



**HAL**  
open science

# La nutrition en médecine : approche épistémologique, problèmes éthiques et cas cliniques

Diana Cardenas

► **To cite this version:**

Diana Cardenas. La nutrition en médecine : approche épistémologique, problèmes éthiques et cas cliniques. Philosophie. Université de Franche-Comté, 2016. Français. NNT : 2016BESA1012 . tel-01452596

**HAL Id: tel-01452596**

**<https://theses.hal.science/tel-01452596>**

Submitted on 2 Feb 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ**

**ÉCOLE DOCTORALE « LANGAGES, ESPACES, TEMPS, SOCIÉTÉS »**

Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en

**PHILOSOPHIE**

**LA NUTRITION EN MÉDECINE : APPROCHE  
EPISTÉMOLOGIQUE, PROBLÈMES ETHIQUES ET CAS  
CLINIQUES**

Présentée et soutenue publiquement par

**Diana CARDENAS-BRAZ**

Le 19 septembre de 2016

Sous la direction de Mme. le Professeur Corine PELLUCHON

Membres du jury :

Éric FIAT, Professeur à l'université de Paris-Est, Marne La Vallée, Rapporteur

Jean-Daniel LALAU, Professeur à l'université de Picardie Jules Verne

Thierry MARTIN, Professeur à l'université de Franche-Comté

Corine PELLUCHON, Professeur à l'université de Franche-Comté

Jean-Philippe PIERRON, Professeur et doyen de la faculté de philosophie de Lyon 3,  
Rapporteur



à Osito,  
à mes filles Anastasia et Antonia.

## Remerciements

Je souhaite avant tout remercier ma directrice de thèse, Madame Corine PELLUCHON, Professeur des universités pour son attention bienveillante et sa disponibilité permanente. Elle a su m'apporter sa rigueur scientifique et sa compétence ainsi que toute son amitié.

J'exprime mes remerciements à l'ensemble du jury, messieurs les professeurs Éric FIAT, Jean-Daniel LALAU, Thierry MARTIN, Jean-Philippe PIERRON.

Un grand merci à mes parents et à mes frères, en particulier à ma mère Mercedes, pour m'avoir soutenue et encouragée tout au long de la thèse. Un remerciement particulier à Nathalie pour sa disponibilité et sa gentillesse.

A mon mari Adelino pour les nombreuses relectures attentives de ce travail de thèse et qui a su avec patience et amour me soutenir tout au long de ce travail.

## Liste des abréviations

ADA : Association Américaine de Diététique

ADDFMS : Aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales

AGA : Anneau gastrique

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail

BPG : By-pass gastrique

CEN : Collège des Enseignants de Nutrition des Facultés de Médecine de France

CLAN : Comité Liaison Alimentation Nutrition

DBP : Dérivation biliopancréatique

DEXA : Dual energy X-ray absorptiometry

ESPEN : European Society of Clinical Nutrition

GPE : Gastrostomie percutanée endoscopique

GVC : Gastroplastie verticale calibrée

GL : Gastrectomie longitudinale ou sleeve gastrectomy

HAS : Haute Autorité de Santé

NE : Nutrition entérale

NP : Nutrition parentérale

PNNS : Programme national nutrition-santé

SACN : American Society for Nutritional Science

SNO : Suppléments nutritionnels oraux

UTNC : Unités Transversales de Nutrition Clinique

WW : Weight Watchers

## Introduction générale

La nutrition occupe une place centrale dans la santé de l'individu, que ce soit chez lui, à l'hôpital ou dans la vie en communauté. Définie comme science, elle étudie l'ensemble des procédés par lesquels les individus utilisent l'énergie des aliments pour trouver un équilibre nutritionnel et assurer un bon état de santé. Conçue comme une fonction physiologique, elle dépend de l'apport de nutriments, autrement dit de l'alimentation. À ce titre, l'alimentation s'inscrit dans le domaine de tout ce qui se rapporte à la nourriture permettant à un organisme vivant de fonctionner. Etroitement liés, ces deux domaines, nutrition et alimentation, sont fondamentaux dans la préservation de la santé, la prévention et la guérison de maladies.

Considérant cette première définition, force est de constater, que la malnutrition conçue comme l'altération de l'état nutritionnel, comme le surpoids, l'obésité, la dénutrition, la carence, la cachexie et la sarcopénie, se présente comme un problème majeur de santé publique en France, et cela malgré le Plan National Nutrition Santé (PNNS). Le PNNS détermine, avec le Plan Obésité, la politique publique en nutrition et vise, dans le cadre des actions de la « stratégie nationale de santé publique », un meilleur état de santé des français en agissant sur le facteur nutritionnel. Précisons sur ce point que cette politique se décline selon deux modalités : la prévention nutritionnelle et la prise en charge des maladies liées à la nutrition, principalement l'obésité. Il est possible d'identifier et de reconnaître la malnutrition dans la population générale et dans les établissements de santé, comme les hôpitaux, les hébergements pour personnes âgées dépendantes, les centres de soins de suite et de réadaptation, etc.

Ce phénomène est loin d'être insignifiant : d'une part, au niveau de la population, la prévalence des maladies chroniques liées à la nutrition est élevée. Par exemple, en France, en 2012, le taux des français adultes en surpoids s'élevait à 32,3 %, et à 15 % pour les adultes en obésité. Le diabète de type II atteint 3,700 000 de français. Les maladies cardiovasculaires représentent 180 000 décès par an dont 25 % concernent, des personnes de moins de 75 ans. Ces différentes maladies chroniques constituent la première cause de mortalité à l'échelle mondiale et leur prévalence ne cesse d'augmenter. Cela représente un coût économique majeur pour la société. Prises dans ce contexte, la nutrition et

l'alimentation se présentent du coup comme des facteurs déterminants dans l'origine, l'évolution et le traitement de ces maladies. D'autre part, à l'hôpital, 40 à 60% des patients sont atteints de dénutrition, et chiffre qui varie largement selon la maladie, l'âge du patient et le service. Par exemple, la prévalence de la dénutrition augmente avec l'âge. Elle est de 4 à 10 % chez les personnes âgées vivant à domicile, de 15 à 38 % chez celles qui sont en institution et de 30 à 70 % chez les malades âgés hospitalisés. La dénutrition est un facteur indépendant de morbi-mortalité et elle est responsable d'un surcoût hospitalier important. Les études ont montré, par exemple, que les patients souffrant de dénutrition ou d'une perte de poids avant l'hospitalisation, sont confrontés à un risque quatre fois plus élevé de développer un ulcère de pression<sup>1</sup>. De même, le pourcentage de développer une entérocologie par *Clostridium difficile*<sup>2</sup>, une infection du site opératoire, ou une pneumonie post-opératoire est deux à trois fois plus important. Cela est d'autant plus inacceptable que la dénutrition, souvent liée à la faim et à l'inadéquation de l'alimentation des patients hospitalisés, est vécue comme une souffrance et une atteinte à la qualité de vie des patients.

Pour faire face à cela, il est possible aujourd'hui de mettre en place diverses stratégies nutritionnelles : les conseils nutritionnels, qui visent la prévention et la mise en place de bonnes habitudes alimentaires ; l'éducation thérapeutique, pour aider les patients dans l'acquisition des compétences dont ils ont besoin et pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ; et le support nutritionnel, qui implique l'administration de la nutrition artificielle entérale et parentérale. Ces activités s'inscrivent dans ce que nous qualifions de « soins nutritionnels ». Depuis quarante ans, et c'est là une avancée notable, l'évolution des techniques d'alimentation artificielle, en particulier, de la production artificielle des nutriments, a fait qu'elle soit possible non seulement par voie buccale, mais également en passant par un cathéter introduit dans une veine ou par une sonde dans l'estomac ou l'intestin. La nutrition artificielle, connue sous le terme de « support nutritionnel » ou « nutrition médicale », s'affirme ainsi comme une prescription médicale dans le cadre d'un processus plus large, les « soins nutritionnels ». Elle a permis de maintenir et de prolonger la vie de malades qui, autrefois, auraient succombé par dénutrition à la suite d'une maladie, voire d'une intervention chirurgicale. C'est pourquoi le support nutritionnel est considéré comme une véritable révolution de la médecine.

---

<sup>1</sup> KA. Tappenden, B. Quatrara, ML. Parkurst, et al., «Critical role of Nutrition in Improving Quality of Care: An interdisciplinary call to action to adress adult hospital malnutrition», *JPEN*, 2013, vol. 37, p.1-16.  
K. Norman, C. Pichard, H. lochs, M. Pirlich, « Pronostic impact of disease-related malnutrition », *Clinical Nutrition*, 2008, vol. 27, p.5-15.

<sup>2</sup> Une bactérie à l'origine de la colite pseudo-membraneuse, une inflammation très sévère du côlon.



L'analyse de ce contexte fait apparaître une double difficulté. Premièrement, la malnutrition s'avère un problème de santé hautement prévalent qui concerne la pratique de tous les médecins et de toutes les spécialités. La prise en charge nutritionnelle concerne des personnes de tout âge et des situations cliniques dans un contexte de soins aigus, chroniques, de réanimation ou de confort. Sa visée est de pouvoir fournir de manière adaptée et adéquate les besoins individuels en nutriments. Or cette action ne se limite pas au seul domaine médical dans la mesure où elle soulève des questionnements éthiques, principalement lorsqu'elle n'est plus vue comme une pratique quotidienne chez les médecins ou quand il s'agit de nourrir des patients qui sont dans des situations particulières, telles que la fin de vie, l'âge avancé et la démence. C'est également le cas lorsque les multiples dimensions et les valeurs liées à l'acte de nourrir entrent en conflit. Par exemple, décider d'initier une nutrition parentérale à un patient en fin de vie, après une demande de la famille, peut mettre en jeu une opposition entre l'aspect symbolique et affectif de la nutrition et une réalité thérapeutique. Deuxièmement, l'existence persistante de la malnutrition, malgré la définition et la mise en œuvre d'une politique de santé publique en nutrition, nous conduit inévitablement à analyser les fondements de cette action publique et à évaluer sa pertinence et son adéquation au regard des traitements qu'il convient d'établir. Il s'agit ici de savoir si la malnutrition est réellement bien prise en compte du point de vue institutionnelle, aussi bien au niveau de la formation médicale, que des structures hospitalières et des décisions politiques.

Pour étudier cette double difficulté, trois approches complémentaires sont indispensables. D'abord, une approche épistémologique, qui permet d'analyser les fondements de la nutrition comme science. En effet, il s'agit de se demander si les enjeux éthiques que soulève la pratique des soins nutritionnels s'enracinent dans des choix qui sont en premier lieu épistémologiques. Comme le souligne B.M. Dupont,

« Si nous voulons comprendre la médecine d'aujourd'hui, et plus encore celle de demain, médecine et philosophie ne peuvent être saisies sans une étude de son développement (histoire de sciences) et une analyse de sa structure interne (épistémologie)<sup>1</sup>. »

L'origine des connaissances et questionnements scientifiques propres à la nutrition peut être étudiée dans l'histoire des sciences dès les conceptions antiques de la médecine et la biologie. En analysant la construction des savoirs de ces deux sciences, il est donc possible

---

<sup>1</sup> B.M. Dupont, « Epistémologie du raisonnement médical contemporain » dans E. Hirsch, *Traité de Bioéthique*, Tome I, Fondements, principes repères, Toulouse, Eres, 2010, p. 625.

de trouver les fondements de la nutrition. La nutrition est ainsi une fonction biologique centrale dans la définition de la vie, interprétée et réinterprétée au cours de l'histoire des sciences. Elle se constitue comme un objet permanent de questionnement, relativement à la construction d'un socle de connaissances propres, d'une pratique mais aussi d'une *techné*. Il s'ensuit que la nutrition se présente comme un champ de connaissances qui étudie la relation de l'homme à l'aliment et son état nutritionnel. De cette manière les objets de la médecine et de la nutrition sont indissociablement liés : l'état nutritionnel est une condition pour la conservation et le rétablissement de l'état de santé. Cela s'explique aussi parce que la nutrition, notamment la diététique, a été considérée comme partie intégrante de la thérapeutique médicale et cela depuis la médecine hippocratique. La diététique, conçue comme l'art des régimes alimentaires, a un pouvoir préventif et curatif dans certaines maladies ou situations pathologiques. En effet, la science a permis d'établir le degré minimal et maximal d'apport des nutriments qui est nécessaire pour assurer un bon état nutritionnel ; elle définit le « régime équilibré » nécessaire au maintien de la santé et le rôle de certains nutriments dans la physiopathologie de certaines maladies.

Pourtant, malgré la prise en considération de la nutrition au cours de l'histoire médicale, celle-ci n'est jamais reconnue systématiquement comme une science autonome ou comme une discipline médicale. Notre hypothèse est que l'absence d'un tel statut est à l'origine des questionnements éthiques liés aux soins nutritionnels. Le point focal réside ici dans la conception de la nutrition, et plus rigoureusement, dans la détermination de la nutrition comme une somme de connaissances au croisement de champs scientifiques distincts, sans domaine propre. Elle peut être considérée aussi comme une science autonome, dotée d'un noyau de connaissances spécifiques. Cela met en jeu trois objets d'études : d'abord, la relation entre la nutrition et la médecine et le statut de la nutrition comme une discipline médicale. Sur ce point, il s'agit de savoir si les problèmes épistémologiques et éthiques propres à la pratique clinique sont susceptibles de s'étendre à la pratique d'une nutrition « clinique ». Cela concerne notamment les questions relatives au raisonnement clinique fondé sur la médecine des preuves qui est au centre de la décision médicale, mais également la rationalisation et la standardisation des soins, ainsi que les modes actuels d'exercice de la clinique qui conduisent à une certaine déshumanisation. Ensuite, le deuxième objet d'étude est l'état nutritionnel conçu comme l'objet paradigmatique de la science de la nutrition. Celui-ci questionne la cohérence des connaissances propres à la nutrition puisque l'objet de la nutrition ne s'identifie pas à un « système ou appareil structuré ». Le fait que l'objet d'une science soit identifié à un système peut être garant de

sa scientificité et de la cohérence des résultats de la recherche. Aujourd'hui, la médecine est organisée par disciplines autour de systèmes : gastroentérologie, endocrinologie, pneumologie, cardiologie, etc. Tout l'enjeu est de savoir si l'état nutritionnel, même en l'absence d'un système nutritionnel, peut être conçu comme la somme des réponses des divers systèmes digestif, neurologique, circulatoire, respiratoire, cardiovasculaire, endocrinien, immunologique. Autrement dit, il s'agit de savoir si cet état est une réponse « systémique » susceptible de constituer la nutrition comme une fonction « intégrale ». Enfin, le troisième objet d'étude concerne la notion de « nutriment » comme l'élément essentiel de la vie, qui apporte l'énergie, le carburant essentiel aux cellules. En effet, les nutriments, sont bien plus qu'un simple carburant, ils ne peuvent se réduire à une simple source de nutrition. D'après E. Levinas :

*« La nourriture est privilégiée par sa place au quotidien, mais surtout par la relation entre le désir et sa satisfaction qu'elle représente et qui constitue le type même de la vie dans le monde<sup>1</sup>. »*

La vie ne consiste pas à rechercher et à consommer les carburants fournis par la nourriture : *« ce dont nous vivons ne nous asservit pas, nous en jouissons »*, écrit-il<sup>2</sup>. Cette conception du nutriment nous invite à réfléchir aux pratiques médicales lorsqu'il s'agit de nourrir l'homme malade. A cela s'ajoute l'idée que le nutriment n'est pas uniquement ce qui nourrit, mais également ce qui soigne. En effet, en rapprochant nutriment et médicaments, il est possible d'en faire un objet de la thérapeutique médicale. Dès l'Antiquité, si la nourriture et les régimes peuvent être considérés comme des « remèdes » faisant partie intégrale des traitements, il n'est pas possible de les assimiler aux médicaments. Ce n'est que récemment que le nutriment a acquis un véritable statut de médicament avec la nutrition parentérale. Or il s'agit d'une autre conception du nutriment en tant qu'élément « artificiel » qui a permis cela. Désormais, les nutriments administrés à travers un cathéter dans une veine peuvent être prescrits ou retirés comme tout autre médicament. Ce rapprochement entre nutriment et médicament a des implications éthiques : l'émergence d'un double statut du support nutritionnel comme « soin » et comme « thérapeutique » engendre une tension constante entre ces deux conceptions avec des enjeux éthiques essentiels pour la pratique de la médecine.

