Décembre 2017

SFNEP À LA UNE

SFNEP
Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme
Nourrir l'Homme malade

Nourrir l'Homme malade

ÉDITO

Véronique Hennequin
Présidente du Comité de CLANs de la SFNEP, Présidente du RESCLAN Champagne-Ardennes

Diététiciens, à l'heure des choix !

Diététicien, une profession qui court le risque de dé-classification comme

le montrent les projets des centres de lutte contre le cancer où les diététiciens vont quitter le groupe des rééducateurs pour rejoindre celui des techniciens de laboratoire. L'heure est venue de réclamer des arbitrages.

Dans les établissements de santé où la dénutrition touche 30 à 60 % des patients, le soin nutritionnel ne s'impose pas encore comme une démarche incontournable. Le premier arbitrage à réclamer est celui de la **priorisation des prises en charge diététiques** puisque les diététiciens ne peuvent répondre, faute de moyens humains suffisants, à toutes les sollicitations. Chaque établissement de santé, s'appuyant sur le CLAN, doit décliner et donc arbitrer l'usage du temps diététique. La priorité doit être donnée à un exercice clinique de la profession. **À noter, que là où elles existent, les Unités Transversales de Nutrition sont idéalement positionnées pour assurer cet arbitrage et devenir de fait des Unités Transversales de Nutrition et de Diététique**. Il s'agit là du deuxième arbitrage à réclamer, soit celui du **positionnement institutionnel des diététiciens**. Leur appartenance à une unité dédiée, placée sous la responsabilité d'un médecin est une chance, l'opportunité de gagner en légitimité, en compétence et en appui. L'heure est à la recherche d'alliés, non à la préservation d'une supposée autonomie. Enfin et dans un contexte de diminution des durées de séjour hospitalier, un nouvel arbitrage est nécessaire pour organiser et coordonner le soin diététique entre activités de ville et activités hospitalières.

Dans les établissements de santé, le diététicien est le seul professionnel ayant la compétence pour mettre en œuvre et coordonner le soin nutritionnel à toutes les phases de la maladie. À chacun(e) d'acquérir les compétences nécessaires, de montrer la valeur ajoutée de son travail et de défendre son positionnement. **À l'heure des arbitrages, nous avons tous à y gagner pour mettre au service des patients ce que nous savons depuis tant d'années : la nutrition est un socle fondateur de notre santé !** ■

LE MOT DE LA FIN

Soigner est plus fort que guérir

Par **Pr Eric Fontaine**, Président de la SFNEP de 2014 à 2017

En ce début d'automne, il se disait dans les milieux « informés » qu'il n'y aurait pas de PNNS 4. La simple prolongation d'un an du PNNS 3 pouvait le laisser penser. Puis, la non divulgation du rapport IGAS sur le PNNS laissait supposer des conclusions embarrassantes. Enfin, la lecture de ce fameux rapport (une fois publié) indiquait clairement que le bilan du PPNS était plus que mitigé. L'IGAS recommandait un recadrage des ambitions du PNNS sur le « **bien manger** », laissant ainsi la promotion de l'activité physique à d'autres plans et **abandonnant totalement toute idée de dépistage et de prise en charge des maladies nutritionnelles (obésité et dénutrition)**. Si dans certains pays, les systèmes de pouvoirs et de contre pouvoirs sont clairement séparés, il semble bien qu'en France, ces systèmes coexistent au sein de notre haute administration. J'en veux pour preuve le récent rapport du HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique) qui, missionné par le Directeur Général de la Santé pour élaborer le PNNS 4, vient de publier son rapport intitulé « pour une Politique nationale nutrition santé en France PNNS 2017-2021 ». Vous aurez perçu la subtilité, **le PNNS** est mort mais il est remplacé par **la PNNS** !

Si le HCSP fait lui aussi un bilan contrasté des PNNS précédents, il en tire des conclusions radicalement différentes et émets des recommandations qui ne seront pas du goût de tous. Constatant que les incitations au « bien manger » ont été **principalement suivies dans les populations les plus aisées**, ce qui a eu pour conséquences d'augmenter les inégalités sociales de santé, il propose des mesures plus coercitives (généralisation de l'utilisation du code indiquant le profil nutritionnel des aliments, taxation des produits codées D et E, redistribution de ces taxes au profit de l'achat des fruits et légumes, quasi interdiction de la publicité, etc.).

