive à l'augmentation de l'espérance de vie. Ces données justifient la nécessaire intégration du vieillissement dans les politiques publiques et le renforcement de la prévention car la perte d'autonomie implique de lourdes conséquences au niveau individuel et collectif. En ce sens, la loi ASV représente un changement de paradigme porté par un dispositif extrêmement novateur que constituent les conférences des financeurs, chargées d'établir un diagnostic des besoins au niveau de chaque département et dont le but est de proposer une vision globale des questions qui se posent au cours de l'avancée en âge.

CLD : Le rapport formule-t-il des recommandations concernant l'alimentation ?

JPA : La promotion d'une alimentation favorable à la santé est un des axes forts de ce rapport. L'enjeu majeur est de préserver un bon état nutritionnel en donnant les moyens aux personnes âgées d'adapter leur consommation alimentaire et en tenant compte des maladies qui impactent cette dernière, comme l'insuffisance cardiaque et les régimes hyposodés. Il s'agit de les sensibiliser à l'importance d'une nutrition de qualité et au maintien du plaisir de manger. Pour cela, plusieurs mesures sont proposées afin notamment de développer et mutualiser les actions de prévention collectives (forums, conférences, ateliers), complémentaires aux outils existants (sites internet¹, brochures, guides nutrition et bien vieillir disponibles sur le site de l'Inpes...).

CLD : La lutte contre la dénutrition fait-elle partie des objectifs affirmés dans ce rapport ?

JPA : La dénutrition constitue un risque majeur de dégradation de la qualité de vie. L'objectif est donc de réduire sa prévalence à partir des trois leviers d'action suivants : le dépistage, la prise en charge et la prévention. Celle-ci nécessite une démarche active des professionnels de santé pour l'identification des situations à risque de dénutrition, l'organisation si nécessaire d'une assistance (livraison de repas à domicile, aide aux repas et/ou aux courses), mais également l'éducation du patient et de son entourage afin qu'il sache réagir à toute modification de l'appétit et de l'alimentation chez un proche ou à toute perte de poids, qu'elle soit involontaire ou provoquée par une anorexie. Le repérage de la fragilité doit notamment permettre d'identifier les personnes à risque susceptibles de bénéficier d'interventions préventives.

1 www.mangerbouger.fr, www.reponses-bien-vieillir.fr

Donnons plus de libertés aux personnes âgées

Michèle DELAUNAY

Députée de Bordeaux (33), ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie de mai 2012 à mars 2014, médecin cancérologue au CHU de Bordeaux (33).

CLD : La loi ASV met l'accent sur le maintien des personnes âgées à domicile. Quelles solutions peuvent être mises en place pour lutter plus efficacement contre la dénutrition à l'extérieur de l'hôpital ?

Michèle Delaunay : La question du maintien à domicile pose en miroir celle du degré de dépendance de la population vivant en Ehpad, et donc de la prise en charge de pathologies à haut risque dénutritionnel comme la maladie d'Alzheimer, qui entraîne des troubles de la coordination des mouvements et la disparition de l'automatisme de manger. Durant mon mandat ministériel, j'avais essayé d'introduire le « manger mains ». C'est une solution peu connue, mais qui permet à la personne de manger presque sans s'en apercevoir. La présentation et la texture des plats sont adaptées de manière ce qu'ils puissent être saisis et mangés facilement avec les doigts. D'autres pistes sont à explorer pour donner envie aux personnes âgées. Nous devons garder à l'esprit que le plaisir de manger est fondamental à tout âge, et que pour réussir à faire manger les personnes âgées, c'est un peu comme en amour : ce qui compte avant tout, ce sont les preuves.

Pour les personnes encore à domicile, et en particulier les hommes veufs ou célibataires, se pose la question du « manger seul », c'est-à-dire du plaisir, de la convivialité, mais également de la toxicité des aliments mal conservés et des troubles digestifs qui peuvent participer au risque dénutritionnel. Cette question doit s'intégrer dans une réflexion autour des objets connectés, par exemple les réfrigérateurs connectés qui déclenchent un

signalement lorsqu'ils ne sont jamais ouverts. Des solutions existent, il suffit de nous mobiliser et d'être créatifs.

CLD : Quels sont les signes qui doivent alerter l'entourage ?

MD : Chez la personne âgée, la dénutrition entraîne un « syndrome de fragilité » dont le signe le plus évident et le plus précoce est le trouble de la marche : on commence à marcher de manière irrégulière, avec appréhension, sans raison physique valable. Puis vient l'amaigrissement qui marque le passage vers la perte d'autonomie. L'amaigrissement est toujours un signal d'alerte, en établissement comme à domicile. Il faut commencer à faire remarquer la personne en lui redonnant confiance avec l'aide d'un kinésithérapeute, un rythme de repas adapté et du plaisir à se nourrir, sinon elle va s'enfoncer dans la dépendance et aggraver sa dénutrition. Ce sont autant de signes d'appel qui doivent être reconnus par les familles et les professionnels de santé. La dénutrition appelle la dépendance qui appelle la dénutrition. C'est ce cercle vicieux qu'il faut réussir briser si nous voulons endiguer ce fléau, en commençant par nous attaquer à sa cause la plus immédiate : la solitude. Tant que nous continuerons de laisser nos aînés manger et vieillir seuls, nous continuerons à les voir maigrir et se dénourrir.

CLD : La prescription des régimes alimentaires après 75 ans est de plus en plus controversée. Quelle est votre position en tant que médecin sur cette question ?

MD : L'important est que la personne âgée bouffe – pardon, mais ce terme a un sens très charnel qui me va bien. La question n'est plus le régime, la seule chose qui compte est que la personne âgée ait envie d'avalier.

CLD : Quel rôle le politique peut-il jouer selon vous dans la lutte contre la dénutrition ?

MD : En 2015, lors du vote de la loi Santé, j'ai déposé un amendement en faveur de la reconnaissance de la lutte contre



la dénutrition comme priorité de santé publique, visant notamment à renforcer le suivi nutritionnel des personnes âgées vivant en Ehpad. Il a été voté en première lecture, mais il a été par la suite complètement vidé de sa substance puisqu'il s'est transformé en un amendement interdisant le recours à des mannequins trop maigres et dénutris, afin de lutter contre l'anorexie mentale. Je suis bien consciente qu'on ne peut pas contraindre par la loi une personne âgée à manger trois fois par jour et à être systématiquement accompagnée pendant son repas, mais on peut alerter les familles et l'ensemble des professionnels de santé sur le risque de dénutrition et leur apprendre à le dépister avant qu'il ne se concrétise.