---

<sup>1</sup> E. Levinas, *De l'existence à l'existant*, 1947, Paris, Vrin, p.65.

<sup>2</sup> E. Levinas, *Totalité et infini*, 1961, Paris, Vrin, p.117.

Cette approche épistémologique permet ensuite de développer une approche éthique de la pratique même de la nutrition dans le domaine médical. En effet, lorsqu'il s'agit de nourrir des personnes malades, le médecin prend souvent des décisions qui concernent le patient et sa famille. Ce processus décisionnel fait l'objet de trois enjeux. Tout d'abord, le diagnostic de la malnutrition pose problème dans la mesure où il n'en existe pas de définition générale et consensuelle dans la communauté scientifique. Cela est d'autant plus délicat qu'il n'existe pas non plus de véritable accord sur les vocables linguistiques. La malnutrition (*malnutrition*) est conçue soit comme un synonyme de la dénutrition (*undernutrition*), soit comme un terme plus général qui comprend la dénutrition, la « surnutrition » et d'autres états pathologiques comme la sarcopénie et la cachexie. Pour dissiper une première confusion, dans le cadre de notre étude, la dénutrition, dans sa dimension physiologique, désigne une « désassimilation », autrement dit, un phénomène par lequel les constituants de la matière vivante se séparent de l'organisme pour devenir des résidus. Cet état pathologique interfère avec les fonctions physiques et mentales des patients. Dans ce contexte, il s'agit de savoir si la malnutrition doit être définie comme un facteur de risque ou comme une maladie et de déterminer les critères à considérer pour identifier le diagnostic de malnutrition. L'enjeu éthique est primordial dans la mesure où le point de départ du « pacte de soin » est un diagnostic adéquat. C'est lorsque le médecin émet un diagnostic, puis une indication médicale, qu'il est possible d'établir une activité thérapeutique (prévenir, guérir et soigner) et ainsi cibler la maladie et la souffrance. En l'absence d'un tel diagnostic, c'est la dignité et la vie même de la personne qui peuvent être menacées dans la mesure où le choix des patients pouvant bénéficier de soins nutritionnels, peut se révéler arbitraire. A un deuxième stade, après l'établissement du diagnostic, se présente la difficulté relative à l'indication du support nutritionnel pour un malade, et, plus précisément, la finalité de la nutrition elle-même, prise soit comme un « soin support », soit comme une « thérapeutique ». En d'autres termes, l'alternative ici est de se fixer comme fin la guérison ou le soulagement physique et l'accompagnement moral du patient. Pour le médecin, ces deux types de soins encadrent et définissent sa pratique mais ils peuvent être la source de conflit lorsque la décision s'oppose à celle des patients et de leurs familles. Ce double statut n'est pas toujours reconnu par le patient et sa famille, le lien affectif et symbolique lié à l'alimentation étant d'emblée prioritaire. Cette situation est d'autant plus complexe lorsque le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté ou se trouve en fin de vie. Ainsi, il existe une tension constante entre ces deux conceptions du

support nutritionnel dans la pratique de la nutrition clinique, ce qui affecte le processus décisionnel et met en jeu les valeurs éthiques qu'il s'agit de prioriser.

Enfin, troisième stade, il faut souligner que le support nutritionnel doit se faire en respectant le choix d'alimentation du patient, ses goûts et ses préférences, mais aussi dans la perspective d'un bénéfice clinique au sens où la lutte contre la dénutrition doit lui permettre d'être en meilleure santé et avoir une meilleure qualité de vie. Les bénéfices du support nutritionnel en termes d'amélioration de marqueurs biochimiques et fonctionnels de l'état nutritionnel, mais aussi en termes de résultats cliniques (mobilité et mortalité), sont bien connus. Or il faut savoir que, malgré les avancées dans les techniques d'alimentation et d'une plus grande disponibilité des produits, cette technique n'est pas sans risque. Le support nutritionnel peut entraîner des complications à court, moyen ou long terme. Elles comprennent principalement les infections des cathéters, des complications septiques, l'hyponatrémie, et d'autres troubles métaboliques entraînant une déshydratation avec des troubles électrolytiques. Il est donc nécessaire d'analyser des situations particulières dans lesquelles les principes de l'autonomie, de la non-malfaisance, de la bienfaisance et de la justice ne sont pas respectés.

Dans le cadre de cette deuxième approche de notre recherche, l'objectif est de savoir quels sont les fondements éthiques de la nutrition dans la pratique clinique. Il convient de rendre compte des théories et des principes moraux qui justifient rationnellement l'application de normes dans la pratique de la nutrition clinique. Notre hypothèse est qu'en interrogeant la dimension éthique des soins nutritionnels, nous interrogeons d'une manière large les valeurs du soin. C'est au moyen de l'étude de cas cliniques, représentatifs de la pratique médicale, que cette étude permettra de mener une analyse se plaçant au niveau de *la sagesse pratique*. Notre objectif n'est pas d'aborder dans sa totalité la pratique médicale de la nutrition, mais de cibler des situations courantes susceptibles de présenter des enjeux éthiques telles que la dénutrition et la nutrition dans les contextes particuliers (les maladies chroniques, les sujets âgés, les patients atteints de démence, l'obèse opéré par chirurgie bariatrique et les soins palliatifs). Il est important de souligner également que les problématiques éthiques des cas analysés s'inscrivent dans le contexte actuel de la médecine. Certains progrès permettent aujourd'hui d'offrir plus de perspectives en terme de guérison des maladies, mais ils créent aussi des situations difficiles et parfois extrêmes qui mettent en question le respect de la dignité et de l'autonomie des patients.

Cela nous conduit enfin à aborder une troisième approche, définie comme institutionnelle, au sens où elle interroge les structures du vivre ensemble d'une

communauté historique. Elle consiste à établir si le vivre ensemble et le vivre bien sont assurés par des institutions justes. Concernant l'objet de notre étude, cette interrogation porte sur l'adéquation entre la pratique et la conception de l'alimentation et la nutrition et les institutions et les choix de société. En effet, il ne s'agit plus ici de questionner le rôle de l'alimentation comme facteur de risque ou de protection des maladies chroniques, ni le rôle de support nutritionnel dans le traitement de la dénutrition, la morbi-mortalité et l'évolution des maladies associées à la dénutrition. La question fondamentale qui se pose est de savoir si les politiques actuelles et, plus largement, les institutions qui mettent en place les stratégies issues de ces politiques, définissent et favorisent les conditions nécessaires pour que les soins nutritionnels puissent être effectués. Cela nous amène à analyser si la définition et le sens du « bien manger » et de l'acte de « se nourrir », dans le cadre d'une politique nutritionnelle publique, est en accord avec la diversité des significations et des valeurs concernant l'alimentation prônées par la société d'aujourd'hui. Plus rigoureusement, l'enjeu principal est d'évaluer la portée des politiques publiques dans la pratique médicale et de savoir si elles offrent les conditions pour que les médecins intègrent les soins nutritionnels à leur pratique.

Un constat essentiel mérite d'être mentionné : il existe une forte demande sociale à propos du sujet de l'alimentation et de la nutrition. En effet, cette demande s'inscrit dans une pluralité de sens et de valeurs accordées à l'acte de manger, reflet des dimensions culturelles et socio-économiques. Elle exprime aussi le souci des personnes relatives à leur santé et à leurs engagements éthiques. Face à cette demande, la société est une proie facile pour certaines stratégies commerciales visant à diffuser sur le marché différents produits alimentaires (i.e. le mangoustan de Xango), certains compléments alimentaires (i.e. *Herbalife*, USANA) ou des régimes amaigrissants (i.e. *Weight watcher*, régime Dukan). La nutrition et l'alimentation deviennent ainsi l'objet d'un marché dans lequel la rentabilité économique prime sur la santé et le bien-être des personnes. Il s'agit aussi d'une question déontologique dans la mesure où certains de ces produits sont d'ailleurs développés et vendus par les médecins eux-mêmes dans leur pratique médicale. Dans ce contexte, le rôle des médecins comme garants de la santé est essentiel mais la question se pose de savoir si le corps médical est aujourd'hui capable de répondre à la demande sociale relative à l'acte de manger sans se fourvoyer sur la pertinence scientifique des produits offerts sur le marché. Il est donc primordial d'évaluer la formation des médecins en nutrition. Notre hypothèse est que, malgré le lien évident entre médecine et nutrition, ces deux sciences ne

se trouvent pas associées dans la formation des médecins : la nutrition est exclue des spécialités médicales.

Ainsi, la question qui est au cœur de ces trois approches, épistémologique, éthique et institutionnelle est la suivante : en s'affirmant comme objet éthique, la nutrition est-elle enfin en mesure de se présenter légitimement comme un soin dans la pratique médicale ?

Pour répondre à cette interrogation, nous allons, dans le premier moment de cette thèse, analyser la construction des connaissances de la nutrition dans trois périodes de l'histoire : la période préscientifique, qui comprend à la fois l'antiquité classique grecque et de la Renaissance jusqu'au XVIIIème siècle ; la période scientifique de la fin du XVIIIème siècle jusqu'au début du XXème ; l'ère du nouvel esprit scientifique du 1910 à nos jours. Ensuite, dans un deuxième moment, quatre cas cliniques issus du cours de la Société Européenne de Nutrition Clinique (ESPEN) seront étudiés. Ces cas ont été choisis en raison de l'intérêt qu'ils présentent pour la pratique nutritionnelle. Ils ne concernent que les adultes, le cadre de cette thèse étant limité et la nutrition dans le cadre pédiatrique mérite une réflexion particulière en raison des multiples enjeux liés au rôle de la nutrition dans la croissance, à la vulnérabilité propre de l'enfant et à la question de son autonomie. La question de la nutrition en soins palliatifs sera abordée par une revue de la littérature qui cherche à connaître de cette manière les diverses positions et attitudes des médecins face à la question de la place de la nutrition en soins palliatifs. Enfin, dans un troisième moment, nous analyserons la politique nutritionnelle et le cadre réglementaire de la nutrition en France. Il conviendra d'étudier le discours et la position des institutions pour comprendre quel sens ces dernières confèrent à la notion de « bien manger ». Cela nous permettra de mesurer l'écart entre ce que dit le législateur de l'acte de manger, la façon dont la société l'appréhende et la compétence des médecins pouvant y répondre. Ainsi, ce qui sera mis en question, c'est la formation même des médecins en nutrition. Ce point est important, car l'objectif ici est de montrer le lien de causalité entre la politique institutionnelle, la formation des médecins et leur capacité à assumer les enjeux éthiques de la nutrition clinique, la finalité de notre recherche étant de pouvoir établir les fondements éthiques susceptibles de faire évoluer les pratiques médicales.

*Première partie*

**Approche épistémologique de la nutrition**



## Introduction

Le point départ préalable de notre réflexion est le suivant : est-il possible de considérer la nutrition comme une science ? Sur ce point, deux positionnements sont possibles : soit considérer la nutrition comme un champ de connaissances au croisement de champs scientifiques distincts, autrement dit, sans domaine propre ; soit la définir comme une science proprement dite, autonome, avec un noyau de connaissances spécifiques. Nous nous intéresserons à l'histoire des sciences et ceci dans une approche épistémologique empruntée à Gaston Bachelard<sup>1</sup>. Dans ce cadre de réflexion, trois étapes historiques seront analysées : 1) *La période préscientifique*, qui comprend à la fois l'antiquité classique grecque et les siècles de la Renaissance jusqu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle. Cette première période se caractérise par une production de connaissances résultant de l'expérience et de la pratique médicale. 2) *La période scientifique* de la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle jusqu'au début du XX<sup>ème</sup>, qui privilégie les connaissances analytiques. 3) *L'ère du nouvel esprit scientifique* du 1910 à nos jours qui permet à la fois de poser un regard croisé des différentes disciplines sur la nutrition et d'en faire une science autonome. A chaque étape, nous identifierons les questions relatives à la nutrition, et nous établirons les fondements et les obstacles rencontrés lors de la construction de ces connaissances.

---

<sup>1</sup> G. Bachelard, *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin, 2011, p. 15.

---

## CHAPITRE 1 : La nutrition préscientifique

---

### 1.1 La diététique et la nutrition : d'Hippocrate à Galien

#### 1.1.1 La diététique hippocratique

La diététique naît du questionnement de la relation de l'homme à l'aliment. Ce point départ, nous le retrouvons dans la médecine antique grecque. Dans cette période qui commence traditionnellement en 776 av. J.-C. et se termine en 323 av. J.-C., l'aliment est un composant du régime ou de la *diète*, qui signifie étymologiquement le « genre de vie ». Pourtant, les références à la diététique dans la médecine avant le VI<sup>e</sup> siècle av. J.-C. sont rares. Par exemple, la diététique comme traitement des maladies internes est, contrairement à la pharmacologie et à la chirurgie, absente des œuvres homériques<sup>1</sup>. C'est à partir du V<sup>e</sup><sup>me</sup> siècle av. J.-C. que nous trouvons dans les œuvres pythagoriciennes un intérêt relatif à la relation entre l'homme et les aliments. D'une part, les interdits alimentaires qu'ils fixaient avaient des significations culturelles et religieuses et, d'autre part, la critique qu'ils faisaient de tout abus dans l'ordre de la nourriture avait à la fois valeur de précepte moral et de conseil pour la santé. Cette réflexion pour les philosophes pythagoriciens était centrée sur l'homme, ce qui constitue une exception pour les philosophes contemporains tels que les Milésiens, Thales, Anaximandre et Anaximène dont la préoccupation première était plus centrée sur l'univers que sur l'homme.

Cette attention accordée à l'homme, nous pouvons la considérer comme une évolution des centres d'intérêt de la recherche philosophique entre le VI<sup>e</sup><sup>me</sup> et le V<sup>e</sup><sup>me</sup> siècle av. J.-C. Parmi les auteurs pythagoriciens, nous trouvons Alcmeon, à la fois philosophe et médecin. Il a donné la définition la plus ancienne dont nous disposons de la santé et de la maladie: « *la santé résulte de l'équilibre et du mélange des qualités constitutives de l'homme (humide, sec, chaud, froid...); la maladie par contre était causée par la prédominance de l'une entre elles* »<sup>2</sup>. Ce sont précisément ces notions qui ont influencé la

---

<sup>1</sup> Ch. Daremberg, *La médecine dans Homère*, Paris, Didier, 1865, p. 82.

<sup>2</sup> J. Jouanna, *Hippocrate*, Paris, Fayard, 1992, p. 257, 370.

médecine hippocratique des Vème et IVème siècles av. J.-C., dont Hippocrate est l'auteur le plus connu. En effet, la médecine hippocratique a donné une nouvelle place à l'homme dans l'univers<sup>1</sup>. A travers cette nouvelle conception de l'homme et de la médecine, la diététique a trouvé une place centrale, dont l'influence a perduré à travers les siècles. Une analyse de cette conception nous permettra d'élucider diverses manières dont les médecins hippocratiques abordaient la diététique au sein de cette nouvelle médecine. Avant la période hippocratique, l'homme se définissait par ses relations avec les dieux, en opposant ses faiblesses à la sagesse divine. La médecine hippocratique écarte toute intervention divine dans la maladie humaine et situe l'homme dans l'univers qui l'entoure.