En ce sens, il n'est pas en opposition avec le rapport IGAS. **Par contre, la PNNS n'oublie ni la promotion de l'activité physique, ni le dépistage et la prise en charge des maladies nutritionnelles**. Sur un rapport de 168 pages, ce dernier point n'occupe qu'une dizaine de pages, mais quelles pages ! On ne saurait chanter tout un opéra par cœur, mais l'on sait tous chanter un air fameux. Et croyez-moi, à mes oreilles, ces pages sonnent comme un tube mozartien.

Jugez-en plutôt :

le HCSP recommande la création d'un forfait nutrition destiné à financer un parcours de soin pour les pathologies nutritionnelles, un maillage territorial avec des centres référents, un dépistage systématique de la dénutrition, la généralisation sur l'ensemble du territoire de centres spécialisés dans la prise en charge des TCA, l'organisation des compétences en trois niveaux (médecine générale, spécialistes ayant fait la FST de nutrition appliquée et DES EDN), le financement des CLANs, la généralisation des UTNs dans les centres référents, l'universitarisation des études de diététique et une plus grande formation à la nutrition des professions paramédicales et plus généralement de l'ensemble des métiers de la filière nutrition.

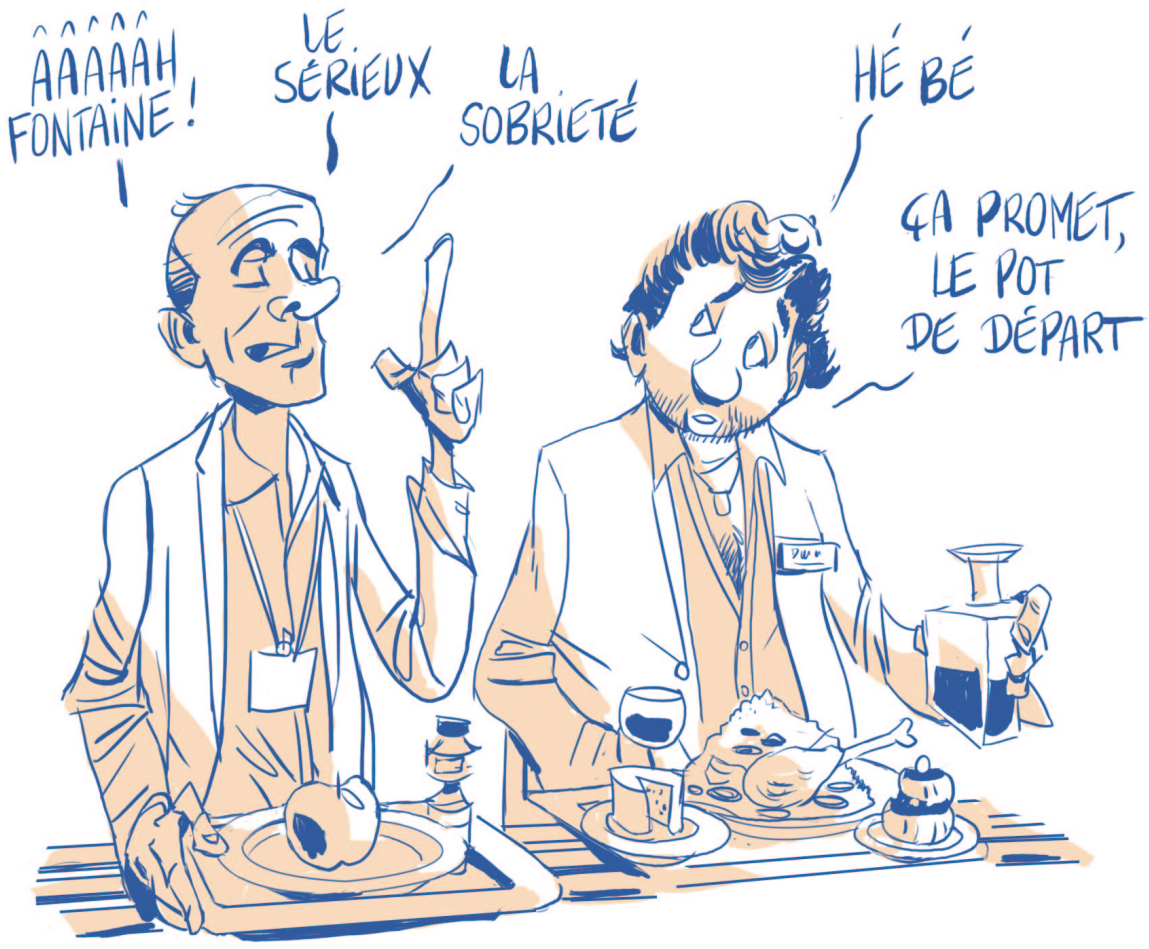
En quelques sortes nos propositions ! Le travail des sociétés savantes, au premier rang desquelles la SFNEP, mais aussi celui du Collectif de lutte contre la dénutrition n'aura pas été vain. Nous avons été entendus.