Le pouvoir du politique est de parler de la dénutrition, mais également de poser les bonnes questions autour de la prise en charge des personnes âgées, par exemple : les maisons de retraite sont-elles des lieux de repos ou des lieux de soins ? Il est clair que les contraintes ne sont pas les mêmes en termes de coûts et de normes. Nous n'avons jamais tranché cette question qui a pourtant des conséquences énormes sur le plan de la lutte contre la dénutrition. Ainsi, il est théoriquement interdit aux résidents de consommer de l'alcool ou de rentrer dans la cuisine, alors que la plupart ne font que réceptionner des plats préparés. La bonne odeur de gâteau ou de crêpes s'y fait donc de plus en plus rare et même si celle-ci est présente, il est interdit aux résidents de venir se servir comme ils le feraient dans leur propre cuisine. Cela pourrait pourtant permettre de résoudre le problème du jeûne nocturne et plus généralement des horaires de repas. Ce type d'aberrations doit nous inviter à adapter les normes d'hygiène et les discours de santé publique aux besoins de nos aînés, et de ne plus censurer par principe le plaisir et la gourmandise, car ils demeurent les remparts les plus puissants et les moins coûteux contre la dénutrition.



Lutter contre la dénutrition, c'est nourrir le droit au bonheur

Jérôme GUEDJ

Conseiller départemental, président du conseil général de l'Essonne (2011-2015), député socialiste (mai 2012- mai 2014) et membre de l'Inspection générale des Affaires sociales (Igas).

CLD : Dans votre essai Plaidoyer pour les vieux, vous soutenez que « la dénutrition des personnes âgées est en France au début du XXI^e siècle un problème majeur de santé publique et de pratiques hospitalières¹ ». Comment avez-vous été sensibilisé à cette question ?

Jérôme Guedj : J'ai participé à l'évaluation du Programme national nutrition santé (PNNS) 2006-2010 en tant qu'inspecteur général des Affaires sociales. À cette époque, la dénutrition avait déjà été identifiée comme une thématique aussi importante que le surpoids, la lutte contre l'obésité, la promotion de l'activité physique et la diversification alimentaire, mais sans formuler de recommandations concrètes et contraignantes. L'inscription dans un plan est nécessaire pour amorcer une prise de conscience collective, mais elle ne suffit pas à produire un effet d'entraînement. Il faut que les acteurs locaux s'en saisissent, et notamment que les agences régionales de santé (ARS) soient plus exigeantes dans leur relation avec les établissements hospitaliers si l'on veut réussir à faire bouger les lignes. Les problématiques liées à la santé ne se résolvent que lorsque le sujet est identifié au niveau national et porté par les territoires. Le rôle joué par les villes actives du PNNS en est un excellent exemple. J'ai été frappé par la capacité de ces municipalités à mettre en œuvre, par leurs compétences et leurs liens avec les populations et les professionnels, des interventions de proximité, en adéquation avec les orientations du Programme.

¹ Guedj Jérôme, 2013, *Plaidoyer pour les vieux*, J.-C. Gawsewitch, « Coup de Gueule », Paris.

CLD : Quelles sont les possibilités d'action des élus de terrain, notamment des conseils départementaux ?

JG : L'alimentation est un sujet transversal qui concerne l'ensemble de la population et dans lequel les départements sont en première ligne pour agir, que ce soit au niveau de la Protection maternelle et infantile (PMI), des collèges, des réseaux d'épiceries sociales ou encore des structures à destination des handicapés et des personnes âgées. Si l'alimentation est quelque chose d'identitaire, de culturel voire de patrimonial, nous pouvons intéresser la population par ce biais pour lutter contre les inégalités et améliorer la santé de chacun à tout âge de la vie. C'est cette démarche que nous avons amorcée en recrutant une nutritionniste au conseil général. Nous avons même travaillé sur le lancement des petits-déjeuners dans les collèges. Cela nous permettait pourtant de travailler sur la notion de plaisir et de qualité : il n'y a pas de fatalité à ce que les enfants ne soient pas satisfaits de ce qu'ils mangent. C'est la même chose dans les Ehpad où l'alimentation est un moment structurant dans la vie d'une personne âgée.

Or je ne suis pas certain que la dénutrition soit suffisamment identifiée par les aidants, les intervenants à domicile et les professionnels en établissement. C'est la raison pour laquelle nous avons inscrit la lutte contre la dénutrition comme une priorité du Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2011-2016. Notre objectif était de sensibiliser les populations, notamment les aidants, à la question de l'alimentation. L'idée était d'activer ces formidables réseaux de bonne volonté qui luttent contre la dénutrition au quotidien et de renforcer leur implication en leur donnant un cadre pour agir plus efficacement. Je crois profondément en cette force qui a fonctionné dans le domaine de la maltraitance des personnes âgées, puisqu'elle nous a permis de créer un numéro national de signalement, le 3977, à partir d'un dispositif local. L'implication de ces acteurs a été déterminante dans la mesure où ils ont permis d'alerter les pouvoirs publics sur un problème que l'on ne voulait pas forcément

voir *a priori*. Aujourd'hui, la lutte contre la maltraitance est intégrée dans tous les programmes de formation, mais il faut savoir d'où l'on est parti pour mesurer le chemin parcouru. Avant de demander à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) d'en faire un sujet de communication majeur, je suis convaincu que nous pouvons réussir à sensibiliser les 400000 personnes qui sont tous les jours en contact avec les personnes âgées à la question de la dénutrition.

CLD : Comment expliquer que la lutte contre la dénutrition ait tant de mal à s'imposer comme un objectif de santé publique ?

JG : La transversalité constitue un changement de paradigme auquel nos administrations ne sont pas encore prêtes. Il faut qu'il soit porté par une volonté politique forte, qui prenne la mesure de l'enjeu que représente la dénutrition. Or il y a précisément une spécificité de l'alimentation qui explique la cécité des pouvoirs publics et leur manque d'audace législative. Nous sommes incrédules face à cette question dans la mesure où elle n'est pas médiatisée et que sa reconnaissance constitue un aveu d'échec pour nos sociétés développées. Il faut y avoir été confronté dans son intimité pour comprendre l'urgence de ce problème. J'espère que ce collectif permettra de briser ce plafond de verre et d'éviter une crise du vieillissement qui risque de nous coûter très cher. Car lutter contre la dénutrition, c'est nourrir le droit au bonheur, qui est objectif inhérent à toute société progressiste.