L'ensemble de la pensée hippocratique se trouve dans une soixantaine d'œuvres qui constituent le *Corpus Hippocratique*. Nous retrouvons dans cette compilation deux conceptions opposées de la médecine. Il existe, d'une part, une médecine anthropologique, philosophique et dépendante de la cosmologie, à savoir une médecine qui a besoin de partir d'une connaissance préalable de la nature humaine. D'autre part, il y a une médecine autonome, correctement définie et indépendante de la philosophie qui est considérée comme la source de la connaissance de la nature de l'homme<sup>2</sup>. Autrement dit, d'un côté nous avons une médecine qui part d'une conception établie de la nature de l'homme et qui relève d'un savoir philosophique, et de l'autre côté, il y a une médecine qui substitue à ces catégories de nature humaine, des catégories obtenues par l'observation raisonnée. La diététique, considérée par les auteurs de l'époque comme une véritable découverte<sup>3</sup>, fait partie essentiellement de ces deux conceptions mais avec des approches méthodologiques distinctes, qu'il convient de détailler.

L'auteur de *l'Ancienne Médecine*, œuvre centrale dans le *Corpus Hippocratique*, critique le rattachement de la médecine à la philosophie. Il voit dans les éléments philosophiques constitutifs de la médecine des abstractions sans intérêt<sup>4</sup>. Ainsi, le médecin ne doit pas considérer l'homme à partir de quelques éléments premiers (nous trouvons dans le *Corpus Hippocratique* des théories avec un, deux ou trois éléments). Au contraire, il doit, à partir de l'observation, extraire les conclusions des réactions du corps humain aux différentes actions du régime. Les médecins, en se fondant sur les réactions observées détermineront les différentes catégories de nature humaine.

---

<sup>1</sup> *Ibid*, p. 298.

<sup>2</sup> *Ibid*, p. 400, 403.

<sup>3</sup> R. Joly, Hippocrate, *Du régime des maladies aiguës*, Paris Belles Lettres, Tome VI, III partie Paris 1967, p.69.

<sup>4</sup> R. Joly, *Hippocrates*, médecine grecque, Paris, Gallimard, 1964, p.45.

« J'estime que pour avoir quelque connaissance précise sur la nature, il n'existe aucune autre source que la médecine. Car voici ce qu'il me paraît nécessaire pour un médecin de savoir sur la nature, et de chercher de toutes ses forces à savoir, s'il a l'intention de remplir tant soit peu ses devoirs : c'est ce qu'est l'homme par rapport aux aliments et aux boissons, ce qui arrivera à chacun à la suite de chaque chose, et pas seulement ainsi : « Le fromage est nourriture mauvaise, car il cause du mal à qui s'en remplit », mais quel mal il cause, pour quelle raison, et quelle est, parmi les substances contenues dans l'homme, celle à laquelle il est inapproprié <sup>1</sup>. ».

Cette méthodologie permet d'aller au-delà d'une simple description vers une connaissance causale des faits. La causalité devient une condition nécessaire de la médecine permettant d'établir un traitement correct de la maladie. Il faut cependant souligner que l'auteur n'entreprend aucune investigation expérimentale à ce propos.

Dans cette conception de la médecine, l'acte de la naissance de la médecine coïncide avec le premier acte culinaire, par laquelle l'homme « cherche et se trouve une nourriture appropriée à sa nature, celle dont nous usons actuellement »<sup>2</sup>. Cet acte serait fondateur de la naissance de l'humanité elle-même qui, en abandonnant le cru pour le cuit, « se sépare de l'animalité et de la sauvagerie première »<sup>3</sup>. Le principe de cette médecine s'établit à partir des différences que la santé et la maladie induisent dans les façons de vivre et de se nourrir, c'est-à-dire dans les différences qualitatives dans les régimes entre les malades et les biens portants. Un exemple emblématique de cette transformation culinaire est l'invention du pain où un acte culinaire est converti en acte médical car il « procure à l'homme un genre de vie et un régime qui assurent la santé, le salut et la nourriture de l'homme »<sup>4</sup>. En réalité, poursuit E. Littre « c'est la nécessité même qui a fait que les hommes ont cherché et trouvé la médecine parce qu'il n'était pas salutaire pour les malades de s'administrer les mêmes choses que les bien-portants, pas plus que cela ne leur est salutaire maintenant »<sup>5</sup>. La médecine se serait donc, constituée selon Foucault « comme « diète » propre aux malades, et à partir d'une interrogation sur le régime spécifique qui leur convient ». C'est la diététique qui apparaît première car « elle donne lieu à la médecine comme à une de ses applications particulières »<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> J. Jouanna, *Hippocrate, op. cit.*, p. 401.

<sup>2</sup> E. Littre, *Ancienne Med*, Paris 1839, III, H 1. 13.

<sup>3</sup> H. Joly, *Le renversement platonicien. Logos, épistème, polis*, Paris, Université de Paris XII, Vrin, 1994, p. 238.

<sup>4</sup> E. Littre, *Ancienne Med, op. cit.*, p. 23-25.

<sup>5</sup> *Ibid*, III, H, 1. 24-27.

<sup>6</sup> Art que l'on appelait à cette époque *technè* : « un savoir théorique et un savoir-faire pratique étroitement reliés » dans A. Debru, « Au commencement de notre rationalité médicale : la médecine hippocratique » dans *Aux origines de la médecine*, D. Sicard. Paris, Fayard, 2011, p. 32.

Une autre œuvre attribuée à Polybe, élève d'Hippocrate, *De la Nature de l'Homme*, s'oppose également à la conception philosophique de la médecine, en particulier à la conception moniste de la nature de l'homme selon laquelle l'homme est constitué à partir d'un seul élément. Il expose sa théorie des quatre humeurs. Cette théorie fondatrice de la médecine hippocratique est considérée comme un fait d'expérience. Cette position est formulée dans l'extrait suivant :

« Le corps de l'homme a en lui sang, pituite, bile jaune et bile noire ; c'est là ce qui en constitue la nature et ce qui crée la maladie et la santé. Il y a essentiellement santé quand ces principes sont dans un juste rapport de mélange, de force et de quantité, et que le mélange en est parfait ; il y a maladie quand un de ces principes est soit en défaut, soit en excès, ou, s'isolant dans le corps, n'est pas combiné avec tout le reste <sup>1</sup>.»

Cette constitution naturelle de quatre humeurs augmente ou diminue selon l'influence de l'univers extérieur, à savoir les saisons. Ainsi, selon les médecins hippocratiques, ce n'est plus au rythme des caprices ou des injustices des dieux que les humeurs changent. La maladie étant provoquée par un déséquilibre des humeurs, le traitement vise à restaurer l'équilibre, conformément aux principes des contraires<sup>2</sup>. Cette théorie des quatre humeurs reprend la conception plus ancienne de l'isonomie (vers 500 av. JC). Elle est comparable à la théorie physique d'Empédocle, qui utilise quatre éléments (l'eau, la terre, l'air, le feu) qui sont reliés aux quatre qualités élémentaires traditionnelles (chaud, froid, sec, humide) chez Aristote. Or, les quatre humeurs de la théorie hippocratique sont caractérisées par ces qualités (la pituite est une humeur plutôt froide, et le sang une humeur plutôt chaude), associées aussi aux quatre saisons<sup>3</sup>.

La médecine hippocratique se caractérise par un principe qui prédominera sur une grande partie de l'histoire de la médecine : la *natura medicatrix*. Selon ce principe, la nature se soigne elle-même. Deux célèbres aphorismes du traité *De l'Aliment*<sup>4</sup> en font état:

« La nature suffit en tout à tous »

---

<sup>1</sup> R. Joly, *Hippocrates, médecine grecque op. cit.*, p. 58.

<sup>2</sup> La guérison est le but de la médecine hippocratique. Elle est conçue comme un acte qui consiste à « s'opposer » à la maladie et à sa cause, par les contraires « les contraires sont les remèdes des contraires ». Il s'agit des fondements de la médecine allopathique. Cependant, dans ce *Corpus Hippocratique* si varié, nous trouvons aussi les premières notions de la thérapeutique par les semblables. C'est toutefois, la thérapeutique des contraires qui prédomine. (J Jouanna, Hippocrate *op. cit.*, p 482).

<sup>3</sup> Galien, *Œuvres médicales choisies I. de l'utilité des parties du corps humain*. Paris, Gallimard, 1994. Introduction p. XII.

<sup>4</sup> J. Jouanna, *Hippocrate, op. cit.*, p. 487.

« Chez tous la nature est instruite sans maître »

Cependant, selon J. Jouanna, malgré la célébrité de ces passages, cette conception finaliste de la nature n'est pas représentative de la pensée fondamentale du Corpus Hippocratique. C'est à partir d'Aristote que ce principe s'est imposé. Pour la médecine hippocratique, il existe des lois de la nature appelées « nécessités de la nature » qui sont l'expression d'un déterminisme et non d'un finalisme. En ce sens, un médecin hippocratique respecte la nature, c'est-à-dire que la médecine doit être conforme à la nature, mais la nature ne suffit pas ; l'art de la médecine peut également contraindre la nature sans que cela produise de dommage. De ce fait, le but de la médecine est claire : « être utile ou du moins ne pas nuire »<sup>1</sup>.

Dans ce cadre, la médecine hippocratique n'est pas considérée comme « expectante », à savoir, les médecins ne se limitent pas à laisser la nature agir, mais interviennent de manière active. Ainsi, pour lutter contre les maladies, les médecins disposent de deux types de soins : des soins qui relèvent d'une thérapeutique d'intervention, à savoir les remèdes, les incisions et les cautérisations ; et la thérapeutique diététique<sup>2</sup>. Parmi les remèdes, la plupart visent à évacuer les « cavités » du corps, c'est-à-dire, la « cavité du haut » ou la poitrine et la « cavité du bas » ou le ventre. L'évacuation est ainsi possible par le haut et par le bas, grâce à des médicaments (*pharmakon*),<sup>3</sup> soit à titre préventif, soit à titre curatif.

« Donnez à un individu un médicament qui attire le phlegme, vous observerez un vomissement de phlegme ; et si vous lui donnez un médicament qui attire la bile, vous observerez un vomissement de bile<sup>4</sup>. »

La thérapeutique diététique, composée notamment par le régime alimentaire et les boissons est, de ce point de vue, considérée comme l'élément majeur de tout traitement médical. Il s'agit d'un composant du régime hippocratique qui est détaillé dans le *livre IV des Epidémies* : elle comprend les exercices (*ponoi*), les aliments (*sitia*), les boissons (*pota*), les sommeils (*hupnoi*) et les rapports sexuels (*aphrodisia*). L'importance du régime alimentaire qui marque la naissance de la médecine se fonde sur l'idée que l'une des causes supposées de la maladie réside dans une alimentation qui n'est pas adaptée à la

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 488.

<sup>2</sup> J. Jouanna, C. Magdelaine, *Hippocrate, l'art de la médecine*. GF Flammarion, 1999, p. 30, CF aussi J. Jouanna, *Hippocrate, op. cit.*, p. 257,370.

<sup>3</sup> *Pharmakon* : à la fois poison et remède.

<sup>4</sup> J. Jouanna, *Hippocrate, op. cit.*, p. 225.

constitution de l'individu, à son activité, à son âge, à la saison, etc<sup>1</sup>. Cette thérapeutique diététique représente un réel progrès pour les médecins de l'époque : elle va à l'encontre des philosophes contemporains de la médecine hippocratique comme Platon, pour qui cette évolution était une contrainte pour le malade, obligé de suivre de longs régimes qui le détournaient de son devoir de citoyen<sup>2</sup>. Le régime était une nouveauté car, en plus de l'intervention, le régime du malade était adapté à la maladie et à son évolution<sup>3</sup>. Le médecin hippocratique connaissait les propriétés de chaque aliment et de chaque boisson et pouvait prescrire le régime alimentaire adapté au malade. Les propriétés des aliments sont décrites en détail dans l'œuvre du *Régime*, véritable catalogue des aliments, où leurs propriétés sont classées et considérées comme naturelles ou artificielles. Les propriétés artificielles des aliments sont comprises comme les propriétés résultant d'une préparation culinaire.<sup>4</sup>

Il est important de souligner que si la thérapeutique diététique était considérée comme une sorte de remède, les aliments (*τροφή*) ne se confondraient pas avec les médicaments (*pharmakon*). En effet, la plupart des médicaments visent à évacuer les « cavités » du corps : les vomissements pour la « cavité d'en haut », la poitrine, et des évacuations pour la « cavité d'en bas », le ventre. Ils étaient utilisés également de manière préventive et curative, comme les aliments.<sup>5</sup> En cas de maladie cette évacuation a pour but d'éliminer l'excès d'humeur considéré comme la cause de la maladie. Ainsi, les médicaments ont la propriété de transformer les substances de l'organisme comme par exemple, le petit lait d'ânesse et d'autres substances plus élaborées comme certaines plantes telles que l'euphorbe et l'ellébore.<sup>6</sup>

Cela dit, l'aliment est considéré comme une substance qui pourrait être assimilée après digestion (par exemple, l'air était également de la nourriture) ou convertie dans une substance du corps. Par exemple, la nourriture peut être convertie dans les différentes parties du corps telles que les muscles, les nerfs, etc. Par conséquent, un aliment n'est pas considéré comme un médicament. C'est ainsi que nous pouvons constater que la phrase fréquemment citée par des nutritionnistes actuels : « Que ton aliment soit ton médicament,

---

<sup>1</sup> Galien, *Œuvres médicales choisies I. de l'utilité des parties du corps humain*, op. cit., p. XVIII.

<sup>2</sup> Platon, République II, 405 c sqq.

<sup>3</sup> J. Jouanna, *Hippocrate*, op. cit., p. 233.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 233.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 224.

<sup>6</sup> Plus de 250 médicaments sont recensés dans le Corpus.

que ton médicament soit ton aliment »<sup>1</sup> attribuée à Hippocrate, sans que l'on trouve nulle part la référence exacte, n'est qu'une fiction littéraire, renvoyant au mythe construit autour du personnage d'Hippocrate. Dans l'œuvre post hippocratique *De l'aliment*, attribuée à la période hellénistique<sup>2</sup> et considérée comme hippocratique dans l'Antiquité en particulier par Galien, nous trouvons une phrase qui aurait pu être à l'origine de cette idée « *Dans l'aliment médication excellente ; dans l'aliment médication mauvaise ; mauvaise et excellente relativement* ».<sup>3</sup> Cependant, nous constatons qu'il s'agit d'une phrase ambiguë et imprécise car elle suggère que l'aliment est à la fois un mauvais et un excellent médicament, sans qu'on puisse savoir pourquoi cela est relatif. Dans cette même œuvre, l'aliment est défini de la manière suivante: « *est aliment ce qui nourrit ; est aliment le quasi-aliment et le futur aliment* »<sup>4</sup>. L'aliment est ici considéré au sens large du terme (l'air est aussi un aliment) et la matière alimentaire pouvait exister en trois états : celle qui est assimilée ; celle qui est adjointe aux parties, sans être déjà assimilée ; celle qui est encore contenue dans les veines et dans le ventre. Nous ne trouvons pas de lien entre le médicament et l'aliment dans cette œuvre.