Mais s'il semble bien que nous avons gagné la bataille des idées, la guerre n'est pas finie. Ne soyons pas naïfs. Il va falloir maintenant financer toutes ces mesures. En la matière, il faut bien reconnaître que si le HCSP propose dans le détail une nouvelle gouvernance de la PNNS, il n'aborde jamais la question de son financement. Cela n'était d'ailleurs pas de sa compétence. C'est une cause de frustration assez fréquente en France : le penseur n'est pas le payeur. Il va donc falloir maintenant faire pression sur le payeur ; et la bataille promet d'être longue.

Parmi toutes les stratégies dilatoires qui seront mises en œuvre, la plus probable sera de nous demander de faire des études médico-économiques. Dit autrement, il nous sera demandé de démontrer que **nos soins sont « rentables »**.

Ne tombez pas dans ce piège. Lorsque j'étais jeune, j'avais l'ambition de guérir les malades. Je pense que cette ambition est très généralement présente chez les jeunes médecins. Mais n'ayant pas choisi la chirurgie ni les maladies infectieuses (deux formes d'exercice de la médecine qui peuvent parfois se targuer de guérir les malades), **je me suis contenté de soigner des patients. Et cela m'a rendu très heureux.**

Mais dès lors que la maladie n'est pas éradiquée, comment déterminer que son traitement est rentable ? Et au nom de quoi, la nutrition devrait démontrer qu'elle est rentable lorsque personne ne discute le prix des chimiothérapies palliatives ou de bien d'autres soins dont je voudrais bien que l'on me démontre qu'ils sont rentables, voire même utiles. **Nous n'avons pas à nous excuser d'avoir mis au point des traitements efficaces (même s'ils ne sont pas tous des médicaments). Soyons fiers de notre spécialité**. Elle le mérite, et les malades nous en seront reconnaissants. Après avoir soigné beaucoup de patients sans en avoir jamais guéri aucun, je peux vous dire que, plagiant Daniel Balavoine, **je suis convaincu que soigner est plus fort que guérir** ■



Dénutrition et polyhandicap : quelles problématiques ? Quelles solutions ?

Interview croisée de :
- **Pr Jean-Claude Desport**, Nutritionniste au CHU de Limoges
- **Mme Catherine Kajpr**, vice-présidente de l'Association La Vie par un Fil, maman de Laetitia, polyhandicapée

Le polyhandicap est défini par un handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.[1] Des restrictions qui ont inévitablement un impact sur la nutrition.

La dénutrition est-elle fréquente chez les personnes polyhandicapées ?

J.-C. Desport : La prévalence de la dénutrition chez ces personnes est très difficile à évaluer. D'abord parce que les méthodes d'évaluation ne sont pas toujours applicables. Ensuite, parce que l'on ne connaît pas exactement le nombre de personnes polyhandicapées, certaines sont en institutions mais beaucoup sont à domicile.

C. Kajpr : Les MDPH* ne sont pas favorables à diffuser leurs chiffres mais on estime qu'environ 25 000 personnes en France sont concernées par le polyhandicap. 15 000 enfants et 10 000 adultes. Ce n'est qu'une estimation.

Qu'est-ce-qui favorise la dénutrition dans cette situation ?

J.-C. Desport : C'est souvent multifactoriel, les patients peuvent souffrir de troubles digestifs, comme un reflux gastro-oesophagien, une constipation ou encore une subocclusion, mais c'est souvent un défaut d'apport alimentaire qui entraîne l'état de dénutrition. Parfois, la dénutrition est très sévère, certains patients arrivent à l'hôpital dans un état déplorable.

C. Kajpr : En effet, la prise des repas peut être catastrophique. Certains patients ont des problèmes dentaires (caries douloureuses, ou mauvaise implantation). Or, chez ces personnes, les soins dentaires sont très difficiles à effectuer. Parfois, la mandibule n'est pas en face de la mâchoire supérieure, et ne permet pas une bonne mastication. Les patients ont souvent une grosse langue et un mauvais réflexe de déglutition. Ils font des infections respiratoires à répétition à cause des fausses routes. Ils ont des problèmes de préhension, de salivation, des troubles du comportement alimentaire. Et puis, il ne faut pas oublier la douleur physique qui coupe l'appétit. Tout comme la douleur psychologique. Le moment des repas est souvent un moment que tout le monde redoute et vit très mal.

