

Les 10 propositions du Manifeste de lutte contre la dénutrition

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, le coût des soins en milieu hospitalier augmente de 45% à 102% chez les patients dénutris. Une étude estime que la dénutrition coûte 10% du budget total de la santé. 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 dénutries. En 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans et 12 millions d'individus auront plus de 75 ans. La dénutrition touchera alors un nombre encore 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 repas. 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 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 hospitalière. 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.

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

À l'hôpital, 15% 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 peu. 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 européens.

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 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.

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.