Nous retrouvons la deuxième conception de la médecine dans le Corpus hippocratique dans *Du Régime*. Cette œuvre, d'un auteur postérieur à Hippocrate, est considérée comme une œuvre éclectique.<sup>5</sup> Dans cette approche qui rattache la médecine à la philosophie, la diététique est fondée sur la conception de la nature humaine. Ainsi, l'homme et les aliments sont composés de feu et d'eau, avec leurs attributs correspondants, la chaleur, la sécheresse, le froid et l'humide. Pour cet auteur, la santé provient de l'équilibre entre les aliments et les exercices qu'il faut bien connaître. Le régime alimentaire - nourriture et boissons - doit tenir compte de la nature et de la quantité de ce qu'on absorbe, de l'état général du corps, du climat, des activités auxquelles on se livre.

A titre d'exemple, le traitement d'un malade qui souffre de plénitude, implique un traitement rapide et un traitement plus lent, plus naturel qui recueillent ses préférences :

---

<sup>1</sup> Egalement cité comme « que ton alimentation soit ton seul médicament » en anglais « let food be thy medicine and medicine be thy food ». Voir notre article en annexe A, D. Cardenas, « Let not thy food be confused with thy medicine: The Hippocratic misquotation », *Clinical Nutrition e-SPEN Journal*, 2013, p.260-268.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 529.

<sup>3</sup> R. Joly, *Hippocrate, Du régime des maladies aiguës*, Appendice, De l'aliment, De l'usage des liquides. Belles Lettres, *op.cit.*

<sup>4</sup> E. Littre, *Hippocrate, de l'aliment*. Tome IX.

<sup>5</sup> R. Joly, *Hippocrate, Du régime*, Paris, Belles Lettres, 1967, Tome VI, I partie, notice, XVII.



« Après des bains de vapeur, se purger à l'ellébore ; ensuite, prendre graduellement en dix jours des aliments émollients et tendres, et des mets laxatifs, pour que le bas-ventre triomphe de tête grâce à une révolusion par en bas ; des courses lentes ...qu'on prenne le déjeuner suivi d'une courte sieste.... Mais si on refuse de boire des drogues, prendre un bain chaud, vomir après avoir absorbé des aliments âcres, humides, doux et salés ; après vomissements juste un petit tour...Le septième jour se remplir d'aliments analogues, vomir et suivre la même progression ; continuer ce régime pendant quatre semaines. Ensuite, augmenter aliments et exercices, faire les vomissements à plus grand intervalle et augmenter les aliments en moins de temps, pour que le corps se refasse ses réserves, et rétablir peu à peu le régime habituel<sup>1</sup>. »

L'auteur de *Du Régime* fonde la diététique sur deux aspects distincts. D'une part, la diététique s'appuie sur les apports de l'expérience. A titre d'exemple, cette doctrine enseigne que l'eau d'orge, la base du régime des malades, est émolliente et que le blé nourrit plus que l'orge. D'autre part, elle établit des critères constitués à partir de raisonnements tirés du « bon sens ». En effet, on trouve dans cette œuvre un catalogue très complet et rationnel d'aliments, de boissons et de exercices. Ce catalogue donne aux aliments des fonctions polyvalentes selon des *a priori* et sur une expérience sensible souvent trompeuse.<sup>2</sup> Ainsi, l'auteur affirme que les gros pains sont plus nourrissants car le feu leur enlève moins d'eau. De la même manière que dans *Du Régime*, nous trouvons dans *Du Régime de maladies aiguës*, des éléments différents qui nous permettent de rapporter la diététique à la conception philosophique de la médecine. Il ne s'agit plus ici de faire le catalogue des propriétés de chaque aliment ou des boissons mais, comme son titre l'indique, de définir le meilleur régime pour les maladies<sup>3</sup>. Deux grands principes sont présentés dans cette œuvre : éviter l'alimentation au point fort de la maladie, parce que toute alimentation accroît les forces du mal, et considérer que tout changement est dommageable<sup>4</sup>, comme le rappelle la loi d'habitude<sup>5</sup>.

Une autre distinction de la diététique dans cette œuvre se trouve dans les caractéristiques polyvalentes des aliments de cette médecine et dans la recherche d'une panacée. L'orge étant la base du régime des malades, elle est censée guérir tous les maux. Ainsi, une tisane d'orge, dans la diététique thérapeutique de *Du Régime* peut contribuer de

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p.83.

<sup>2</sup> R. Joly, *Recherches sur le traité pseudohippocratique du Régime*, Paris, Les Belles Lettres, 1960 p.110.

<sup>3</sup> R. Joly *Le niveau de la science. Contribution à la psychologie de l'histoire des sciences*, Paris, Les Belles Lettres, 1966, p.138.

<sup>4</sup> Chez les médecins hippocratiques, la dévalorisation du changement entraîne une valorisation de l'habitude. Elle devient ainsi un paramètre à prendre en compte dans l'évaluation de la santé de chaque individu.

<sup>5</sup> R. Joly *Le niveau de la science. Contribution à la psychologie de l'histoire des sciences, op. cit.*, p. 140,197.

diverses manières à apaiser la soif, à faciliter les évacuations, sans causer de constipation ni de gonflement du ventre.<sup>1</sup> Nous pouvons le constater dans un extrait de *Régime des maladies aiguës*:

« Arrêtons-nous donc à la décoction d'orge qui parmi les aliments tirés des céréales, me paraît avoir été judicieusement choisi, dans le traitement des maladies aiguës. Je loue ceux qui firent ce choix ; car le mucilage qu'elle renferme est adoucissant, homogène, agréable coulant ; il contient une humidité suffisante, il apaise la soif, il facilite les évacuations alvines, s'il en est quelque besoin ; il n'a rien d'astringent, il ne cause aucun trouble fâcheux dans la digestion, il ne se gonfle pas dans l'estomac ; l'orge, par la cuisson, s'est autant gonflée qu'elle le pouvait naturellement...<sup>2</sup>. »

A ce point de notre réflexion, une première conclusion s'impose : la diététique est au fondement de la médecine hippocratique, qu'elle soit philosophique ou non. La thérapeutique diététique est considérée comme un progrès technique et comme un progrès moral. La construction de l'art de la médecine hippocratique nous permet de parler d'un véritable art diététique. Pour autant, nous ne pouvons pas concevoir dans cette période la constitution d'une diététique scientifique semblable à celle que nous connaissons aujourd'hui. Selon les catégories de Bachelard, nous parlerons plutôt d'une *diététique préscientifique*. Donc, une médecine rationnelle et une diététique rationnelle ne sont pas nécessairement scientifiques.<sup>3</sup> La pensée *préscientifique*<sup>4</sup> tend vers des solutions polyvalentes et attribue au même produit, dans ce cas les aliments, une série significative de qualités. Aujourd'hui, c'est la spécificité qui est valorisée. Plus précisément, l'effet est recherché au moyen d'un seul produit, au lieu d'utiliser un produit à tout faire. Dans ce contexte, les aliments jouent diverses fonctions chez les biens portants et chez les malades et cela est fondé sur le bon sens et les *a priori* qui en découlent. Or, ce sont des obstacles épistémologiques qu'il faut dépasser pour construire la science<sup>5</sup>.

Une autre caractéristique de la pensée préscientifique dans la doctrine diététique de l'époque est le principe de l'équilibre. Dans l'œuvre *Du Régime*, il s'agit de l'équilibre entre les aliments et les exercices pour atteindre un bon état de santé. Cette notion d'équilibre présente dans le *Corpus Hippocratique* est encore valorisée de nos jours dans

---

<sup>1</sup> J. Jouanna, *Hippocrate, op. cit.*, p. 236.

<sup>2</sup> R. Joly. *Le niveau de la science. Contribution à la psychologie de l'histoire des sciences op. cit.*, p. 138-142.

<sup>3</sup> J. Jouanna, Commentaire sur Joly Robert, *Le niveau de la science hippocratique. Contribution à la psychologie de l'histoire des sciences*, dans *Revue des études grecques*, 1968, vol. 81, no 386 p. 605-608.

<sup>4</sup> G. Bachelard, *La formation de l'esprit scientifique op.cit.*, p. 9.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p.26.

l'imaginaire collectif, mais elle est loin de la conception actuelle du traitement.<sup>1</sup> Cela nous permet de formuler une deuxième conclusion. La diététique devient la manifestation d'un « souci de soi » et la relation de l'homme à l'aliment un nouveau centre d'intérêt. Nous pouvons alors poser la question suivante : est-ce que ce souci de soi peut agir contre soi ? Autrement dit, est-ce que la diététique peut agir contre l'équilibre biologique de l'homme lui-même ?

### 1.1.2 Platon et le souci de soi

En même temps qu'Hippocrate, Platon considère que le régime n'est pas un art originaire, il est une inflexion de la médecine<sup>2</sup>. En effet, Platon affirme qu'à l'époque d'Asclépios ou de ses premiers successeurs, la médecine existait déjà car, au moyen des remèdes et des opérations on guérissait maladies et blessures. On ne se préoccupait pas de la diététique, parce que la manière de s'alimenter et de réaliser de l'exercice était conforme à la nature<sup>3</sup>. C'est alors que l'homme en s'éloignant de la vie « rude et saine » des anciens temps peut devenir malade. Dès lors, le régime doit accompagner les longues maladies. Ainsi, la *diététique* est devenue une composante de la médecine au moment où le régime comme manière de vivre s'est séparé de la nature. Dans cette perspective, rectifier une diète ou un genre de vie est fondamental pour soigner la maladie, thèse qui est reprise par Platon qui en fait une exigence morale.

La morale de Platon repose en grande partie sur les règles d'une diète bien entendue. En effet, il fait du régime une préoccupation morale et politique, quand, par exemple, des excès dans le régime ou le temps dédié à son corps empêchent l'individu de mener une vie politique normale<sup>4</sup>. La diète pour Platon n'a pas pour finalité de prolonger la vie ni d'augmenter les performances, mais plutôt de la rendre utile et heureuse dans les limites qui lui ont été fixées. Le régime ne doit pas limiter les conditions de vie, il doit pouvoir s'adapter et permettre aux individus d'affronter des situations différentes : la diététique devient ainsi un « art stratégique »<sup>5</sup>. L'individu ne suit pas passivement les conseils des médecins, il réalise une pratique réfléchie de soi-même et de son corps, au sein de laquelle

---

<sup>1</sup> R. Joly, *Le niveau de la science. Contribution à la psychologie de l'histoire des sciences*, op. cit., p.134-138.

<sup>2</sup> M. Foucault, *Histoire de la sexualité II, L'usage des plaisirs*, Gallimard, 1984, p. 141.

<sup>3</sup> Platon, *République*, Œuvres complètes, trad. L. Robin, Paris, Gallimard, 1989, III 407c.

<sup>4</sup> *Ibid.*, III 405 e -408 d.

<sup>5</sup> M. Foucault, *Histoire de la sexualité II, L'usage des plaisirs*, op. cit., p. 141.

la diète doit être raisonnable sous le principe d'une juste mesure pour s'ajuster aux circonstances et aux moments. Elle doit être aussi affaire de pensée, de réflexion et de prudence. Le régime s'adresse à l'âme et lui inculque des principes, contrairement aux médicaments, ou des opérations qui agissent de l'extérieur sur le corps et que le patient subit. En effet, le régime devient du même coup un « art d'exister ». Il doit être géré par chacun qui ainsi devient le maître de son genre de vie.

« Que chacun s'observe lui-même et note quelle nourriture, quelle boisson, quel exercice lui convient, et comment il faut en user pour conserver la santé la plus parfaite<sup>1</sup>. »

Ainsi, cette gestion du corps doit aussi répondre à une condition, ce que nous appelons aujourd'hui « autonomie du sujet ». C'est le patient qui discerne mieux (que le médecin) ce qui est favorable pour sa santé. Ainsi, pour Platon, la pratique du régime comme art de vivre tient compte des enjeux à la fois de santé et de morale de la vie.

Enfin, que la diététique soit un art primitif comme pour les médecins hippocratiques ou une dérivation ultérieure de la médecine comme pour Platon, elle se situe au centre de la médecine à la fois dans sa conception (préoccupation principale de la médecine) et dans sa thérapeutique.<sup>2</sup> Son originalité est fondée non seulement sur un éloignement des conceptions magiques et divines de la médecine populaire traditionnelle, mais aussi sur le fait que l'homme est devenu le point de départ de la pensée et son centre d'intérêt. Le régime, au-delà de ses fonctions de prévention et de guérison, répond à une nouvelle finalité : « une manière de se constituer comme un sujet qui fait, de son corps, le souci juste, nécessaire et suffisant. » Le régime comme art d'exister devient « une catégorie fondamentale à travers laquelle on peut penser la conduite humaine »<sup>3</sup>. Est-ce à dire que la diététique, au-delà de sa double dimension morale et médicale, devient un objet fondamental pour étudier la vie ?

### **1.1.3 Aristote et la théorie biologique de la nutrition**

Contemporain d'Hippocrate, Aristote propose ce que nous pourrions appeler aujourd'hui une théorie physiologique de la nutrition et cela à partir de ces théories

---

<sup>1</sup> Platon, *République*, Œuvres complètes, trad. L. Robin, *op.cit.*

<sup>2</sup> M. Foucault, *Histoire de la sexualité II, L'usage des plaisirs*, *op. cit.*, p. 133.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 143.

« biologiques »<sup>1</sup>. En effet, la biologie naît à partir de quelques œuvres d'Aristote, comme le souligne Cuvier :

« Il semble que la science soit sortie toute faite du cerveau d'Aristote. [...] Il n'a laissé que bien peu de choses à faire aux siècles qui sont venus après lui<sup>2</sup>. »

La nutrition occupe une place centrale dans cette conception de la biologie. Elle apparaît dans *la Physique* d'Aristote : la nutrition est la fonction principale de l'organisation générale des vivants et une fonction principale de l'âme. En effet, Aristote considère la physique comme l'étude des phénomènes qui se déroulent dans la nature visible et c'est à partir d'elle qu'il établit des principes fondamentaux. Cette physique concerne les êtres naturels et leurs mouvements (*kinesi*), et particulièrement le changement (*métabole*), à savoir le déplacement, l'accroissement et le décroissement, la modification qualitative ou altération, la génération de l'être naturel et sa destruction. Nous pouvons donc considérer la physique comme une philosophie de la nature qui concerne l'étude du changement (*métabole*)<sup>3</sup>. Dans *De Anima*<sup>4</sup> Aristote explicite une définition de la vie : « La vie telle que je l'entends consiste à se nourrir soi-même, à croître et à dépérir »<sup>5</sup>. Un vivant est, pour Aristote, un être naturel qui possède en lui-même deux principes : l'âme comme principe de vie, qui confère une forme à la matière, et le mouvement. Parmi les facultés de l'âme, la faculté nutritive se situe au premier plan :

« C'est donc de l'aliment et de la génération que nous devons d'abord parler. En effet, l'âme nutritive appartient aussi aux êtres animés autres que l'homme, elle est la première et la plus commune des facultés de l'âme, et c'est par elle que la vie appartient à tous les êtres. Ses fonctions sont la génération et l'usage de l'aliment<sup>6</sup>. »

La reproduction et la perpétuité des espèces sont la cause finale de la nutrition. Ainsi, l'âme nutritive se confond avec l'âme génératrice<sup>7</sup>. Le rôle nutritif est au fondement du vivant. Il s'agit d'une base sans laquelle aucun être mortel ne pourrait subsister.

---

<sup>1</sup> Il est important de souligner que les Grecs n'utilisaient pas le mot *biologia*. C'est à partir de 1802 chez Lamarck, que ce terme est employé.

<sup>2</sup> P. Pellegrin, *Aristote, Les parties des Animaux*, Flammarion, 2011, p. 8.

<sup>3</sup> P.M. Morel, *Aristote Flammarion*, Paris, 2003, p. 27.