J.-C. Desport : Nous rencontrons également des cas de maltraitance. Des situations dramatiques de parents âgés qui s'occupent de leur enfant polyhandicapé de 50 ans et qui n'en peuvent plus. Il y a parfois un désir conscient ou inconscient d'accélérer la fin. Nous sommes face à des situations de détresse absolue.

Y-a-t-il parfois une volonté de ne pas faire « trop » grossir les patients ?

J.-C. Desport : Oui, cela peut arriver. Certains parents préfèrent que leur enfant polyhandicapé ne prenne pas trop de poids pour pouvoir continuer à le mobiliser et le garder chez eux. Cette volonté des parents n'est pas raisonnable car l'état de dénutrition, entre autres conséquences, augmente le risque de survenue d'escarre chez un enfant alité. Il est du devoir des médecins et des soignants de les informer et de les mettre en garde sur tous les problèmes liés à la dénutrition. De plus, cette maigreur favorise les complications après chirurgie. Les mentalités commencent à évoluer mais il y a seulement quelques années, on considérait encore que la maigreur faisait partie du handicap.

C. Kajpr : À propos de chirurgie, certains enfants doivent subir une arthrodèse, une opération qui permet de redresser et de bloquer la colonne vertébrale afin de faciliter la respiration. Il s'agit d'une chirurgie lourde. Pour pouvoir la supporter, les enfants doivent avoir un statut nutritionnel correct.

Comment peut-on dépister la dénutrition chez un patient polyhandicapé ?

J.-C. Desport : C'est un vrai problème. Beaucoup d'enfants ne peuvent pas se mettre debout et donc, sont très difficilement mesurables. Il existe des méthodes qui permettent une estimation de la taille : la mesure de l'envergure ou la mesure de la somme des segments (jambe + cuisse + bassin + abdomen et thorax + cou + tête). Et pour le poids, tous les établissements et services ne sont pas équipés de chaise-balance ou de lit de pesée. Donc la mesure de l'IMC est souvent difficile.

Quels sont les autres freins au dépistage de la dénutrition ?

C. Kajpr : En plus de ces difficultés techniques, il y a un manque d'informations à tous les étages, depuis la direction des établissements jusqu'aux familles, en passant par les médecins et les soignants. Beaucoup de savent pas comment faire pour donner à ces personnes un traitement nutritionnel adapté.

J.-C. Desport : Dans certains cas, la direction d'un établissement ne se sent pas concernée par la problématique nutritionnelle, dans d'autres c'est le médecin qui est peu motivé, ou les équipes qui sont épuisées ou ne communiquent plus entre elles, dans d'autres cas, le blocage vient de la cuisine qui a du mal à adapter les textures ou les menus. Souvent, il s'agit davantage d'un problème de communication que de refus de prise en charge. Il faut trouver d'où vient le blocage et essayer d'instaurer un dialogue.

Lorsque la dénutrition est dépistée, quelles prises en charge doivent être proposées ?

J.-C. Desport : Cela dépend du degré de dénutrition et surtout de la personne, de ses conditions de vie, de son entourage. Il ne faut pas vouloir appliquer un protocole unique. On sait que la renutrition, par exemple, améliore l'état respiratoire, est nécessaire pour obtenir la cicatrisation des escarres, et diminue les hospitalisations. Souvent la nutrition entérale représente la solution qui permet à la personne de reprendre du poids et qui la libère, ainsi que son entourage, du combat laborieux que représente le repas.

C. Kajpr : Quand la personne est nourrie par voie entérale et qu'elle peut continuer, si elle le souhaite, à manger un peu durant les repas, alors l'alimentation peut redevenir un plaisir et un moment de partage avec la famille. Mais la difficulté de la nutrition entérale est d'une part qu'il est compliqué de prendre l'avis de la personne concernée, et d'autre part, que les parents voient cette technique comme « un trou » supplémentaire que l'on fait dans le corps de leur enfant déjà très éprouvé. Cette vision peut être combattue grâce à une discussion avec les équipes… si tant est qu'elles soient formées.

Existe-t-il des formations spécifiques sur la nutrition dans le cadre du polyhandicap ?