La question du bien vieillir est l'enjeu du prochain quinquennat

Marie-Anne MONTCHAMP

Secrétaire nationale à la protection sociale chez Les Républicains, conseillère santé auprès de Nicolas Sarkozy, secrétaire d'État auprès du ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille (2004-2005) et auprès de la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale (2010-2012).

CLD : Lors du débat national sur la dépendance que vous avez mené aux côtés de Roselyne Bachelot, le problème de la dénutrition a-t-il été abordé ?

Marie-Anne Montchamp : Pendant ce débat, la question de la dénutrition a été évoquée à simple titre d'illustration de la perte d'autonomie. Petit à petit, j'ai compris qu'il y avait un syndrome de glissement qui expliquait la perte d'autonomie durable de la personne âgée, conduisant inéluctablement vers la dépendance : on commence par ne pas s'hydrater et ne pas se nourrir, des chutes surviennent, la peur monte et l'immobilisation contrainte par la chute amorce ce syndrome de glissement. Face à ce déterminisme, nous avons compris que l'enjeu pour la société française était de remonter vers les causes. Et dans les points clés de cette rétroaction permettant de prévenir la dépendance figure la lutte contre la dénutrition.

CLD : À quelle conclusion ce débat a-t-il abouti ?

MAM : Ce qui est ressorti de ce débat, c'est que notre pays, plutôt que de s'orienter vers des équipements curatifs pour lutter contre la perte d'autonomie, a opté pour une politique de multiplication des maisons de retraite. Nous devons au contraire diversifier notre réponse afin de laisser le choix du lieu de vie à nos compatriotes, en faisant en sorte qu'ils restent le plus longtemps possible à domicile. Ma conviction est qu'il faut éviter au maximum de terminer sa vie dans un établissement d'hospita-

lisation, parfois privatif de libertés, avec un coût souvent élevé, des familles doublement désespérées par la difficulté à trouver une place et le sentiment d'abandonner leur proche, et avec un gaspillage des deniers publics qui ne correspond pas à ce que peut être une ambition collective. Notre objectif a donc été de mettre en place une politique plus large avec une meilleure compréhension des mécanismes de prévention, des stratégies croisées de maintien de la vie sociale et une percussioin sur les politiques de santé afin de limiter les hospitalisations. En fin de compte, lutter contre une gabegie organisée, doublée d'une violence sociale insigne.

CLD : Est-ce que notre société est prête à bien vieillir ?

MAM : Notre société n'a pas le choix. Le problème c'est que nos comptes sociaux sont à bout. Chaque année, dès le mois de septembre, il faut aller chercher des financements sur les marchés pour boucler les comptes de la sécurité sociale. Or ces masses monétaires permettraient d'obtenir un effet de levier considérable si elles étaient mieux dépensées. La question de la dénutrition est emblématique de ce fait, par les coûts exorbitants qu'elle engendre. Celui de l'hospitalisation induite des personnes âgées représente par exemple plus de 2 milliards d'euros ; et je ne compte pas les maladies auxiliaires liées à la dénutrition, dont les maladies psychiatriques. De même, lorsque vous avez un parent dénutri qui perd son autonomie, avant que vous trouviez votre fameuse place d'Ephad, il va s'écouler un certain temps où vous allez avoir du mal à faire votre travail. Ce mauvais aiguillage a un coût qui pourrait être évité si la dénutrition était mieux dépistée et prise en charge.

CLD : C'est ce que vous dénoncez lorsque vous parlez de « gabegie » des finances publiques ?

MAM : Nous n'avons pas suffisamment fait évoluer notre système de sécurité sociale. On continue à avoir un hospitalocentrisme beaucoup trop fort. Je milite pour une ouverture des

champs de protection à des domaines tels que le logement et le transport, et pour l'intégration de tous les acteurs qui gravitent autour de la personne âgée (aidants, proches, professionnels de santé, personnels paramédicaux, entreprises, aménageurs...), qui produisent des potentiels de transformation majeurs. Le problème est que la puissance publique n'arrive pas à intégrer ces innovations, mais se contente de les tolérer. Il faut au contraire qu'elles soient reconnues dans le système de remboursement. La réelle révolution consiste à mettre en cohérence cette constellation d'acteurs et à s'arracher des déterminismes administratifs ambiants qui entravent les capacités d'entraînement des professionnels santé à fonctionner en réseau. Peser des personnes âgées ne suffit pas, il faut ensuite appeler les infirmières, prescrire des compléments adéquats, se coordonner avec les auxiliaires de vies... Aujourd'hui, on ne sait pas comment financer la prévention alors qu'il faudrait que le médecin aille au domicile pour faire un bilan de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes âgées et qu'il soit relayé par une équipe qui intervient au plus près.

CLD : De quelle manière pouvons-nous mettre en cohérence cet écosystème sur les questions autour de la dénutrition ?

MAM : Il est nécessaire de mettre en place un véritable plan sur plusieurs années où nous poserions véritablement la question de la lutte contre la dénutrition. Le fait de l'ériger en « Grande Cause nationale » serait un bon vecteur pour ouvrir la problématique et rassembler l'ensemble des acteurs. Plus généralement, la question du bien vieillir doit devenir le chantier présidentiel prioritaire pour le prochain quinquennat, car la lutte contre la dénutrition en est une composante essentielle. Chaque candidat à la présidentielle doit s'engager pour faire bouger les choses sous son quinquennat.



Les 10 propositions du *Manifeste de lutte contre la dénutrition*

La dénutrition est une maladie silencieuse. Elle inquiète, mais n'est pas douloureuse. Nous sommes pleinement investis depuis de nombreuses années dans la lutte contre la dénutrition, mais nos actions individuelles portent trop peu. Si en 30 ans, la prise en charge de la douleur dans le système de soins s'est fortement améliorée, c'est grâce à la mobilisation des malades, de leurs proches et de la société dans son ensemble. Pourtant, pas plus que la douleur, la dénutrition n'est une fatalité. À travers ce manifeste, nous refusons de fermer les yeux et revendiquons une meilleure prise en charge nutritionnelle de tous les malades.

Nous appelons donc les pouvoirs publics, les partis politiques et les candidats à l'élection présidentielle à faire adopter dix propositions afin de changer nos habitudes, vaincre la dénutrition et construire un système de santé qui saura prendre soin de chacun.