<sup>4</sup> Aristote, *Traite sur l'âme*, Paris, Vrin, 1977, II, 2,413a p. 22-26.

<sup>5</sup> *Ibid.*, II, 1,412 a 14-15.

<sup>6</sup> *Ibid.*, II, IV, 415a.

<sup>7</sup> *Ibid.*, II, IV, p.2.

Afin de préciser la place de la nutrition dans la « biologie » d'Aristote, nous allons nous fonder principalement sur l'œuvre intitulée *Les parties des animaux* qui est considérée comme la « première manifestation développée d'une science des vivants »<sup>1</sup> et comme le « cœur de la biologie »<sup>2</sup>. A ce titre, il est possible de concevoir une théorie physiologique nutritionnelle chez Aristote. Pour cela, il est nécessaire tout d'abord de souligner que c'est de la nutrition (*trophein*) et non de la diététique (*diaita*) que s'occupe Aristote. Les aliments et les boissons ne sont étudiés dans aucune œuvre conservée d'Aristote<sup>3</sup>. Ensuite, nous devons souligner que le mot « nutrition » n'est pas employé dans l'antiquité, il n'est utilisé qu'à partir du XIV<sup>ème</sup> siècle.

Dans *Les parties des animaux*, nous retrouvons une véritable anatomophysiologie finaliste dont le principe organisateur est l'âme et dont la nutrition est la fonction suffisante et nécessaire. Aristote souligne à propos des animaux :

« Ils ne peuvent ni exister ni se développer sans nourriture<sup>4</sup>. »

Cette théorie nutritionnelle a pour fondement une force vitale appelée chaleur innée, qu'il ne faudra pas confondre avec l'âme. Aristote précise que la chaleur innée est un *principe naturel*, et qu'elle a besoin de nourriture : « En effet, se nourrir et se mouvoir sont des fonctions de l'âme, et ces activités adviennent avant tout du fait de cette puissance »<sup>5</sup>. Ce principe naturel se situe dans le cœur et serait responsable des modifications propres au corps lui permettant d'exister. Pour Aristote, le cœur est non seulement l'organe qui abritait la chaleur et le *pneuma* innés, mais il est aussi le siège de l'âme, de la pensée et des sentiments :

« Cœur dans lequel nous disons que se trouve le principe de la vie et de tout mouvement aussi bien que de toute sensation<sup>6</sup>. »

Il lui attribue une place considérée comme digne dans l'anatomie du vivant, au milieu, en haut et en avant du corps. Il lui donne trois et non pas quatre cavités, avec des vaisseaux qui sortent mais qui ne rentrent pas dans l'organe, car le sang est, selon lui, produit à l'intérieur même du cœur. En plus de lui attribuer un emplacement plus digne que

---

<sup>1</sup> P. Pellegrin, *Aristote Les parties des Animaux, cit. op.*, p.79.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 13.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 499.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 207.

<sup>5</sup> Aristote, *Traite sur l'âme, op.cit.*, 652b 7-16.

<sup>6</sup> *Ibid.*, 3, 665a, p. 273.

les autres viscères, le cœur est aussi invincible, au sens où il ne peut pas être malade. La fonction principale du cœur est donc, par coction, la transformation des aliments en sang :

« Mais puisque la nécessité exige que tout être qui s'accroît prenne de la nourriture et puisque la nourriture est pour tous à base de matières liquides ou sèches, dont la coction et la transformation s'opèrent sous l'influence du chaud, il est nécessaire que tous les animaux et toutes les plantes possèdent (...) un principe naturel de chaleur <sup>1</sup>. »

Ensuite, le sang provenant des aliments, après coction par la chaleur naturelle innée, se nourrit et se transforme en chair : « S'il n'est pas la chair, il l'irrigue et la nourrit ». <sup>2</sup> Nous constatons, dans cette théorie de la nutrition, l'introduction de ce que nous appelons aujourd'hui « nutriment », concept qui désigne des substances extraites des aliments qui pourront devenir et se transformer en un tout autre composant de l'organisme. Il est important de souligner qu'Aristote définit le médicament ou « *pharmakon* », en opposition à l'aliment, comme la matière que n'est pas assimilé ou digéré par l'organisme, et qui est capable de pousser la matière pathogène pour être évacuée avec elle. Il s'agit pour Aristote d'un mouvement qui a pour origine une attraction mécanique entre matière et organes et est régi par le mouvement de la gravité. Ainsi les substances chaudes et légères provoquent un mouvement vers le haut et les froides et lourdes vers le bas. <sup>3</sup>

Si le cœur ne peut pas être malade, le sang est susceptible de se voir altéré en raison d'un régime nutritionnel plus ou moins adapté. Ici, la référence semble être hippocratique, puisque l'état de santé chez Hippocrate est déterminé par l'équilibre et l'harmonie des humeurs :

« Il est manifeste que le sang est la nourriture ultime pour les animaux sanguins... c'est aussi pour cela que le sang diminue chez les êtres qui ne prennent pas de nourriture et que, chez ceux qui en prennent, il augmente, et que quand la nourriture est de bonne qualité il est sain, et mauvais quand elle est mauvaise <sup>4</sup>. »

Le sang se déplace dans les vaisseaux, les veines, puisque les artères véhiculent de l'air, gagnent les organes et les nourrissent. Ainsi, la chaleur vitale permet aussi la digestion par coction des aliments et elle commence dans l'estomac après la mastication et l'action de l'intestin puis se termine dans le cœur. Les résidus utiles sont repris par les veines

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, II, 3, 650 a, p. 1-7.

<sup>2</sup> *Ibid.*, II, 5, 668 a, p. 1-4.

<sup>3</sup> JC. Dupont, *L'Invention du médicament*, Paris, Hermann, 2013, p 3.

<sup>4</sup> Aristote, *Traite sur l'âme, op.cit.*, II, 3, 650 b, p. 1-2.

mésentériques et transformés en sang, en subissant une première purification dans le foie et la rate qui fabriquent respectivement la bile jaune et la bile noire et s'achève dans le cœur par une seconde coction. La nutrition, selon Aristote, peut être ainsi définie comme :

« l'opération par laquelle la matière des aliments est transformée en la matière du corps par l'action de l'âme et de la chaleur<sup>1</sup> .»

Plus rigoureusement : « dans la nutrition, le passage de l'inanimé (l'aliment) au vivant (le corps alimenté) se réalise grâce à l'âme nutritive qui, par l'intermédiaire de la chaleur vitale, transforme de manière adéquate l'aliment, en fait du sang, qui lui-même donne les différents composés organiques (chair, os, graisse, moelle, sperme, etc.). Par la chaleur vitale, l'âme est donc responsable de cette « vivification » de la matière inanimée qui constitue l'aliment<sup>2</sup>».

Ainsi, Aristote formule une physiologie de la nutrition et de la digestion en détaillant les fonctions des organes qui y participent, de la bouche à l'intestin, en passant par l'œsophage et l'estomac, le viscère central étant le cœur. Nous voyons, dans cette théorie constituée sur des *a priori*, une des grandes théories de l'histoire des sciences, la théorie cardiothermo-centrique, que l'histoire aura du mal à dépasser jusqu'au début du XVII<sup>e</sup> siècle.

Aristote met fin au conflit qui oppose médecine et philosophie. La connaissance scientifique de la nature (*le physikos*) devient l'objet du philosophe : « il appartiendra au naturalistes de parler de l'âme et d'en avoir la science». <sup>3</sup> Le médecin se voit attribuer le rôle de praticien compétent dans l'exercice d'une technique médicale centrée sur les maladies. Celle-ci restera le fondement de toute la pensée médicale pendant des siècles. Même si Aristote est fortement influencé par Hippocrate, il s'en démarque sur certains points. Nous le constatons en étudiant la finalité de tous les processus vitaux : dans la physiologie finaliste d'Aristote, la vie est la finalité même, à la différence de la conception Hippocratique où le corps et sa conservation sont les buts des tous les processus vitaux<sup>4</sup>.

Autrement dit, avec le développement d'une physiologie digestive, en attribuant à l'estomac un rôle primordial et au cœur une valorisation de la chaleur, Aristote contribue au mythe de la digestion tel qu'en parle Bachelard<sup>5</sup>. En effet, pour ce dernier, le feu a été pensé comme le principe universel d'explication des phénomènes sur la base de valeurs et

<sup>1</sup> Aristote, *Traite sur l'âme*, *op.cit.*, II, 3, 650 b, p. 1-2.

<sup>2</sup> Galien, *Œuvres médicales choisies I. de l'utilité des parties du corps humain*, *op. cit.*, Introduction XXV.

<sup>3</sup> *Ibid.*, I,I 641, 5.

<sup>4</sup> M. Veggetti, « Entre le savoir et la pratique : la médecine hellénistique », dans *Histoire de la pensée médicale en Occident*. Paris, Seuil, 1997, p. 69 - 72.

<sup>5</sup> G. Bachelard, *La formation de l'esprit scientifique*, *op. cit.*, p. 206.



de convictions enracinées dans l'inconscient humain, constituant ainsi un obstacle à l'étude scientifique des phénomènes matériels.<sup>1</sup> Or, le feu réunit deux types d'obstacles épistémologiques : l'obstacle substantialiste et l'obstacle animiste. Il s'agit de concevoir le feu comme une substance (la chaleur = qualité interne) et comme un être vivant (la chaleur = principe vital). On peut ainsi considérer l'œuvre *Les parties des animaux* d'Aristote comme un texte *préscientifique* qui souligne « la permanence et la force du mythe de la digestion dans l'explication des phénomènes matériels ».<sup>2</sup>

En conclusion, dans la pensée d'Aristote la nutrition (*trophein*) s'affirme comme le fondement d'une science que l'on appelle aujourd'hui la biologie. Il y parvient d'abord en attribuant à la nutrition une place centrale dans la définition de vie et en considérant la nutrition comme la fonction principale de l'âme. Est-il possible au terme de cette évolution d'unifier dans un seul concept la nutrition et la diététique ?

#### **1.1.4 La place de la nutrition dans la médecine galénique**

D'un point de vue épistémologique, Galien se fonde sur les conceptions hippocratique, platonicienne et aristotélicienne pour développer une médecine « galénique » qui fait autorité jusqu'au XVII<sup>e</sup> siècle. La nutrition et la diététique prennent aussi une place importante dans cette conception de la médecine tant dans le développement de la théorie biologique à partir des nouvelles conceptions anatomiques et physiologiques que dans le régime considéré comme l'aspect central de la thérapeutique galénique.<sup>3</sup>

La biologie galénique est caractérisée par une instrumentalisation et une conception utilitaire des parties du corps. En effet, pour Galien, le corps est constitué de diverses parties relativement indépendantes, chacune étant un instrument et ayant une fonction (ou « usage ») bien définie qui justifie son existence et sa structure. L'anatomie de Galien, malgré l'interdiction de l'époque de réaliser des dissections sur des cadavres, est considérée comme la meilleure de l'Antiquité. Son expérience comme médecin des gladiateurs et la dissection sur des singes qu'il pratique lui permettent d'étudier les organes

---

<sup>1</sup> G. Bachelard, *La psychanalyse du Feu*, Paris, Gallimard, 1983.

<sup>2</sup> J. Lamy, *Commentaire, La chimie du Feu : Histoire d'un faux problème*. Disponible dans [https://gastonbachelard.org/wp-content/uploads/2015/07/La-psychanalyse-du-feu-de-Gaston-BACHELARD\\_chapitreV\\_Julien-LAMY.pdf](https://gastonbachelard.org/wp-content/uploads/2015/07/La-psychanalyse-du-feu-de-Gaston-BACHELARD_chapitreV_Julien-LAMY.pdf) (consulté le 3 janvier 2013)

<sup>3</sup> Galien, *Œuvres médicales choisies I. de l'utilité des parties du corps humain*, op. cit., XXXIV.

et leurs dispositions<sup>1</sup>. La physiologie de Galien « désanime » la nutrition et d'une manière significative la vie végétative. Si, pour Platon, celle-ci relevait de l'âme logée dans le foie et, chez Aristote, de l'âme logée dans le cœur, au contraire, chez Galien cette vie végétative relève de la nature et seuls la pensée, la sensibilité et les mouvements volontaires relèvent d'une âme logée dans l'encéphale.

Le foie et le cœur possèdent des principes qui ont perdu le statut d'âme et sont devenus simplement « des natures ». Ils sont considérés comme des organes qui ont une importance moindre par rapport à l'encéphale (un de trois grands appareils décrits par Galien) qui serait l'organe qui loge « l'âme pensante et dirigeante ». Ainsi, Galien affirme dans *Les Facultés Naturelles* :

« Puisque la sensation et le mouvement volontaire sont propres aux animaux, tandis que la nutrition et l'accroissement sont communs aux animaux et aux plantes, ces opérations doivent être attribuées, les premières à l'âme, les secondes à la nature ; mais si l'on accorde aussi une âme aux plantes, et si, distinguant ces âmes, on nomme celle-ci âme végétative, et l'autre, âme sensitive, cela revient encore au même ; seulement on se sert d'un terme peu usité .... Nous dirons que les animaux sont régis à la fois par leur âme et par leur nature, tandis que les plantes le sont seulement par leur nature. Nous dirons encore que l'accroissement et la nutrition sont les œuvres de la nature et non pas de l'âme<sup>2</sup>. »

Nous constatons donc, que pour Galien, il n'y a plus d'âme nutritive comme chez Aristote, mais une fonction de la nature appelée nutrition.

Le corps est, pour Galien, une machine dont chaque organe est construit par le « Créateur », une Providence omnisciente et rationnelle réglant le monde. Il accomplit certaines fonctions et sa raison d'être est son utilité. Les parties sont reliées entre elles grâce à la « sympathie », principe appliqué dans le fonctionnement normal des parties et dans l'explication des maladies. Cette notion est considérée comme étant « sinon magique » du moins comme étant une notion « à tout faire » qui montre un lien ou une relation entre les parties, mais ne l'explique pas.<sup>3</sup>

La nature régisse les fonctions des parties du corps principalement à travers ce que Galien appelle les facultés naturelles. Nous constatons ceci dans l'explication des termes de Galien :

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, XXXVIII.

<sup>2</sup> Galien, *Œuvres médicales choisies II. Des facultés naturelles*, Paris, Gallimard, 1994. I, I, p. 3.

<sup>3</sup> Galien, *Œuvres médicales choisies I. de l'utilité des parties du corps humain, op. cit.*, XXXVII.

« par œuvre, j'entends la chose faite et achevée par l'action des facultés naturelles, comme le sang, la chair et le nerf. J'appelle action le mouvement efficace et la cause de ce mouvement, je la nomme faculté<sup>1</sup>. »

Galien donne des noms très explicites à ces fonctions, dont certaines se trouvent dans toutes les parties du corps alors que d'autres sont particulières à un organe précis. Les facultés de génération, d'accroissement et de nutrition en sont les principales.<sup>2</sup> Nous nous intéressons ici à l'étude de la faculté de nutrition, dont nous observons qu'il s'agit d'une théorie purement empirique et éloignée d'un raisonnement logique, ce qui signifie qu'elle constitue un obstacle épistémologique cognitif selon l'étymologie de G. Bachelard.