J.-C. Desport : Très peu. Pourtant la demande est majeure sur le terrain. Une proposition a été déposée auprès de l'ARS Nouvelle Aquitaine, mais l'évolution est lente, et a un coût non négligeable. Les personnes polyhandicapées se retrouvent donc face à au moins trois types de problèmes : ceux liés à la maladie, ceux liés à la formation insuffisante des personnels et encadrants, et ceux liés à une mauvaise communication au sein des équipes.

C. Kajpr : C'est vrai que nourrir une personne polyhandicapée demande beaucoup d'attention et de temps. Mais je pense qu'en institution, beaucoup de soins infirmiers pourraient être délégués. La situation souvent médiocre des personnes polyhandicapées, du point de vue nutritionnel, est d'autant plus regrettable, qu'une prise en charge adaptée peut apporter 10 à 15 ans de vie supplémentaire à la personne ■

*MDPH : Maison Départementales des Personnes Handicapées

Pour aller plus loin :

1. Nutrition et polyhandicap, Question de Nutrition Clinique de l'enfant, édition 2017.
2. Nutrition et maladies neuromusculaires, Traité de Nutrition Clinique de l'Adulte, édition 2016.
3. Nutrition artificielle à domicile - Polyhandicap et Troubles associés - Entretiens à cœur ouvert - Partie 1, La Vie par un Fil, décembre 2017

TRIBUNE

J'ai un chien extraordinaire. Mahé, c'est son nom, est une chienne de chasse sans chasseur (je ne chasse pas). Elle a l'envie constante de courir. Dans les champs et dans les prés, elle court. Dans les bois, devant moi, à vélo, ou sur la neige lisse des pistes de fond, elle court. Dans ses yeux, couleur d'audace, ses pensées vagabondent entre les frênes et les arbousiers, les êtres et les merisiers. Elle n'a que la frustration de ne savoir voler. Elle adore surprendre les oisillons dans les fourrés, alors qu'ils s'ébrouent sous la bruine de l'est… et n'a de cesse de les poursuivre dans leur échappée.

Mais elle a d'autres instincts. D'aucuns les jugeront peu ragoutants : ce sont ceux qui ne connaissent rien de la complexité des organismes symbiotiques qui nous colonisent. D'autres, les plus avertis, verront dans ce comportement inattendu, une vision prophétique de futures thérapeutiques, traitement d'avenir de pathologies les plus diverses, de l'inflammation à la dépression, du diabète au tophus, de l'artériopathie à la colite, elle a trouvé l'élixir de jouvence qui prévient tous les maux, qui fera maigrir l'obèse et grossir le dénutri !

Face à son comportement énigmatique, les plus conciliants d'entre vous (vous êtes des millions), qui grâce au fameux bestseller du professeur Francisca Joly ont pu se plonger dans l'univers bariolé du microbiote. Vous l'aurez compris : à la vision du moindre crottin, de quelques bouses fermentées, si possible de fraîcheur relative, certifiés d'origine équine de préférence… ma douce, ma câline Mahé plonge, sans contingence, dans ce met, pour se transplanter en direct devant vos yeux, un microbiote des plus riches, des plus savoureux à s'en lécher les babines.

Au diable donc ces démons et démones voulant emprisonner ce met précieux dans des gélules hermétiques ! Au diable, ces mécréants torturant leur congénères en usant de la sonde pour infiltrer ce nectar thérapeutique, les privant d'une expérience inédite. **Mahé a ouvert la voie, alors ouvrons une nouvelle ère thérapeutique, la transplantation microbiotique brute et naturelle, sans artifice, sans garniture ni fioriture est en Marche !** ■

Par Pr Didier Quilliot, CHU Nancy

VEILLE SCIENTIFIQUE

Le poumon aussi a son microbiote

Par **Dr Muriel Thomas**, INRA, Jouy-en-Josas

Depuis 2010, un microbiote pulmonaire a été décrit, chez des individus sains ou atteints de pathologies respiratoires (asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive, cancer...).