1. Faire de la dénutrition la Grande Cause nationale du prochain quinquennat

La dénutrition n'est pas l'apanage des sociétés en développement : la France compte au moins 2 millions de personnes dénutries. Si la Commission européenne considère la dénutrition comme un problème majeur de santé publique, il est temps que la France prenne au sérieux une maladie dont les chiffres alarmants sont encore sous-estimés.

Le label « Grande Cause nationale » doit être un formidable catalyseur pour faire changer le regard sur cette maladie silencieuse, changer les comportements, mener à bien des campagnes de prévention, de communication, d'information et de sensibilisation de grande ampleur à destination des patients, des proches et des aidants dans chaque établissement de santé, maisons médico-sociales, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et auprès des médecins généralistes afin de prévenir et lutter au quotidien contre la dénutrition.

2. Lancer un Plan de lutte contre la dénutrition 2018-2021 pour enrayer la progression de la maladie et faire face à ses conséquences médicales, sociales et économiques

La lutte contre la dénutrition ne bénéficie pas d'un véritable plan d'action national porté par le président de la République, alors qu'elle est reconnue par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) comme un objectif de santé publique. À l'image du plan Obésité 2010-2013, nous demandons un réel engagement national pour faire reconnaître la dénutrition à la hauteur du fléau qu'elle représente.

Selon le *Traité de nutrition clinique*¹, le coût des soins en milieu hospitalier augmente de 45 % à 102 % chez les patients

1 Quilliot Didier, Thibault Ronan, Bachmann Patrick, Guex Esther, Zéanandin Gilbert, Coti-Bertrand Pauline, 2015, *Traité de nutrition clinique à tous les âges de la vie*, SFNEP, Paris, p. 737.

dénutris. Une étude estime que la dénutrition coûte 10% du budget total de la santé¹. Outre les économies de santé qui seraient réalisées par une prévention efficace de la dénutrition, prévenir la dénutrition chez la personne âgée à domicile, c'est aussi lutter contre la dépendance, l'isolement, le syndrome de fragilité et permettre une meilleure guérison des pathologies associées.

Ce Plan de lutte contre la dénutrition 2018-2021 permettra de réunir les personnes concernées avec les médecins généralistes, les médecins nutritionnistes, les spécialistes d'organes, les diététiciens de ville et d'hôpital, les infirmiers, les aides-soignants, les aidants, les proches, les cuisiniers, les pharmaciens et biologistes, les services de portage de repas et les directeurs des établissements de soins qui aujourd'hui manquent d'une réelle coordination. Il sera articulé en cohérence avec les autres plans existants dans le domaine de la nutrition, des maladies chroniques et des personnes âgées. Les projets régionaux de santé (PRS) intégreront également un volet dénutrition qui s'appuiera sur les ressources et les organisations présentes sur les territoires concernés.

3. Se fixer pour objectif : « Zéro personne âgée tuée par la dénutrition »

Aujourd'hui, la dénutrition touche 4% des plus de 70 ans vivant à domicile, 10% des plus de 80 ans en couple et 23% des plus de 70 ans vivant seuls. De plus, 270 000 personnes vivant en maison de retraite sont dénutries². En 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans et 12 millions d'individus auront plus de 75 ans³. La dénutrition touchera alors un nombre en-

1 Russel Christine A., 2007, *The Impact of Malnutrition on Healthcare Costs and Economic Considerations For the Use of Oral Nutritional Supplements*, *Clinical Nutrition Supplements* 2(1):25-32.

2 *Traité de nutrition clinique à tous les âges de la vie, op. cit.*, p. 736.

3 www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320, consulté le 07/07/2016.

core plus important de Français. Prévenir la dénutrition, c'est prévenir le syndrome de fragilité et donc diminuer le nombre ou la durée des hospitalisations. Face à ce défi démographique, nous appelons l'État à garantir que chaque schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie comporte un volet sur la lutte contre la dénutrition.

Une bonne denture et une forte capacité masticatoire jusqu'à la fin de sa vie sont le gage d'une forte réduction du risque nutritionnel. Au moment du passage à la retraite, nous demandons que la consultation d'un chirurgien-dentiste soit prise en charge à 100%. Afin d'avoir une action transversale et de ne rien dissocier depuis le dépistage jusqu'au soin, nous demandons la mise en place d'un arbre décisionnel du juste soin afin de favoriser le remboursement des soins nécessaires pour assurer une bonne santé bucco-dentaire.

Pour une prévention au quotidien, efficace et de proximité, l'État doit donner les moyens à chaque pharmacie d'organiser un dispositif adéquat de dépistage et de prévention à la dénutrition. Ce dispositif devrait comprendre une aide aux pharmaciens d'officine pour s'équiper de pèse-personnes adaptés, la pesée étant suivie d'un entretien avec le pharmacien réalisé dans l'espace de confidentialité. En complément, un document d'autoévaluation de l'état nutritionnel devrait être mis à la disposition des officines et des moyens doivent également être alloués pour le contrôle annuel des balances.

Enfin, nous appelons à la généralisation des programmes d'activité physique adaptée, afin de retarder l'apparition de la dépendance, réduire les chutes et apporter du bien-être aux personnes âgées.

4. Nourrir correctement 100% des patients malades

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Sur les

18 euros dus, c'est souvent moins de 5 euros qui sont affectés à l'achat des produits utilisés pour l'élaboration des repas¹. Cette part anormalement faible consacrée à l'alimentation ne permet pas de nourrir correctement les malades. Un minimum de 6 euros serait nécessaire pour manger convenablement à l'hôpital. Nous demandons à ce que soit consacré *a minima* un tiers du forfait hôtelier des établissements hospitaliers à l'achat de denrées alimentaires utilisées pour l'élaboration des repas.

Nourrir la personne malade, c'est aussi améliorer la qualité des repas à l'hôpital et en institution. Il est nécessaire de privilégier une meilleure ergonomie des repas et d'entretenir le plaisir de manger à tous les âges de la vie en accordant plus de place au goût et en limitant les régimes restrictifs à l'hôpital et dans les Ehpad.

5. Repérer et prendre en charge 100% des patients dénutris de l'hôpital jusqu'à leur domicile

Maigrir, c'est mourir. Malgré ce constat unanime, on ne pèse pas systématiquement la personne malade et on ne permet pas au patient dénutri de rencontrer un nutritionniste ou un diététicien avant qu'il ne soit trop tard. Nous nous devons d'être plus vigilants sur l'état nutritionnel des patients.