Ces facultés naturelles sont véritablement « magiques » comme affirme A. Pichot :

« Galien donne un peu l'impression d'inventer une faculté chaque fois qu'il faut expliquer un processus...<sup>3</sup>. »

Galien définit la faculté de nutrition de la manière suivante: «L'acte même qui consiste à introduire une substance, laquelle sous forme d'aliment vient s'appliquer sur chaque partie du corps nourri, cet acte constitue la nutrition, et la cause de cet acte est la faculté nutritive »<sup>4</sup>. Cet acte relève d'autres facultés afin de nourrir les parties du corps. Ainsi, la faculté nutritive comprend elle-même des facultés altératrice, agglutinative, rétentrice, assimilatrice, augmentative. Ces autres facultés sont propres aux organes, créées en vue de la faculté nutritive. L'action de cette faculté est l'assimilation, au sens où l'aliment qui s'introduit s'assimile à ce qui existe déjà. En effet, il n'y a pas d'altération comme dans la génération, il s'agit donc d'« un changement avec juxtaposition »<sup>5</sup>. Or, Galien définit la nutrition comme « assimilation de l'aliment à l'être nourri » à savoir comme une transformation de l'aliment en matière du corps<sup>6</sup>; c'est donc l'aliment qui est l'objet de cette faculté. Voici la définition d'aliment :

« L'aliment est ce qui nourrit actuellement ; le quasi aliment, qui ne nourrit pas encore, par exemple celui qui est agglutiné ou juxtaposé, n'est pas un aliment dans le sens propre ...C'est ainsi que nous appelons aliment chacune des substances alibiles (propres à nourrir), non qu'elle nourrisse

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, I, I, p.7.

<sup>2</sup> Galien, *Méthode de Traitement*, Gallimard, Paris 2000, p. 21.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. XLI.

<sup>4</sup> *Ibid.*, I I p. 17.

<sup>5</sup> *Ibid.*, I I p. 16.

<sup>6</sup> A. Pichot, *Histoire de la notion de vie*, Paris, Gallimard, 1993, p. 150.

actuellement l'animal, ni qu'elle soit un quasi aliment, mais parce qu'elle peut et doit un jour nourrir si elle est bien élaborée<sup>1</sup>. »

Cependant, Galien précise que dans ce processus d'assimilation, le corps lui-même est susceptible d'être altéré par l'aliment. Galien définit trois grands appareils, correspondant aux trois âmes ou principes, définis précédemment : le foie, les veines et la nutrition ; le cœur, les poumons, les artères et la respiration ; l'encéphale, les nerfs, les muscles et le domaine sensori-moteur. En ce qui concerne l'appareil de la nutrition, le foie, organe principal, transforme les aliments en sang au moyen d'une *faculté sanguinifique*. L'estomac a une fonction de purification partielle des aliments, et les aliments triés, et non expulsés passent à travers les parois de l'estomac et de l'intestin, grâce à de petits trous dont elles sont parsemées, et entrent ainsi dans les veines mésentériques qui les conduisent au foie par la veine porte.

Diverses facultés naturelles interviennent. Le sang fabriqué dans le foie à partir des aliments sert à nourrir les différentes parties du corps. Galien donne également un rôle à la chaleur, dans la coction digestive dans l'estomac, sans la relier précisément à l'action de ses facultés naturelles. Nous voyons ici une prolongation de la mythification du feu,<sup>2</sup> qui est posé comme principe universel d'explication des phénomènes. En ce qui concerne le deuxième appareil galénique constitué par le cœur, les artères et le poumon, il a pour principale fonction la respiration. Il assure la production de la chaleur vitale par le cœur, sa modération par l'air des poumons et sa distribution par les artères aux différentes parties du corps sous forme d'une « *pneuma vitale* ». Cette dernière est produite dans le cœur à partir du sang, de l'air et de la chaleur. Galien ne considère donc plus comme Aristote cette fonction *sanguinifique* du cœur, il lui attribue une fonction quasi respiratoire, et cela même en sachant que les artères véhiculent du sang et non de l'air. En ce qui concerne cette *pneuma vitale*, Galien ne la définit pas clairement<sup>3</sup>. Cependant, il est possible d'affirmer que pour Galien, le cœur est la source de chaleur innée de l'animal, mais il ne le rattache pas à une âme. Ensuite, la respiration a bien pour fonction en même temps de la modérer et d'entretenir cette chaleur, mais le mécanisme n'est pas clair.

Ainsi, la finalité biologique chez Galien n'est plus une finalité interne ni « psychique » comme chez Aristote : la vie végétative relève des principes naturels « physiques » et non « psychiques » ou propres à l'âme. Il s'agit d'une finalité « machinique » introduite de

---

<sup>1</sup> Galien, *Méthode de Traitement*, op. cit., II p. 19.

<sup>2</sup> G. Bachelard, *La psychanalyse du Feu*, op.cit.

<sup>3</sup> A. Pichot, *Histoire de la notion de vie*, op. cit., p. 183.

l'extérieur par un « Créateur ». Ici, la nutrition n'a plus un rôle central, elle est considérée comme une fonction physique parmi d'autres. La médecine de Galien aura comme objectif de réparer cette machine qu'est le corps lorsqu'elle est dérégulée<sup>1</sup>.

### 1.1.5 La médecine galénique

En ce qui concerne la médecine, Galien est fidèle à la conception hippocratique d'une médecine qui a besoin de partir d'une connaissance préalable de la nature humaine et qui relève d'un savoir philosophique. Ainsi, pour Galien, la nature est première et primordiale<sup>2</sup>. Galien considère deux manières différentes d'expliquer les maladies. Les deux manières sont liées entre elles : d'une part, le déséquilibre des humeurs hérité d'Hippocrate et, d'autre part, une conception anatomopathologique où le dysfonctionnement d'un organe peut conduire à son altération ou à une lésion et engendrer la maladie. Ainsi, un déséquilibre des humeurs peut entraîner une altération de tel ou tel organe. A l'opposé, une altération de tel organe entraîne un déséquilibre des humeurs. Les humeurs sont caractérisées par les quatre qualités traditionnelles de l'Antiquité (chaud, froid, humide et sècheresse) et par là elles sont associées aux saisons. L'âge et le tempérament de l'individu sont des facteurs déterminants de l'équilibre et de la prédisposition aux déséquilibres. La maladie peut être provoquée par l'excès ou le manque d'une ou de plusieurs humeurs ou qualités. Les humeurs sont rattachées aux organes. Le déséquilibre humoral peut donc entraîner un dysfonctionnement de l'organe et une altération d'un organe peut se traduire par un déséquilibre humoral. La conception anatomopathologique de la maladie en relation avec la conception biologique utilitaire et instrumentale de Galien occupe un deuxième plan, car c'est la théorie humorale qui prédomine, et cela en particulier pour l'application de la thérapeutique<sup>3</sup>.

En ce qui concerne la thérapeutique, malgré la difficulté des historiens à déterminer et parfois comprendre des principes généraux,<sup>4</sup> Galien considère trois grandes divisions : la chirurgie, la pharmacologie et la diététique. Il considère, comme Platon, que la chirurgie et la pharmacologie étaient connues dès l'époque d'Homère, et il s'appuie sur le témoignage

---

<sup>1</sup> V. Boudon, « *Art, Science et conjecture* », dans *Galien et la Philosophie Entretiens sur l'antiquité classique*, Tome XLIX, Vandoeures, Genève, 2003, p. 28.

<sup>2</sup> J. Jouanna, « *La notion de nature chez Galien* », dans *Galien et la Philosophie Entretiens sur l'antiquité classique*, Tome XLIX, Genève, Vandoeures, 2003, p.268.

<sup>3</sup> *Ibid.*, Introduction, p. LIV.

<sup>4</sup> Galien, *Œuvres médicales choisies II. De la méthode thérapeutique*, op. cit., p. 289.

de Platon dans la *République*, pour dire que la diététique n'était pas connue d'Homère et qu'elle est une branche de la médecine plus récente<sup>1</sup>.

D'une part, la saignée, les ventouses, les ponctions, les diurétiques, les vomissements et les purges, permettent d'éliminer l'excès de sang, de phlegme, de bile ou d'eau. D'autre part, la pharmacologie, consiste en drogues ou médicaments administrées de toutes les manières possibles : pilules, potions, suppositoires, cataplasmes etc. Ces drogues avaient un effet local ou général. Enfin, le régime constitue l'essentiel de la thérapeutique galénique comme chez Hippocrate. La diététique de la médecine Hippocratique est reprise par Galien. De la sorte, certains aliments conviennent à telle ou telle maladie, selon qu'ils sont échauffants, humectants ou desséchants ; ou selon qu'ils favorisent le sang, la pituite, la bile jaune ou la bile noire. L'eau est un élément important du traitement sous diverses formes comme de bains, d'aspersion. Galien estime que :

« Le régime humide convient dans toutes les fièvres aiguës. Donnez donc de la ptisane si elle ne cause pas d'aigreurs, du mélicrat s'il n'engendre pas de bile, des potages du mélicra, du pain où il entre beaucoup d'eau et d'autres aliments doués de la même propriété ou d'une propriété analogue<sup>2</sup>. »

En effet, Hippocrate indique que « les régimes humides conviennent à tous les fébricitants, surtout aux enfants et à ceux qui sont habitués à un tel genre d'alimentation. »<sup>3</sup>

Certes, il est important de souligner que les principes de la thérapeutique galénique sont difficiles à généraliser et parfois à les comprendre. Toutefois, pour cet auteur, d'une manière très explicite, les aliments possèdent en plus de la valeur nutritive des propriétés curatives. Ainsi, les aliments, peuvent en même temps être prescrits dans le cadre d'un régime et figurer dans la composition des médicaments<sup>4</sup>. Voici à titre d'exemple l'utilisation d'un régime humectant et de la farine dans la thérapeutique de l'érysipèle :

« Après avoir saigné pour refroidir le corps et imposé un régime réfrigérant et humectant, on applique sur la partie atteinte une éponge imprégnée d'eau vinaigrée pour ronger les chairs pourries, puis une fois la plaie nettoyée, des cataplasmes à base de farine ayant une action réfrigérante et humectant ; soit ici une action locale alors que la saignée et le régime concernent le corps en entier<sup>5</sup>. »

Cette nouvelle conception de la diététique, fondée sur le système anatomophysiologique résulte donc d'une combinaison d'héritages, d'observations et de découvertes. Elle

---

<sup>1</sup> J. Jouanna, *La naissance de l'histoire de la médecine en Grèce à l'époque classique. Histoire des sciences médicales, op. cit.*, p. 328.

<sup>2</sup> Galien, *Œuvres médicales choisies II. De la méthode thérapeutique, op. cit.*, p. 289.

<sup>3</sup> Hippocrate, *Aphorismes*, Livre I n.16. Le Fébricitant est la personne qui a de la fièvre.

<sup>4</sup> Galien, *Méthode de Traitement, op. cit.*, p. 895.

<sup>5</sup> Galien, *Œuvres médicales choisies I. De l'utilité des parties du corps humain. op. cit.*, Introduction, LV.

marquera la pensée philosophique et médicale et restera le fondement de toute la médecine médiévale, aussi bien musulmane qu'occidentale.

## **1.2 La nutrition de Galien jusqu'au XVIIIème siècle**

Dans cette partie de notre étude, nous allons limiter notre recherche à la période allant du XVIème au XVIIIème siècle. C'est au cours de celle-ci que les thèses antiques concernant la nutrition ont commencé à être mises en question suscitant de nouvelles problématiques. Le bouleversement de la société, la manière de concevoir le monde et la nature humaine, conséquence des découvertes réalisées dans les domaines des sciences, sont autant de facteurs qui rendent raison de ce changement. Cependant, la relation entre ce mouvement intellectuel dénommé « Révolution scientifique » et les sciences telles que la médecine et la physiologie, a donné lieu à de vastes débats entre historiens des sciences depuis plusieurs années<sup>1</sup>. La tendance est à minorer leur rôle dans le mouvement de transformation de la science à cette époque. En effet, ce bouleversement intellectuel a été expliqué uniquement à partir des découvertes accomplies dans le domaine des sciences physiques « pures » comme la physique et les mathématiques et non à partir des « sciences appliquées » comme la médecine et la physiologie. Cela nous conduit donc à réfléchir sur l'évolution de la nutrition au cours de cette période, et, plus précisément, sur son statut épistémologique. Pour cela, il est nécessaire de s'inscrire dans le contexte de « rupture » qui caractérise la « Révolution scientifique ». En effet, le développement des sciences a engendré une spécialisation des domaines de connaissances et donné naissance à différents champs disciplinaires, réorganisés autour de nouveaux principes et théories. Cela justifie la nécessité d'étudier le développement des connaissances de la nutrition en tenant compte de cette spécialisation et de cette division des champs des savoirs scientifiques.

### **1.2.1 Les fonctions de la nutrition**

Le concept de fonction évoque selon Gayon et Ricqlès « l'idée que quelque chose a un rôle, et que cette chose est en fait censée accomplir ce rôle »<sup>2</sup>. Dans les sciences biomédicales, se questionner à propos d'une fonction c'est alors répondre à deux

---

<sup>1</sup> C. Grignon, « La découverte de la circulation sanguine : révolution ou refonte ? », *Gesnerus, Revue suisse d'histoire de la médecine et des sciences naturelles*, 2011, vol. 68, p. 5.

<sup>2</sup> J. Gayon, A. Ricqlès, *Les fonctions : Des organismes aux artefacts* Paris, PUF, 2010, p. 1.

questions : 1) un problème de causalité finale, à savoir pourquoi l'objet existe et pourquoi l'objet est fait comme il est fait. 2) Un problème de causalité efficiente, dans la mesure où il s'agit de définir son action caractéristique ou encore son mode de fonctionnement. Dans ces conditions, la définition du concept de fonction intègre l'idée de finalité et de normativité<sup>1</sup>. Précisons que le mot « fonction » n'apparaît qu'au XVIème siècle (du latin *functio* « accomplissement » et « office », qui est de la famille de *fungi* « s'acquitter de, accomplir ») et n'est utilisé en médecine qu'au XIXème siècle<sup>2</sup>, bien que le discours fonctionnel soit déjà bien présent dans l'esprit des scientifiques dès l'Antiquité.

En ce qui concerne la nutrition, il est important de souligner que celle-ci est considérée comme une fonction dans la physiologie à partir du XVIème siècle. Elle incorpore différentes fonctions comme la digestion, la respiration et la circulation<sup>3</sup>. Cela peut s'expliquer par la participation et l'intégration des systèmes digestif, respiratoire et circulatoire, dans le parcours que l'aliment suit dans le corps afin d'exercer une fonction nutritionnelle. Dans ce cadre, la réflexion théorique à propos de cette fonction répond sur le plan physiologique à deux défis : déterminer le devenir de l'aliment dans l'organisme et déterminer son rôle. Sur le plan médical, le défi est de savoir comment l'aliment et la nutrition contribuent à l'état de santé, de bien-être et de maladie. Pour cela, en premier lieu, il conviendra d'étudier la fonction digestive sous les trois théories prédominantes à cette période, à savoir l'iatrochimie, la mécanique, et le vitalisme. Ensuite, il sera pertinent d'évoquer les apports et conséquences de la découverte de la circulation du sang par William Harvey sur la conception de la nutrition. Il s'agit ici d'étudier l'un des principaux apports des sciences appliquées à la Révolution scientifique. Enfin, notre réflexion analysera les apports de la nouvelle chimie de Lavoisier afin d'expliquer comment la détermination des principes de la fonction physiologique telle que la respiration a contribué à dépasser les obstacles épistémologiques « substantialiste » et « animiste » du feu enracinés dès l'Antiquité, dans la théorie thermocardio-centrique.

### **1.2.2 La fonction de la digestion**

Les thèses galéniques sur la fonction de nutrition se sont perpétuées jusqu'à la Renaissance et elles ont été plus ou moins altérées par diverses influences. Le Chapitre IV

---

<sup>1</sup> *Ibid*, p.2.

<sup>2</sup> J. Gayon, A. Ricqlès, *Les fonctions : Des organismes aux artefacts*, op. cit., p. 2.