Nous assistons à un changement de paradigme : les micro-organismes dans le poumon ne sont pas systématiquement associés à des infections mais ils contribuent à l'homéostasie et la physiologie respiratoire. D'un point de vue taxonomique, les embranchements plus répandus qui ont été identifiés dans les voies respiratoires sont *Bacteroidetes*, *Firmicutes*, *Proteobacteria* et *Actinobacteria*. Les genres les plus fréquents sont les *Pseudomonas*, *Streptococcus*, *Prevotella*, *Fusobacteria*, *Veillonella*, *Haemophilus* ainsi que *Neisseria*.[1, 2] La densité du microbiote pulmonaire est de 10^3-10^5 UFC/g et le maintien de cette faible communauté semble être garant d'une bonne santé respiratoire. Pour rappel, la densité du microbiote intestinal atteint jusqu'à 10^{11} UFC/g. La communauté du poumon équivaut donc au niveau de population bactérienne observée dans le duodénum. Outre cette faible densité, le microbiote pulmonaire est également caractérisé par des flux incessants de bactéries qui transitent depuis la bouche par des micro-aspirations et qui sont éliminées par des flux sortant, provoqués par la toux, l'immunité de l'hôte et les mouvements des cils des cellules épithéliales. Dans le cas de pathologies, certaines bactéries semblent présenter un avantage sélectif dans l'environnement pulmonaire malade et deviennent dominantes. Le microbiote pulmonaire, furtif et de faible densité, joue un rôle essentiel dans l'acquisition de la tolérance de l'hôte vis-à-vis de certains allergènes et dans la maturation de l'immunité pulmonaire. À l'instar de ce qui est décrit dans l'intestin, la dysbiose pulmonaire correspond à une modification de la composition du microbiote pulmonaire et à une rupture de l'homéostasie avec l'immunité de l'hôte. Le microbiote du poumon est un acteur de l'immunité pulmonaire et de la santé respiratoire, et pourrait également agir à distance, notamment sur l'intestin. Les relations réciproques qui existent entre les micro-organismes de nos microbiotes intestinal et pulmonaire vont imposer d'étudier la place de l'axe intestin-poumon dans la physiologie et les pathologies respiratoires et digestives ■

1. Hilty *et al.*, 2010.
2. Erb-Downward *et al.*, 2011.

MOBILISATION

Interpellez votre élu(e) !

LUTTE CONTRE LA DÉNUTRITION
LE COLLECTIF DE LUTTE CONTRE LA CONTRE DÉNUTRITION

La faim tue. L'absence de faim aussi.

La SFNEP s'est engagée dans le Collectif de Lutte contre la Dénutrition, aux côtés d'autres institutions, avec l'objectif de faire de la dénutrition une Grande Cause Nationale de ce quinquenat.

Si vous aussi, êtes convaincus que la dénutrition est un enjeu important, **prenez 1 minute pour interpeller votre élu(e)**. C'est très simple, il vous suffit de vous rendre sur :

https://alerte.luttecontreladenutrition.fr

et de remplir le formulaire. Nous faisons le reste ! Merci pour votre soutien dans cette lutte.

PRATIQUE CLINIQUE

Le transfert de compétences : un bénéfice pour tous

D'après un entretien avec le **Dr Pierre Senesse,** Institut du Cancer de Montpellier

Le Protocole de Coopération : « Elargissement des missions du diététicien en matière de dénutrition, nutrition entérale et parentérale en lieu et place d'un médecin » est effectif depuis 2017 à l'Institut de Cancer de Montpellier.

« Le transfert de compétences ne déleste pas le médecin mais lui permet d'étendre ses compétences à toute une équipe et de pérenniser une démarche de prise en charge pour l'ensemble des patients », affirme Pierre Senesse, à l'origine du protocole validé en 2017 par l'ARS et la HAS. Celui-ci a pour objectifs de : mieux dépister et prendre en charge la dénutrition, réduire les complications, améliorer la qualité des soins, réduire les coûts en structure et sur le territoire de santé, et mettre en place si nécessaire et améliorer l'éducation thérapeutique des patients et des soignants.

> *Le transfert de compétences : il ne déleste pas le médecin mais étend ses compétences.*

Un protocole strict

Très exigeant, le protocole est plus facile à mettre en place si le centre hospitalier (ou l'EPADH) est déjà très investi dans les problématiques nutritionnelles. En effet, un certain nombre de conditions doivent être réunies pour le médecin délégant (DESC de nutrition, consultation dédiée, participation aux congrès, 2 jours de formation spécifique sur le protocole de coopération …), comme pour le diététicien délégué (activité clinique de 3 ans, formation complémentaire spécifique, participation aux congrès…). Une fois formé (120h de théorie + 70h de pratique avec une équipe extérieure référente + 140h de formation en interne par compagnonnage), **le délégué, qui engage sa responsabilité**, peut pratiquer certains actes dérogatoires dont l'évaluation clinique et biologique de l'état nutritionnel et son suivi, la prescription de l'alimentation thérapeutique adaptée, de la voie d'abord entérale ou parentérale ainsi que les mélanges et le matériel avec indication des débits, temps de passage, en hospitalisation et pour le domicile, ou encore la prescription de sortie. **Ces prescriptions peuvent être faites pour tous les patients, excepté les cas complexes qui nécessitent l'avis ou l'intervention du délégant.**