Nous demandons que 100% des patients malades soient pesés à l'hôpital en rendant obligatoire l'inscription du poids du patient le jour de l'entrée et le jour de sortie à la fin de tout compte rendu d'hospitalisation pour les hospitalisations complètes prolongées. Par ailleurs, il est nécessaire de systématiser la surveillance de la prise alimentaire et de l'imposer dans les données recueillies par les infirmiers au même titre que la température, la fréquence cardiaque ou la pression artérielle. Pour ne laisser personne de côté, nous demandons que soient rendues obligatoires les chaises-balances et les plateformes de pesée pour

¹ Chiffres de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap).

les patients handicapés ou grabataires qui sont incapables de se lever. Face à la multiplicité des pratiques et des techniques, nous demandons que les outils de dépistage et de diagnostic soient harmonisés au niveau national.

Afin que 100% des patients malades soient suivis de l'hôpital jusqu'à leur domicile, nous appelons à la mise en place d'un parcours de soins adapté après l'hospitalisation, entre le nutritionniste et le médecin généraliste, ainsi que le développement d'un guide pratique pour améliorer le renseignement et la traçabilité de l'évaluation nutritionnelle. Afin de peser le patient à domicile dans les mois suivants l'hospitalisation, nous appelons à la création d'un acte de soin remboursé par la sécurité sociale et la prise en charge de la consultation diététique en ville en cas de dépistage de la dénutrition.

6. Imposer la présence d'un médecin nutritionniste et de 10 diététiciens pour 600 lits d'hôpital

En France, certains établissements de soins s'efforcent de lutter contre la dénutrition et se sont dotés d'un nombre suffisant de médecins nutritionnistes et de diététiciens. Pour autant, la majorité des établissements de soins n'ont pas cette ambition, car rien ne leur est imposé. La lutte contre la dénutrition ne doit pas reposer sur la seule volonté des professionnels de santé. Contrairement à d'autres services, aucun texte officiel n'impose en nutrition un quota minimum de personnel médical et soignant afin d'assurer une prise en charge correcte du patient.

Face à cette insuffisance, nous appelons à la publication d'un décret relatif aux soins contre la dénutrition fixant des quotas de diététiciens et de médecins nutritionnistes. Cette politique de quotas sera ajustée et proportionnée, si besoin, en mutualisant les moyens entre les centres hospitaliers de taille modeste.

7. Permettre aux professionnels de santé de soigner 100% des patients dénutris

Alors que l'hôpital crée de la dénutrition et que l'on sort trop souvent affaibli et amaigri de son séjour, l'alimentation à l'hôpital n'est toujours pas considérée comme un soin.

Il est incompréhensible qu'un comité de liaison en alimentation et nutrition (Clan) soit facultatif et que son animation relève du simple bénévolat. L'obligation pour chaque établissement hospitalier de se doter d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) a fait ses preuves en conseillant les professionnels de santé pour une meilleure qualité et sécurité de l'hygiène hospitalière¹. Depuis 1989, la prise en charge de la douleur et la vigilance quant à l'hygiène de l'environnement hospitalier sont prises en compte. Or, l'obligation pour les établissements de santé de penser leur politique en matière d'alimentation et de nutrition n'apparaît pas dans le Code de santé publique. La présence d'un Clan ou d'une structure équivalente doit désormais être obligatoire, son fonctionnement, supporté par l'administration hospitalière et ses avis, motivés quant à la qualité nutritionnelle, doivent être pris en considération.

De même, si la mise en place de 8 unités transversales de nutrition (UTN) sur le territoire a été saluée unanimement pour leur efficacité dans la prise en charge nutritionnelle des malades dénutris dès le dépistage, il faut aujourd'hui tendre à leur généralisation.

Nous demandons que chaque établissement de santé dispose d'un Clan et d'une UTN dans un délai de 5 ans, afin de prendre en charge les malades dénutris, de prévenir les risques de pathologies secondaires, de décloisonner les services hospitaliers et de conseiller au mieux les professionnels de santé dans leurs pratiques. Une telle mise en place dotera les établissements de soins d'un référent dénutrition, donnera de la visibilité au risque nutritionnel et favorisera sa prévention.

¹ Cette obligation se traduit depuis 2009 par un programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales.



8. Créer un Comité national de vigilance de la dénutrition chez l'enfant permettant un meilleur accompagnement vers la guérison

À l'hôpital, 15%¹ des enfants sont touchés par la dénutrition, dont les nourrissons et les enfants atteints de maladies chroniques. Pour autant, son dépistage est faible, voire inexistant en pédiatrie.

Nous exigeons de peser et mesurer 100% des enfants malades, quel que soit le motif de consultation ou d'hospitalisation. Pour assurer un suivi efficace, nous proposons la création d'un réseau national de vigilance de la dénutrition chez l'enfant en lien avec les sociétés savantes.

9. Former les futurs médecins, le personnel médical et soignant, les professionnels de santé ainsi que les malades, leurs proches et les aidants au risque nutritionnel

Aujourd'hui, la formation initiale des médecins et des pharmaciens se résume à 2 heures de cours sur la dénutrition et 1 heure d'approfondissement sur les compléments nutritionnels oraux et la nutrition entérale et parentérale. Ces 3 heures de formation en moyenne sur 9 ans d'études pour une maladie qui tue, c'est trop peu². Pire, la formation est inexistante en Faculté de chirurgie dentaire. Enfin, nous sommes le dernier pays européen en termes de formation de diététique avec 2 années de BTS contre 3 à 5 ans d'études chez nos voisins européens³.

Nous demandons que la nutrition soit considérée comme une discipline à part entière, en faisant entrer la dénutrition parmi les séminaires obligatoires du second cycle et parmi les enseignements transversaux du troisième cycle en Faculté, et en

1 Chiffres de la Société Française de Pédiatrie

2 Chiffres du Collège des enseignants de nutrition (CEN) des facultés de médecine et de l'Association des enseignants de nutrition en faculté de pharmacie (AENFP).

3 Chiffres de l'Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN).



amplifiant la formation continue dans le domaine de la prévention et de la gestion de la dénutrition, quelles qu'en soient les causes. Nous appelons à harmoniser les études de diététique sur les standards européens et à rendre obligatoire l'enseignement des bonnes pratiques en nutrition artificielle dans les écoles de diététique. Enfin, nous appelons à la mise en place de réelles formations auprès des personnels de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en contact des personnes âgées, afin de limiter les recours au secteur hospitalier.