<sup>3</sup> G. Canguilhem, « Les fonctions de nutrition », dans *La science moderne*, Paris, PUF, 1969, p. 619-647.



du *Tiers Livre* de Rabelais témoigne des connaissances de l'époque que l'auteur, en tant que médecin, avait employé dans son analyse :

« l'estomac les reçoit (les aliments), les digère et les transforme en chyle ; les veines du mésentère en sucent ce qui est bon et profitable, laissant de côté les excréments, qui, par un dynamisme d'expulsion, sont évacués par un conduit approprié, puis elles portent le restant au foie ; il le transforme aussitôt en sang<sup>1</sup>. »

Dans ce passage, il est possible de reconnaître une fonction digestive galénique. Le foie est l'organe principal qui transforme les aliments en sang au moyen d'une faculté « sanguinifique ». Galien utilise les mots « usage » et « activité » pour caractériser les organes et leur finalité. Ces usages s'associent aussi à un certain nombre de mouvements, comme par exemple les mouvements « d'expulsion ». Le terme « usage » est employé ici pour faire référence aux fonctions des organes. Rappelons que Galien considère le corps comme une sorte de machine faite de parties ou d'organes construits en raison de leur utilité par le Créateur pour accomplir des fonctions spécifiques grâce aux facultés naturelles.

Toutefois, cette influence est explicitée dans les études menées par le médecin français Jean Fernel qui expose, dans son œuvre de 1567 *Universa medicina*, le premier traité de physiologie organisé et systématisé. En effet, jusqu'ici la médecine et la physiologie de Galien ont été transmises et enseignées par les commentaires sur Galien présents dans le *Canon d'Avicenne*, écrit au X<sup>ème</sup> siècle<sup>2</sup>. L'œuvre de Fernel est considérée comme l'exposé le plus complet et le plus détaillé du galénisme de l'époque, revendiquant une influence significative des théories aristotéliennes. Ainsi, de la même manière que Galien, Fernel considère que le sang veineux et les veines sont formés dans le foie et le sang passe du cœur droit au gauche à travers les pores inter ventriculaires et acquiert la chaleur vitale. Deux éléments sont à retenir : l'âme est logée dans le cœur et elle définit la vie par la nutrition en attribuant une fonction vitale à l'âme, reprenant ainsi les acquis d'Aristote :

---

<sup>1</sup> Rabelais, *Le Tiers Livre*, Paris, Flammarion, 1993.

<sup>2</sup> J. Fernel, *The Physiologia of Jean Fernel 1567*, Trad. JM. Forrester American Philosophical Society, Philadelphia, 2003, p.2.

« la nutrition est accomplie par quatre facultés dont la faculté de concoction est la plus importante : elle seule devrait être définie comme nutrition car c'est elle qui accomplit la fonction d'assimilation<sup>1</sup>. »

Ainsi, ce livre est considéré comme le dernier livre de référence qui a servi ensuite de point départ à des nouvelles idées. Son originalité et son importance pour l'histoire des sciences sont dues à la définition du mot *physiologie*. Alors que le mot jusqu'ici était considéré comme l'étude de la nature en général, Fernel limite son champ d'application aux corps animés. Dans la préface de l'œuvre, il définit cette notion de la façon suivante :

« Si les cinq parties de la Médecine complètes sont organisées en ordre, la physiologie serait la première ; elle concerne la nature de l'être humain sain entièrement, tous ses pouvoirs et ses fonctions<sup>2</sup>. »

Par conséquent, il devient nécessaire de se demander comment, à partir de la conception de Fernel, la fonction digestive est appréhendée au cours de cette période.

### 1.2.3 La thèse chimique sur la fonction digestive

L'iatrochimie est une doctrine médicale des XVI<sup>ème</sup> et XVII<sup>ème</sup> siècles qui prétendait soigner et expliquer la vie par la chimie<sup>3</sup>. On considère que son fondateur est le médecin allemand Paracelse<sup>4</sup>. Les idées de Paracelse sont inspirées des théories occultistes que le médecin et philosophe Marsilio Ficino a développé un siècle auparavant. Il développe la théorie de l'esprit qui entraîne le remplacement de la doctrine galénique de l'âme végétative et ses facultés<sup>5</sup>. L'esprit est considéré comme une substance semi-matérielle capable d'expliquer un certain nombre de fonctions comme les fonctions naturelles galéniques de génération, d'accroissement et de nutrition (facultés altératrice, agglutinative, rétentrice, assimilatrice, augmentative). Cette chimie s'est développée au cours de cette période, principalement par son héritier, le médecin et alchimiste Jean Baptiste Van Helmont au XVII<sup>ème</sup> siècle.

Van Helmont développe trois sujets majeurs dans sa physiologie, à savoir la médecine, la génération et la nutrition. Cette dernière acquiert une position prépondérante car elle est

---

<sup>1</sup> *Idib.*, p. 323.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.7.

<sup>3</sup> A. Pichot, *Histoire de la notion de vie, op. cit.*, p. 224.

<sup>4</sup> C. Antonio, « Chemical and mechanical theories of digestion in early modern medicine », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Science*, 2012, vol. 43, p. 329-337.

<sup>5</sup> *Ibid.*

considérée comme l'essence de la vie. Cet auteur propose une alternative à la théorie cardiothermo-centrique de l'Antiquité en développant une physiologie fondée sur les principes de *l'eau, des ferments et de l'archée*. Reprenons chacun de ces éléments afin d'en cerner la spécificité. En premier lieu, *l'eau* est pensée comme le substrat de choses, ce qui montre un retour à la pensée antique et chrétienne<sup>1</sup>. En effet, Van Helmont prétend se référer à la Bible, en particulier à la création du monde par Dieu<sup>2</sup>. Ensuite, les *ferments* sont considérés comme des agents capables de transformer l'eau. Ils ont été créés par Dieu et peuvent expliquer de nombreuses transformations, ce qui les rapproche des *facultés naturelles* de Galien. Plus précisément, les *ferments* correspondent à tout corps capable de convertir un autre dans sa propre substance<sup>3</sup>. Ils sont donc les responsables de l'assimilation de l'aliment. De la même manière que Galien pose les facultés naturelles, Van Helmont n'explique pas le mode d'action de ces ferments, dans la mesure où pour lui dans ces actions, c'est Dieu qui agit. Enfin, *l'archée* est considérée comme un principe immatériel, général et qui agit par l'intermédiaire des *ferments*, dans ce qu'il appelle le « *duumvirat* » et qui correspond à la rate et à l'estomac<sup>4</sup>. *L'archée* est à l'origine des fonctions, dont celle de la digestion considérée comme la fonction principale :

« il faut expliquer plus amplement, souligne Cap, cette cause efficiente et apprendre à connaître particulièrement leur architecte et l'esprit génératif que l'auteur nomme *Arches Faber* : car il faut de nécessité que tout ce qui naît naturellement soit accompagné d'un directeur intérieur<sup>5</sup>. »

La physiologie de Van Helmont ne dépend pas de l'âme, car *l'archée* assure les fonctions digestives. Cependant, il existe trois âmes localisées au même endroit, le *duumvirat* et qui commandent *l'archée*. En d'autres termes, *l'archée* est l'instrument de *l'âme* et les *ferments* sont les instruments de *l'archée*. Pour Van Helmont, l'âme est ce « *par quoi les êtres vivants diffèrent des objets inanimés* »<sup>6</sup>. Celle-ci, qui serait de l'unique ressort du Dieu, concerne principalement le domaine sensori-moteur. Ainsi, les êtres vivants relèvent d'une âme, *des archées et des ferments*.

Ces principes sont utilisés dans la physiologie de Van Helmont. En ce qui concerne la nutrition, son importance se manifeste en lui attribuant six digestions, placées sur différents

---

<sup>1</sup> A. Pichot, *Histoire de la notion de vie*, op. cit., p. 235.

<sup>2</sup> Genèse, 1, 6-10. « Au commencement, et avant le premier jour, Dieu créa le ciel et la terre ». L'eau est placée dans le ciel, donc, selon Van Helmont, elle a une place de premier ordre.

<sup>3</sup> P.A. Cap, *Van Helmont*, Paris, 1852, p.13.

<sup>4</sup> A. Pichot, *Histoire de la notion de vie*, op. cit., p. 250.

<sup>5</sup> P.A. Cap, *Van Helmont*, op.cit., p.13.

<sup>6</sup> A. Pichot, *Histoire de la notion de vie*, op. cit., p. 259.

organes et conçues sur un mode alchimique. Sa théorie remplace la conception aristotélicienne de la chaleur par l'action des ferments et elle a pour but de comprendre comment ceux-ci transforment et assimilent les aliments au corps. Nous constatons ici un premier effort dans l'histoire de sciences pour dépasser l'obstacle épistémologique de la chaleur. Les six digestions étaient placées dans l'estomac, le duodénum, le foie, deux dans le cœur, et dans les différentes parties du corps. Il est cependant utile de détailler les différentes digestions : c'est la première digestion, celle de l'estomac, qui a été la plus étudiée par Van Helmont. Le *ferment* de cette digestion a un caractère acide, reconnaissant ainsi l'acidité des aliments vomis. Celle-ci n'est qu'un instrument par lequel le *ferment* agit, elle n'est pas en soi le *ferment*. Ce *ferment* stomacal, qui vient de la rate, a un caractère spécifique à chaque espèce animale selon le type d'aliment que l'on consomme pour le transformer dans un type spécifique de chair. Rappelons que c'est dans la rate que se trouve l'archée principale pour Van Helmont :

« la considération de ce *ferment* (stomacal) (que les Ecoles ont ignoré) est très nécessaire, parce que c'est lui qui préside au gouvernement de la vie<sup>1</sup>. »

La deuxième digestion, placée au duodénum, est alcaline et donc capable de neutraliser l'acidité du contenu stomacale. Le *ferment* est constitué par la bile qui arrive dans l'intestin par le cholédoque. La bile, pour Van Helmont, n'est pas un déchet de la fonction *sanguinifiant* du foie, comme pour Galien, mais un *ferment* « noble ». Le chyle <sup>2</sup> préparé lors de la deuxième digestion intestinale et biliaire passe dans les veines du mésentère « ou mésaraiques » pour atteindre le foie, et par un mécanisme galénique, « partie par imbibition (comme fait l'eau chaude à travers une vessie de pourceau) et partie par un sucement sympathique à travers leurs pores, qui sont ouverts pendant la vie et fermés pendant la mort »<sup>3</sup>. La troisième digestion se déroule dans le foie, grâce à un *ferment sanguinifiant*. Le chyle est sanguinifié par le principe galénique qui utilisait un réseau de fins vaisseaux afin de purifier le chyle. Ensuite, les reins réalisent une deuxième purification. Les quatrièmes et cinquièmes digestions ont lieu dans le cœur. Le sang en provenance du foie arrive par la veine cave au cœur et convertit le sang en sang « jaune et

---

<sup>1</sup> J.B. Van Helmont, *Traitant des principes de médecine et physique*, Lyon, Jean Antoine Huguetan et Guillaume Barbier, 1671, p.141.

<sup>2</sup> Diderot au XIX siècle définit le chyle comme « un suc exprimé des aliments pour être porté dans le sang. Il paraît être d'une nature aqueuse et oléagineuse. Blanc, doux, acescent ; il a tout rapport à une émulsion, il est fait de la farine des végétaux et de la lymphe et de l'huile des animaux ». Denis Diderot, « Eléments de physiologie », dans *Œuvres complètes*, vol IX, Paris, Garnier, 1875-1877, p. 297.

<sup>3</sup> J.B. Van Helmont, *Traitant des principes de médecine et physique*, *op.cit.*, p. 147.

volatile ». A partir de ce sang artériel, la cinquième digestion fabrique l'esprit de vie, qui est l'équivalent au *pneuma vital* de Galien. Il est probable que Van Helmont, contemporain de Harvey, n'ait pas connu ses travaux sur la circulation sanguine car il décrit la fabrication de l'esprit de vie « par une inspiration de sang à travers le septum ». La sixième digestion consiste dans l'assimilation de l'aliment sanguin par les tissus et se réalise dans les différentes parties du corps : « La sixième digestion s'achève en chaque partie qui font chacune leur cuisine sous la direction de leur esprit inné »<sup>1</sup>. Le sang veineux nourrissait les muscles et le sang artériel chargé de l'esprit vital nourrissait les viscères. Chaque partie a sa propre *archée* qui participe à l'assimilation de l'aliment sanguin, et cela d'une manière indépendante de l'*archée* principale de la rate. L'aliment est ainsi transformé au cours de la digestion afin de devenir la matière du corps. Ce qui est significatif ici, c'est l'idée que le corps est aussi transformé par l'aliment et cela grâce à la « *vie moyenne* » de l'aliment, c'est-à-dire que l'aliment, en conservant certaines propriétés originales comme son odeur ou ferment pendant l'assimilation, est capable de transformer le corps.

En conséquence, Van Helmont propose une physiologie alternative qui remplace la chaleur par un principe chimique qui agirait selon une commande placée dans le *duumvirat*, l'*archée*. Ainsi, la fonction de nutrition, et plus particulièrement la notion d'assimilation, se trouvent au fondement de l'explication de la vie par les chimistes. En ce sens, comme le souligne Bachelard, la « chimie prétend s'instruire en scrutant les phénomènes de la digestion »<sup>2</sup>. Ces explications chimiques, encore « alchimiques » riches en *a priori* et en spéculations, vont être très critiquées par un esprit qui est de plus en plus scientifique<sup>3</sup>. Cependant, ils influencent au cours de cette période une autre physiologie, celle qui sera conçue par Descartes.

#### 1.2.4 La thèse mécaniste de la fonction digestive

Descartes conçoit au début du XVII<sup>e</sup> siècle trois sciences distinctes, à savoir la médecine, la mécanique et la morale. La physiologie est la partie la plus développée de la médecine de Descartes. Il entend la physiologie comme l'entend Fernel à l'époque :

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 149.

<sup>2</sup> G. Bachelard, *La formation de l'esprit scientifique*, *op. cit.*, p. 208.

<sup>3</sup> C'est à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle que la théorie de la digestion comme un phénomène purement chimique a vu le jour d'après les travaux de Reamur et Spallanzani.

« La physiologie enseigne par l'effet de la démonstration la connaissance de la composition naturelle de l'homme<sup>1</sup>. »

La physiologie serait la partie théorique de la médecine qui a recours à des lois de la physique pour expliquer les fonctions vitales comme la fonction de digestion<sup>2</sup>. Afin de comprendre la physiologie cartésienne, des prémices sont nécessaires : l'homme est composé de deux substances, la substance étendue, celle du corps, et la substance pensante, celle de l'âme humaine. Cette précision est d'importance car elle permet de saisir la raison pour laquelle l'auteur de *Les Méditations métaphysiques* fait du vivant une machine. Ses fondements physiologiques sont aristotélico-galéniques en ce qui concerne la conception d'une chaleur interne et le découpage du corps en organes. Ses propres observations ainsi que la tradition antique ne lui permettaient pas de mettre en cause ces principes. Toutefois, pour Descartes, l'être vivant est un « *automate mécanique* », créé par Dieu et son « *moteur* » est une chaleur placée dans le cœur. Cette chaleur entendue comme un « *feu sans lumière* »<sup>3</sup> est à l'origine de la vie. A la différence d'Aristote pour qui la chaleur était un instrument pour l'âme, dans la physiologie de Descartes, la chaleur est produite par l'agitation des particules. L'âme n'étant qu'une substance immatérielle, du domaine de la pensée, les âmes végétatives et sensibles d'Aristote disparaissent, à la différence de *l'archée* de Van Helmont qui possède des fonctions végétatives comme celle de la nutrition. Cela permet du même coup de faire du corps une substance qui relève de lois physiques propres, à savoir celles de la mécanique. L'âme produit la pensée et des lois mécaniques ne lui sont pas appliquées<sup>4</sup>, bien que l'âme agisse particulièrement sur le corps par l'intermédiaire de la glande pinéale, étant même « unie à toutes les parties du corps conjointement »<sup>5</sup>. Par conséquent, l'être vivant est considéré comme un automate dans la mesure où il a en soi le principe de son mouvement, ses propres lois de transformation. Cette autonomie est déjà attribuée à l'être vivant chez Aristote et elle est reconnue pour Galien uniquement dans l'âme encéphalique. Cependant, Descartes *désanime* l'être vivant en lui attribuant un principe de vie, qui n'est plus une âme, mais une chaleur ordinaire produite, selon l'application des lois physiques, par le mouvement des particules

---

<sup>1</sup> V. Aucante, *La philosophie médicale de Descartes*, PUF, Paris, 2006, p. 150.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 49.