Une amélioration significative de la prise en charge

« Les délégués doivent donc connaître parfaitement le protocole, les recommandations de bonnes pratiques et les cas complexes », explique Pierre Senesse. Si le soignant semble perdre en liberté, c'est au profit de la sécurité du patient mais aussi des soignants. En pratique, délégués et délégants s'enrichissent mutuellement avec des résultats attendus en accord avec les recommandations : augmentation du **dépistage de la cachexie**, augmentation significative du **rapport Nutrition Entérale/ Nutrition Parentérale** (0,3 en 2009 ; >2 en 2013) augmentation des conseils diététiques, diminution des **coûts totaux de la Nutrition Artificielle** (343 882 € en 2009 ; 250 713 € en 2011).[1] « Ce protocole permet non seulement d'améliorer la prise en charge des patients, mais aussi de garder une équipe formée et motivée, conclut le Dr Senesse. L'amener à prescrire et à échanger en équipe, est, selon moi, la meilleure façon de sécuriser et valoriser le savoir-faire du diététicien. » ■

Pour télécharger le protocole :
https://coopps.ars.sante.fr

1. Senesse P, *et al.* Journal of Pain and Symptom Management. 10.1016/j.jpainsymman.2017.01.010

ET TOUJOURS...

Pour vous aider au quotidien dans la prise en charge nutritionnelle de vos patients

► Le Traité de Nutrition Clinique
L'ouvrage incontournable de la SFNEP, en version papier et numérique. L'édition 2016 réunit 95 chapitres écrits et révisés par plus de 170 experts en nutrition, métabolisme et physiologie.

► Le guide sur la prévention et le diagnostic des fausses routes

► Les Questions de Nutrition Clinique (QNC)

► Le Guide de Bonnes Pratiques de nutrition artificielle à domicile

► L'outil sur la prise en charge nutritionnelle périopératoire

► L'outil sur la nutrition entérale et l'insuline

► L'application Nutrition Clinique
Elle répond aux exigences du médecin et du diététicien. Cette application est à l'usage de tous les professionnels de santé amenés à prendre en charge des patients adultes ou âgés, à l'hôpital, en institution ou à domicile, à risque ou en situation de dénutrition, atteints de pathologies chroniques ou aiguës ■

Disponible sur les appareils Android et IOS.

Télécharger dans l'App Store — DISPONIBLE SUR Google Play

NOUVEAU

POIDS

La nouvelle application de la SFNEP qui aide vos patients à enrichir leurs repas grâce à des aliments simples.

POURQUOI ?

Limiter ou éviter une perte de poids chez des patients dénutris ou à risque de dénutrition, grâce à l'enrichissement de l'alimentation.

COMMENT ?

Poids + propose une liste d'aliments à ajouter dans les repas quotidiens. Chaque aliment est associé à un nombre de soleils et d'étoiles :

= protéines **= énergie**

En sélectionnant des aliments, l'utilisateur doit atteindre chaque jour un objectif d'enrichissement de :

= 30 g **= 400 kcal**

Poids + encourage les patients à se peser régulièrement et à enrichir quotidiennement leur alimentation. Ils peuvent vous envoyer par e-mail leurs données d'enrichissements et de poids.

Encouragez vos patients à télécharger Poids +.

Accès direct

Disponible sur :

Télécharger dans l'App Store — DISPONIBLE SUR Google Play

AGENDA

Liège accueille les JDP 2018

« Passe par Liège, tu seras reçu comme un prince ». Cet adage trouvera toute sa valeur à l'occasion des Journées De Printemps de la SFNEP qui s'y dérouleront au mois de juin 2018.