Pour lutter contre la dénutrition au quotidien, il est essentiel d'informer et former les malades, leurs proches et les aidants au risque nutritionnel par une véritable éducation thérapeutique en nutrition. Seule la peur de se dénourrir peut permettre à chacun d'exiger d'être pesé et repesé, d'avoir accès à une alimentation adaptée et à des conseils nutritionnels.

Renforcer la formation des aidants passe également par la reconnaissance d'un droit fondamental d'être aidé, accompagné et soigné à domicile en créant un cadre législatif, réglementaire, administratif et financier cohérent. Précieux relais d'information, l'intervention des services d'aide à domicile s'inscrit dans une perspective de santé publique et de prévention des risques que nous ne devons pas négliger.

10. Prendre soin de chacun en valorisant le goût et le plaisir

La lutte contre la dénutrition réduit parfois le traitement du repas à une simple ingestion de nutriments, effaçant alors les dimensions sociale, sensible et symbolique de la prise alimentaire, alors même qu'elles sont essentielles. Se nourrir permet de rester en vie, mais rester en vie n'est pas suffisant. Lors d'un séjour hospitalier, le repas participe au soin et constitue en propre un soin. Il est une restauration morale, affective et psychologique. Il s'agit aussi de prendre plaisir à vivre, de retrouver de l'envie de se battre pour vivre. Car un repas, c'est à la fois un moyen de reconstitution de ses forces, et un moment de plaisir et de partage.



Manifeste de lutte contre la dénutrition

Nous demandons que l'alimentation soit mieux valorisée dans le monde du soin. Il s'agit d'abord de sensibiliser et valoriser l'ensemble des personnes contribuant à préparer et servir les repas. Mais il importe aussi que la communauté médicale soit plus attentive à la qualité de la nourriture, non seulement en termes d'apports nutritionnels, mais aussi de vertus gustatives.

Nous demandons que soient prises en compte les préférences alimentaires des aînés vivant en Ehpad et que la notion de plaisir alimentaire soit insérée dans les projets institutionnels comme un soin à part entière. Vieillir en bonne santé physique et mentale suppose en effet que soit maintenue le plus longtemps possible une prise alimentaire qui réponde aux besoins nutritionnels du corps vieillissant sans pour autant oublier les besoins hédoniques des personnes.



Liste des premiers signataires

Éric Fontaine, *Président de la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP)*

Joël Jaouen, *Président de France Alzheimer & maladies apparentées*

Christian Andréo, *Président d'AIDES*

Roselyne Bachelot, *ancienne ministre de la Santé et des Solidarités*

Claudie Kulak, *Présidente de La compagnie des aidants*

Jacques Delarue, *Président de la Fédération Française de Nutrition (FFN)*

Jean-Marc Borello, *Président du Groupe SOS*

Jean-Michel Ricard, *cofondateur et Directeur Général du Groupe associatif Siel Bleu*

Serge Guérin, *sociologue*

David Le Breton, *anthropologue*

Vincent Touzé, *docteur en économie*

Frédéric Pierru, *sociologue et chercheur au CNRS*

Michèle Delaunay, *ancienne ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie et députée de la Gironde (PS)*

Marie-Anne Montchamp, *ancienne secrétaire d'Etat chargée des Personnes handicapées (LR) et Présidente de l'Agence Entreprises & Handicap*

Père Jean-Marie Onfray, *Directeur du pôle Santé Justice de la Conférence des évêques de France (CEF)*

Jean Fontanieu, *Secrétaire général de la Fédération Entraide Protestante (FEP)*

Anouar Kbibech, *Président du Conseil Français du Culte Musulman (CFCM) et membre de la Conférence des Responsables de Culte en France (CRCF)*

Mickael Journo, *Secrétaire Général de l'Association des Rabbins Français*

Olivier Reingen Wang-Genh, *Président de l'Union Bouddhiste de France (UBF) et membre de la Conférence des Responsables de Culte en France (CRCF)*

Roger Barrot, *Président de la Fédération Nationale des Associations de Retraités (FNAR)*

Michel Aguilar, *Vice-Président de l'Union Bouddhiste de France (UBF) et Président de la Commission des droits de l'homme de la Conférence des ONG au Conseil de l'Europe*

Jean-Pierre Aquino, *Président du Comité Avancée en Age*

Christian Babusiaux, *Président du Fond Français pour l'Alimentation et la Santé (FFAS)*

Nathalie Bailly, *Maître de Conférences en Psychologie à l'Université de Tours*

John-Joseph Baranes, *membre associé de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire*

Michel Bégaud, *Président du secteur des Entreprises de la Nutrition Clinique, Syndicat Français de la Nutrition Spécialisée (SFNS)*

Marc Bellaïche, *Président du Groupe Francophone d'Hépatologie-Gastroentérologie et Nutrition Pédiatriques (GFHGNP)*

Frédérique Bettinger, *Directrice de l'Ehpad Les Tilleuls à Terville*

Claude Billeaud, *Président de l'Association Européenne pour l'Enseignement de la Pédiatrie (AEEP)*

Dominique Bohuon, *Président de l'Association des Aidants pour l'Autonomie des Agés (A.A.A.A)*

Le Collège des Enseignants de Nutrition des Facultés de Médecine (CEN)

Francis Contis, *Président de l'Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles (UNA)*

Olivier Coustère, *Directeur de l'Association Fédérative Française des Sportifs Transplantés et Dialysés (Trans-Forme)*

Luc Cynober, *Membre titulaire de l'Académie Nationale de Pharmacie*

Sophie Dartevelle, *Présidente de l'Union Française de Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)*

Jean-Claude Desport, *Président de l'Association pour le Développement de la Recherche en Nutrition (ADREN) et Président du Réseau LINUT*

Christophe Dupont, *Comité de nutrition de la Société Française de Pédiatrie*

La Fondation ARC pour la recherche sur le cancer

Claude Ferrand, *Professeure en Psychologie à l'Université de Tours*

Monique Ferry, Docteur en Nutrition, Expert à la Haute Autorité de Santé (HAS) et à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)

Françoise Forette, Directrice de l'International Longevity Center-France et Présidente du Collectif Alzheimer Grande Cause Nationale

Sophie Fusari, ergothérapeute et formatrice au sein de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE)

Jérôme Guedj, ancien Président du Département de l'Essonne, ancien député et conseiller départemental