La réputation d'un accueil chaleureux n'est pas usurpée dans une ville cosmopolite, à la fois riche d'un patrimoine ancien et ancrée dans son époque grâce à de nouvelles et spectaculaires réalisations.
La Belgique avait eu le plaisir d'accueillir les JFN en 2014 à Bruxelles et c'est dès lors l'occasion de découvrir une autre région de notre pays. Vous serez accueillis au Palais des Congrès de Liège qui se situe en bord de Meuse, dans le parc de la Boverie et son musée d'art moderne récemment réaménagé. L'accès à Liège est très aisé, de nombreuses autoroutes y convergent, la gare TGV est proche du centre de congrès et l'aéroport de Bruxelles est à une heure de train environ.
La première journée thématique s'intéressera à la chirurgie de l'obésité et s'intitulera : « Implications nutritionnelles de la chirurgie bariatrique ». La Belgique, et la région liégeoise en particulier, a été pionnière en Europe dans cette chirurgie avec, dès la fin des années 80, d'importantes cohortes de patients opérés et de nombreuses publications scientifiques dans ce domaine. Actuellement, la chirurgie bariatrique qui connaît un essor considérable et une mise au point globale, centrée sur l'aspect nutritionnel, nous apparaissait importante à aborder. Les techniques chirurgicales ont évolué et des indications plus spécifiques liées à telle ou telle approche sont à présent préconisées, tandis qu'émerge le concept de chirurgie métabolique. De plus, la prise en charge par l'anesthésiste a également considérablement évolué, avec des durées d'hospitalisation de plus en plus courtes. Par ailleurs, en raison du grand nombre de patients concernés par cette chirurgie, de nouvelles populations, après les patients diabétiques, sont également impliquées, telles que femmes

menant des grossesses après chirurgie bariatrique ou encore les patients avec pathologies digestives inflammatoires, avec les implications nutritionnelles que cela implique. Enfin, la prise en charge des complications de cette chirurgie, qui restent heureusement peu nombreuses, constitue un sujet important pour le praticien.
La seconde journée est une journée consacrée aux Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN), dédiée à celles et ceux qui font partie de ces comités ou qui voudraient avoir une information à ce propos pour éventuellement les rejoindre. Le programme de ces deux jours sera donc bien chargé et vous n'aurez sans doute pas l'occasion de profiter de toutes les facettes de notre ville. Profitez donc du week-end pour approfondir votre visite et pourquoi pas, découvrir également les charmes de la Province de Liège, telles que les douces collines du pays de Herve tout proche ou encore l'Ardenne verdoyante et mystérieuse ! ■

Dr Nicolas Paquot,
Président du congrès

REJOINDRE LA SFNEP...

... pour donner plus de poids à la nutrition clinique.

Pour obtenir le formulaire d'adhésion à la SFNEP, vous avez la possibilité de :

- le télécharger sur le site www.sfnep.org, depuis la page d'accueil dans la rubrique « devenir membre »
- le demander au secrétariat de la SFNEP (coordonnées ci-dessous)

L'adhésion à la SFNEP permet d'obtenir :

- un abonnement d'un an à la revue Nutrition Clinique et Métabolisme, une revue de haut niveau scientifique, en langue française, contenant des revues générales, des articles originaux, des cas cliniques...

- l'accès aux enregistrements des conférences des Journées Francophones de Nutrition
- un accès réservé à certaines rubriques du site Internet : outils éducationnels, référentiels, cas cliniques interactifs...
- des tarifs d'inscription préférentiels pour tous les événements organisés par la SFNEP

L'adhésion couplée SFNEP - ESPEN offre également un abonnement d'un an à la revue Clinical Nutrition.

Pour une adhésion de 1 an :

Adhésion SFNEP	120 € TTC
Adhésion SFNEP + ESPEN	200 € TTC
Diététiciens, infirmiers, étudiants : SFNEP	80 € TTC
Diététiciens, infirmiers, étudiants : SFNEP + ESPEN	150 € TTC
Spécial junior < 32 ans : SFNEP + ESPEN	110 € TTC
Etudiants DESC, DIU et DU de nutrition : SFNEP (sans la revue NCM)	30 € TTC

Tour CIT - 3 rue de l'Arrivée - BP05
75749 PARIS cedex 15
Contact : Sarah Hamant
E-mail : sfnep.ncm@gmail.com
Fax : 04 76 51 42 18

SFNEP À LA UNE

Biannuel édité par la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme.

- **Secrétariat de la SFNEP**
  Tour CIT
  3 rue de l'Arrivée - BP05
  75749 PARIS cedex 15
  Contact : Sarah Hamant
  E-mail : sfnep.ncm@gmail.com
  Fax : 04 76 51 42 18
- **Rédacteur en chef :**
  Éric Fontaine
- **Rédacteurs :**
  Jean-Claude Desport
  Véronique Hennequin
  Aurore Jouval
  Pierre Senesse
  Catherine Kajpr
  Nicolas Paquot
  Muriel Thomas
- **Illustrations :**
  Thierry Doudoux

Société K'Noë
15 rue Carnot - 94270 Le Kremlin-Bicêtre
Tél. : 01 56 20 28 28 / Fax : 01 56 20 28 29
Contact : ajouval@k-noe.fr