François Guillon, Président de l'association ALIM 50+

Regis Hankard, Professeur de pédiatrie à l'Université François-Rabelais de Tours

Oliver Hanon, Président du Géron'd'if, Gérontopole d'Ile-de-France

Clémentine Hugol-Gential, coordinatrice du projet Alimentation et Lutte contre les Inégalités en Milieu de Santé (ALIMS)

Nicole Jacquin-Mourain, Présidente de l'Association Nationale des Gérontologues et Gériatres Libéraux (ANGGEL)

Joseph Krummenacker, Président de la Fédération Nationale des Associations et Amis des Personnes Agées et de leurs Familles (FNAPAEF)

Paule Latino-Martel, coordinatrice du réseau National Alimentation Cancer Recherche (réseau NACRe)

Marie Lavin, Présidente de l'Association des Malades Atteints d'Entéropathies Radiques (AMAER)

Pierre Lombrail, Président de la Société Française de Santé Publique (SFSP)

Jean-Claude Melchior, Professeur des Universités-Médecin des Hôpitaux, Hôpital Raymond Poincaré

Jean-Pierre Michel, membre de l'Académie Nationale de Médecine

Stéphane Michel, Président du Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (SNMKR)

Isabelle Parmentier, Présidente de l'Association Française des Diététiciennes Nutritionnistes (AFDN)

Pierre Parneix, Président de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H)

Laurence Plumey, *Professeur à l'Ecole de Diététique de Paris et Fondatrice d'EPM Nutrition*

Bruno Raynard, *Président de l'Inter-CLAN des Centres de lutte contre le cancer (CLCC)*

Agathe Raynaud Simon, *Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)*

Brigitte Rochereau, *Présidente de la Fédération Nationale des Associations Médicales de Nutrition (Fnamn)*

Monique Romon, *Présidente de la Société Française de Nutrition (SFN)*

Pascal Schmidt, *Président du Conseil National Professionnel de Nutrition (CNP Nutrition)*

Stéphane Schneider, *Président de l'Educational and Clinical Practice Committee of European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)*

Claire Sulmont-Rossé, *Directrice de recherche INRA*

Marie-France Vaillant, *diététicienne et sociologue*

André Van Gossum, *Président de la Société Européenne de Nutrition Clinique*

Virginie Van Wymelbeke, *Ingénieur de Recherche CHU et Chercheur-attachée INRA*

Philippe Vallet, *Président de l'Association Française d'Etude de Recherche sur l'Obésité (AFERO)*

Marie-Paule Vasson, *Présidente de l'Association des Enseignants de Nutrition des Facultés de Pharmacie (AENFP)*

Olivier Zielger, *Coordinateur du Centre Spécialisé de l'Obésité de Nancy*

Jean-François Zazzo, *Coordinateur du CLAN central de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris*

Appel à une mobilisation citoyenne

Quand on est malade, notre corps a besoin d'énergie, faute de quoi la maladie peut être fatale. Aujourd'hui en France, ce sont *a minima* 2 millions d'enfants, d'adolescents, d'adultes atteints de maladies chroniques ou aiguës et de personnes âgées qui souffrent de dénutrition. Lourde de conséquences, la dénutrition favorise le développement d'infections et de complications postopératoires, retarde la guérison, augmente la durée des hospitalisations, est responsable de chutes chez la personne âgée et peut conduire à la mort.

Pourtant, nous disposons de tous les savoirs et de toutes les solutions pour vaincre la dénutrition, mais faute de moyens et de prise de conscience, nous ne le faisons pas. Alors même que le nombre de personnes dénutries ne baisse pas depuis 30 ans, une importante augmentation de leur nombre est à craindre, notamment avec l'évolution démographique des personnes de plus de 60 ans et l'augmentation des pathologies chroniques.

Parce que cette situation est inacceptable et qu'il est urgent d'agir, nous, associations de patients, aidants, proches et usagers des établissements de santé, médecins, diététiciens, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens et biologistes, anthropologues, sociologues, philosophes, économistes, gestionnaires et usagers de maisons de retraite, acteurs de l'économie sociale et solidaire et de la nutrition clinique, personnalités religieuses et politiques, signons aujourd'hui le *Manifeste de lutte contre la dénutrition* pour que, demain, la France s'engage à mettre fin à ce fléau.

Signez sur www.luttecontreladenutrition.fr

Les 10 propositions du *Manifeste de lutte contre la dénutrition*

1. Faire de la dénutrition la Grande Cause nationale du prochain quinquennat
2. Lancer un Plan de lutte contre la dénutrition 2018-2021 pour enrayer la progression de la maladie et faire face à ses conséquences médicales, sociales et économiques
3. Se fixer pour objectif : « Zéro personne âgée tuée par la dénutrition »
4. Nourrir correctement 100% des patients malades
5. Repérer et prendre en charge 100% des patients dénutris de l'hôpital jusqu'à leur domicile
6. Imposer la présence d'un médecin nutritionniste et de 10 diététiciens pour 600 lits d'hôpital
7. Permettre aux professionnels de santé de soigner 100% des patients dénutris
8. Créer un Comité national de vigilance de la dénutrition chez l'enfant permettant un meilleur accompagnement vers la guérison
9. Former les futurs médecins, le personnel médical et soignant, les professionnels de santé ainsi que les malades, leurs proches et les aidants au risque nutritionnel
10. Prendre soin de chacun en valorisant le goût et le plaisir

La Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP), société savante réunissant les nutritionnistes et professionnels de santé français, poursuit un double objectif : le développement de la recherche clinique et fondamentale en nutrition artificielle et la diffusion, la promotion et l'enseignement des procédés de nutrition assistée. La SFNEP est un acteur institutionnellement reconnu : elle a notamment corédigé le dernier Programme national nutrition santé (PNNS) relatif aux enjeux sur la dénutrition avec le ministère de la Santé et des Sports.

À l'initiative du professeur Éric Fontaine, président de la SFNEP, cet ouvrage rassemble différents points de vue sur la dénutrition. À travers ces analyses, le Collectif de lutte contre la dénutrition a travaillé pendant plusieurs mois à la constitution de dix propositions pour vaincre la dénutrition.

Ces propositions seront soumises aux candidats à l'élection présidentielle de 2017.



Table des matières

Appel à une mobilisation citoyenne	5
Mot de la marraine, Marie de Villepin.....	7
Mot de soutien de François Cluzet	7
Préface	9
<i>Éric FONTAINE, fondateur du Collectif de lutte contre la dénutrition</i>	
La dénutrition, un mal silencieux	19
<i>David LE BRETON, anthropologue</i>	
Un enfant dénutri est un enfant qui ne grandit plus	22
<i>Régis HANKARD, professeur de pédiatrie</i>	
La dénutrition infantile a des conséquences tout au long de la vie	25
<i>Emmanuel MAS, gastroentérologue</i>	
La dénutrition du fœtus est la résultante de facteurs génétiques et épigénétiques	27
<i>Claude BILLEAUD, pédiatre</i>	
Redonner le goût de vivre aux enfants hospitalisés	29
<i>Lore ALCARAZ & Marina ERESUÉ, aides-soignantes</i>	
La mucoviscidose, maladie des enfants dénutris	31
<i>Virginie COLOMB-JUNG, directrice médicale de Vaincre la Mucoviscidose</i>	
La diététique, grande oubliée de l'hôpital	34
<i>Isabelle PARMENTIER, cadre supérieur de santé</i>	
Nous devons davantage former les médecins	36
<i>Stéphane SCHNEIDER, professeur en faculté de médecine</i>	
La dénutrition tue, mais les patients ne sont pas conscients de sa gravité	37
<i>Marie-France VAILLANT, diététicienne</i>	



La transversalité hospitalière, une révolution dans la lutte contre la dénutrition	38
<i>Agathe RAYNAUD-SIMON, gériatre</i>	
Linut, un réseau ville-hôpital qui fonctionne	41
<i>Jean-Claude DESPORT, médecin nutritionniste</i>	
Se nourrir, c'est être un citoyen à part entière.....	43
<i>Alain BONNINEAU, vice-président d'AIDES</i>	
Cancer et dénutrition un quotidien à ne pas banaliser.....	46
<i>Bruno RAYNARD, président de l'Inter CLAN des Centres de Lutte contre le Cancer</i>	
Il existe aussi des obèses dénutris	49
<i>Laurence PLUMEY, médecin nutritionniste</i>	
La personne âgée ne maigrit pas en vieillissant.....	51
<i>Monique FERRY, expert à la Haute Autorité de Santé</i>	
La malnutrition conduit à la dénutrition	54
<i>Jean-Pierre MICHEL, membre de l'Académie nationale de médecine</i>	
Le syndrome de fragilité.....	55
<i>Françoise FORETTE, professeur émérite des universités</i>	
Prévenir la dénutrition en travaillant la mobilité.....	57
<i>Stéphane MICHEL, masseur-kinésithérapeute</i>	
L'alimentation rythme nos repères.....	59
<i>Sophie FUSARI, ergothérapeute en gériatrie</i>	
Lutter contre la dénutrition par l'activité physique adaptée.....	60
<i>Catherine SARTORETTI-HIEGEL, responsable nationale de l'association Siel Bleu</i>	
La santé de la bouche conditionne la prise des aliments.....	61
<i>Jacques WEMAERE, docteur en chirurgie dentaire</i>	
La formation et la transprofessionnalité sont les outils de demain.....	63
<i>John Joseph BARANES, chirurgien-dentiste</i>	
La dénutrition, un premier pas vers la dépendance.....	65
<i>Joseph KRUMMENACKER, président de la Fnapaef</i>	





La dépression conduit à la dénutrition.....	67
<i>Nathalie BAILLY, enseignante-chercheuse, maître de conférences en psychologie sociale et psychologie du vieillissement</i>	
Des projets de recherche pour réenchanter l'acte alimentaire.....	69
<i>Claire SULMONT-ROSSÉ, directrice de recherche de l'Inra, Virginie VAN WYMELEBEKE, docteur en nutrition de la personne âgée</i>	
Silver Fourchette, un concours de gastronomie pour le grand âge.....	71
<i>Maryse DUVAL, directrice générale du département Seniors du Groupe SOS</i>	
Ce sont les petits détails qui trahissent une dénutrition	72
<i>Frédérique BETTINGER, directrice de l'Ehpad Les Tilleuls à Terville</i>	
Le pharmacien d'officine, un relais essentiel dans la lutte contre la dénutrition.....	73
<i>Marie-Paule VASSON, professeur à la Faculté de pharmacie</i>	
Un malade d'Alzheimer sur trois est atteint de dénutrition.....	74
<i>Joël JAOUEN, président de France Alzheimer</i>	
Les aidants ont besoin d'être aidés et formés	78
<i>Claudie KULAK, fondatrice et présidente de La Compagnie des aidants</i>	
L'autre est celui qui nous définit et donne un sens à notre existence	80
<i>Serge GUÉRIN, sociologue</i>	
Quel hôpital voulons-nous ?	82
<i>Frédéric PIERRU, sociologue et politiste, chercheur au CNRS</i>	
L'alimentation est un enjeu de soin	84
<i>François RULLIER, Collectif Interassociatif Sur la Santé</i>	
On ne sait plus prendre soin	87
<i>Père Jean-Marie ONFRAY, Conférence des évêques de France</i>	
Redonner goût au collectif pour s'ouvrir à la vie.....	89
<i>Jean FONTANIEU, secrétaire général de la Fédération de l'entraide protestante</i>	
Nous devons retrouver le sens de l'humain et de l'entraide.....	91
<i>Anouar KBIBECH, président du Conseil français du culte musulman</i>	





Se nourrir est un acte religieux..... 93
Mikaël JOURNO, secrétaire général de l'Association des rabbins français

Le bien-être nutritionnel permet d'apaiser l'esprit95
Michel AGUILAR, vice-président de l'Union bouddhiste de France

La dénutrition coûte très cher à la société.....97
Vincent TOUZÉ, docteur en économie, chercheur à l'OFCE

L'équilibre nutritionnel est la condition d'un vieillissement
harmonieux.....99
Jean-Pierre AQUINO, gériatre et médecin de santé publique

Donnons plus de libertés aux personnes âgées101
Michèle DELAUNAY, députée de Bordeaux, médecin cancérologue

Lutter contre la dénutrition, c'est nourrir le droit au bonheur 104
Jérôme GUEDJ, conseiller départemental

La question du bien vieillir est l'enjeu du prochain
quinquennat..... 107
*Marie-Anne MONTCHAMP, secrétaire nationale à la protection sociale chez Les
Républicains*

Les 10 propositions111

Liste des premiers signataires..... 121

Appel à une mobilisation citoyenne 125



Composition : Le Bord de L'eau éditions

Cet ouvrage a été achevé d'imprimer en septembre 2016
pour le compte des éditions Le Bord de L'eau
par Pulsio

Dépôt légal : octobre 2016

Imprimé en Europe