<sup>3</sup> Descartes, *Discours de la méthode, Œuvres philosophiques*, Paris, Edition de F. Alquié, Garnier, 1998, p. 619.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p.346.

<sup>5</sup> V. Aucante, *La philosophie médicale de Descartes, op. cit.*, p. 33.

du cœur. Le principe de vie est ici plus un préalable à l'entendement de la nature humaine qu'un instrument nécessaire pour définir des fonctions vitales.

Dans ce cadre, la physiologie de Descartes place la nutrition au cœur des fonctions vitales. En effet, dans la physiologie de Descartes, le principe d'une division du corps en parties ou organes définis par leur fonction, laquelle est définie par son utilité, est repris de Galien. Cependant, Descartes attribue des fonctions différentes aux organes selon les lois de la mécanique et non selon les facultés naturelles. Ainsi, chaque fois que Galien attribue normalement une faculté naturelle à une fonction, Descartes utilise une explication mécanique. Une autre caractéristique de la physiologie cartésienne est la présence de la notion de fermentation, entendue comme l'action ou le principe majeur des différentes fonctions du corps, y compris la digestion. La fonction de la digestion a pour rôle de fournir à l'organisme les éléments nécessaires pour entretenir la chaleur et donc de maintenir la vie. Cette fonction débute ainsi dans l'estomac par l'action d'une chaleur d'origine « chimique » comparée à celle de la fermentation. Cette conception d'une chaleur chimique ayant une explication physique qui est l'agitation des particules, a pour origine une fermentation à travers des liquides, qui serait proche de celle de la fermentation de son contemporain Van Helmont. Cependant, l'explication de Descartes reste insatisfaisante. Les aliments, pour Descartes, peuvent se fermenter eux-mêmes, ce qui pose alors la question de l'utilité de ces liquides. Ces derniers proviennent du fonctionnement de la machine cardiaque et sont apportés par le sang, ce qui semble favoriser la digestion, comme nous le constatons dans le *Discours de la méthode* :

« Puis la coction (digestion), comment se ferait-elle en l'estomac, si le cœur n'y envoyait de la chaleur par les artères, et avec cela quelques-unes des plus coulantes parties du sang, qui aident à dissoudre les viandes (aliments) qu'on y a mises ?<sup>1</sup>. »

Après l'échauffement des aliments dans l'estomac, ils descendent dans l'intestin grâce à l'agitation des particules alimentaires qui produit la chaleur. L'intestin fait un tri entre les particules alimentaires fines et grosses. Les grosses sont éliminées ou descendent de nouveau dans l'intestin où s'opère un second crible. Les plus fines passent à travers des petits trous dans les veines mésentériques et arrivent au foie par la veine porte. C'est dans le foie que l'aliment est transformé en sang, thèse reprise de Galien, où la fonction sanguinifique est remplacée par une loi mécanique, la filtration, comme le précise le passage suivant :

---

<sup>1</sup> Descartes, *Discours de la Méthode, op. cit.*, AT XI, p. 626.

« Il est ici à remarquer que les pores du foie sont tellement disposés, que lorsque cette liqueur entre dedans, elle s'y subtilise, s'y élabore, y prend la couleur, et y acquiert la forme du sang : tout ainsi que le suc des raisins noirs, qui est blanc, se convertit en vin clairet, lorsqu'on le laisse cuver sur la râpe<sup>1</sup>. »

Descartes utilise la comparaison avec la fermentation du vin pour caractériser le principe mécanique de la filtration. Après le foie, le sang arrive dans le cœur droit par la veine cave et il est échauffé par la chaleur mécanique. Le sang passe dans le poumon par l'artère pulmonaire et revient par le cœur gauche par la veine pulmonaire. Il est ensuite distribué aux organes du corps par l'aorte. Les particules apportées par les artères traversent les pores et s'accrochent à la racine de « petits filets » dont sont composés les tissus. Ainsi, les filets s'accroissent par des ajouts successifs de particules adéquates. C'est la taille des trous dans les parois artérielles qui détermine le choix des particules. Ainsi, la faculté attractive de Galien est remplacée par un mouvement de filtration mécanique.

En conséquence, la nutrition pour Descartes consiste en un remplacement, à travers les artères (et non les veines comme chez Galien et Aristote) des éléments qui ont été arrachés à ces petits filets. Chez l'enfant les tissus sont mous et par conséquent les pores des parois artérielles peuvent s'ouvrir facilement vers les racines des petits filets. La croissance des tissus est ainsi assurée. Chez l'adulte, les tissus sont plus fermés, la nutrition ne fait que renouveler les tissus. De cette manière, les flux d'humeurs selon leur abondance peuvent expliquer l'amaigrissement ou l'engraissement<sup>2</sup>. En conséquence, le sang serait une « humeur semblable à du levain » qui anime le « *feu sans lumière* » du cœur<sup>3</sup>. Le concept d'humeur vient certainement d'Hippocrate, même si Descartes lui donne un sens nouveau qui est cohérent avec ses principes physiques.

Il est important ici de noter l'évolution de la théorie cardiothermo-centrique. Descartes l'utilise pour expliquer le fonctionnement de l'organisme, mais en l'interprétant dans une optique mécaniste. Cette position est explicite dès le début de l'œuvre de la *Description du Corps* :

« Et afin qu'on ait d'abord une notion générale de toute la machine que j'ai à décrire : je dirai ici que c'est la chaleur qu'elle a dans le cœur, qui est comme le grand ressort, et le principe de tous les mouvements qui sont en elle<sup>4</sup>. »

---

<sup>1</sup> Descartes, *L'Homme et un traité de la formation du foetus*, avec les remarques de Louys de La Forge, Paris, J. Le Gras, 1664, AT XI, p.123.

<sup>2</sup> A. Pichot, *Histoire de la notion de vie*, op. cit., p. 358.

<sup>3</sup> V. Aucante, *La philosophie médicale de Descartes*, op. cit., p.157.

<sup>4</sup> Descartes, *Description du corps humain*, *Œuvres philosophiques*, Edition de F. Alquié, Paris, 1998, AT XI, p. 226-227.



L'auteur a, en effet, recours à la chaleur par une nécessité théorique, car il considère la chaleur comme un « transformateur et un principe universel d'explication des phénomènes ». C'est le sang qui apporte la chaleur mais aussi la nourriture sous forme de particules aux organes. Les organes sont alors incapables de produire leur propre chaleur. Nous voyons ici comment cette physiologie est encore loin de la conception énergétique et métabolique. Dans cette conception de la nutrition, nous pouvons observer un mouvement perpétuel de changement ou « *turnover* » entre les particules apportées par le sang et les organes. Ainsi, la nécessité d'un flux perpétuel de la matière permet de donner à Descartes un rôle à l'aliment une fois que l'organisme a cessé sa croissance. Cependant, il n'explique pas à quoi sert ce flux de matière. Sur ce point ni Aristote ni Galien ne donnent de réponse claire<sup>1</sup>.

Il s'ensuit que la nutrition, par sa fonction digestive, est au cœur de la physiologie de Descartes. D'une part, elle assure le maintien d'une chaleur qui alimente un « feu sans lumière », ce qui engendre la vie, et d'autre part, grâce à un permanent *turnover*, la nutrition assure la croissance et l'échange des matières des organes. Compte tenu de ces éléments, le principe de la circulation du sang a un rôle fondamental. Or, Descartes, établit le principe de la circulation du sang avant le médecin anglais William Harvey à qui on attribue la découverte des principes de la circulation du sang, qu'il publiera en 1628 dans *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus*. Or, Descartes dans son œuvre, critique et défend en même temps Harvey. Selon l'auteur du *Discours de la méthode*, les deux thèses sur la circulation, la sienne et celle de Harvey, sont produites par l'imagination, et il prétend que c'est l'expérience qui doit trancher entre les deux. Ainsi, par les expérimentations, Descartes va tenter d'éliminer l'interprétation de son rival et ceci sans aucun *a priori*<sup>2</sup>. Cela conduit donc à se poser la question suivante : quel est l'apport de la découverte de la circulation sanguine dans la construction des connaissances sur la nutrition ?

### 1.2.5. La fonction circulatoire

L'importance de la découverte du principe de la circulation du sang, attribuée au médecin anglais William Harvey, tient selon C. Crignon « moins à la rupture qu'elle instituerait vis-à-vis de la science médicale des Anciens, qu'à la manière dont elle engage

---

<sup>1</sup> A. Pichot, *Histoire de la notion de vie, op. cit.*, p. 361.

<sup>2</sup> V. Aucante, *La philosophie médicale de Descartes, op. cit.*, p. 195.

une véritable refonte du savoir sur l'homme »<sup>1</sup>. Autrement dit, cette découverte ne signifie pas uniquement le début de l'abandon de la théorie des humeurs ou l'abandon de la physiologie galénique, mais elle tient aussi au fait qu'elle suscite des tensions entre différents types de représentation du corps, et qu'elle souligne la nécessité de connaître le corps humain. Ainsi, cette découverte ne serait pas considérée comme révolutionnaire, mais comme un événement qui a permis de connaître les « merveilles » du corps humain<sup>2</sup>. Ces « merveilles » désignent une réalité que « l'esprit humain n'a pas encore pu élucider ». C'est un fait décisif qui suscite la curiosité et ouvre de nouveaux horizons pour continuer les expériences et les observations dans ce domaine de connaissance.

Ainsi, la découverte des principes de la circulation du sang entraîne une double conséquence dans l'histoire des sciences. D'une part, la circulation est la première fonction de l'organisme à être élucidée et cela grâce en partie à une méthodologie expérimentale. D'autre part, le principe de la circulation et la conception de la nature humaine, selon la description de Harvey, sera le fondement des théories biologiques développées au cours de deux siècles suivants, qu'elles soient mécaniste, animiste ou vitaliste, ce qui sera déterminant pour le développement des connaissances sur la nutrition. Dans ce contexte, il faut se demander comment cette découverte et cette nouvelle conception de la nature de l'homme contribuent au développement de la physiologie de la nutrition au cours des siècles suivants.

La conception de circulation se fonde sur le concept de cercle introduit par l'école platonicienne. Celle-ci considère le cercle comme un principe, et comme le symbole de l'unité de l'œuvre de la Nature<sup>3</sup>. Ainsi, William Harvey, qui est contemporain de Descartes, décrit un mouvement circulaire du sang sortant du cœur par les artères et y revenant par les veines. C'est en effet une nouveauté car les médecins et scientifiques antérieurs s'accordaient sur un mouvement unidirectionnel du sang ayant comme point de départ le foie ou le cœur. Harvey procède davantage à une démonstration par l'expérience des faits déjà décrits par ses prédécesseurs qu'à une véritable découverte.<sup>4</sup> Voici sa description:

---

<sup>1</sup> C. Grignon, « La découverte de la circulation sanguine : révolution ou refonte ? », *op. cit.*, p. 5-25.

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> V. Aucante, *La philosophie médicale de Descartes*, *op.cit.*, p.216.

<sup>4</sup> M. Voisin, *William Harvey et la circulation sanguine*, Académie des sciences et des lettres de Montpellier, 2011, p. 367-379.

« Les raisonnements et les démonstrations expérimentales ont confirmé que le sang passe par les poumons et le cœur, qu'il est chassé par la contraction des ventricules, que de là il est lancé dans tout le corps, qu'il pénètre dans les porosités des tissus et dans les veines, qu'il s'écoule ensuite par les veines de la circonférence au centre, et de petites veines dans les grandes qu'enfin il arrive à la veine cave et à l'oreillette droite du cœur<sup>1</sup>. »

Deux éléments méritent ici une précision : premièrement, sa théorie est fondée sur des démonstrations expérimentales. Harvey a pratiqué des vivisections animales qui lui ont servi pour étudier la circulation et les mouvements du cœur. En effet, le cœur, considéré comme un muscle et fonctionnant comme une bombe, permet de faire circuler le sang. Ce mouvement de circulation a donc une fonction, qui consiste à apporter de la chaleur et de la nourriture aux différentes parties du corps. Deuxièmement, pour Harvey, deux facultés sont nécessaires, une pour le mouvement du cœur (faculté pulsatile) et une pour la transformation du sang (faculté sanguinifiante). Rappelons que, pour Galien, le mouvement centrifuge (mouvement du sang à partir du foie) du sang remplit la même fonction, à savoir celle qui permet d'apporter la chaleur<sup>2</sup>. La respiration avait comme fonction de refroidir la chaleur du cœur. Harvey, fidèle à la tradition, considère que le cœur est le centre vital « ainsi, le cœur est le principe de la vie (...) en nourrissant, réchauffant et animant le sang, ce divin organe sert tout le corps : c'est le fondement de la vie et l'auteur de toutes choses »<sup>3</sup>. Le cœur est ainsi un contenant où le sang revient dans un mouvement perpétuel pour récupérer de la « chaleur vitale ». Le cœur a aussi une fonction dans la guérison des maladies, car il réagit en produisant la chaleur qui se manifeste sous forme de fièvre et qui est distribuée au corps pour guérir. Harvey, dans ces expériences, prétend aussi montrer que les veines et les artères contiennent un même sang. Il « démontre » que le sang artériel n'est pas un sang en ébullition et qu'il ne contient pas un *pneuma vital* comme le considérait Galien. Harvey explique la différence de couleur du sang des artères et des veines par le degré de filtration et non par une transformation chimique comme pour Descartes ou la présence de *pneuma vital*. Il faut noter que la notion du cœur comme générateur de la chaleur est ensuite mise en question par Harvey lui-même : « Le cœur, comme quelques-uns le croient, n'est pas la source de la chaleur et du sang. »<sup>4</sup> Il s'agirait d'un mouvement perpétuel, où le cœur serait chauffé par le sang à travers les artères coronaires et ensuite ce serait le cœur qui donnerait la chaleur au sang.

---

<sup>1</sup> W. Harvey, *La circulation du sang*, trad. Charles Richet, Genève, Alliance Culturelle du Livre, 1962, p. 131.

<sup>2</sup> A. Pichot, *Histoire de la notion de vie*, op. cit., p. 300.

<sup>3</sup> W. Harvey, *La circulation du sang*, op. cit., p. 99.

<sup>4</sup> A. Pichot, *Histoire de la notion de vie*, op. cit., p. 302.

Il s'ensuit que la fonction de circulation et la fonction digestive s'entrecroisent. Le mouvement de circulation du sang permet aux aliments non seulement de se transformer en sang, mais aussi d'atteindre les organes solides pour y être assimilés. Cette conception d'un organisme considéré comme une sorte de « machine hydraulique »<sup>1</sup>, faite de parties solides contenant et de fluides circulants, a influencé la physiologie des principaux courants théoriques de deux siècles postérieurs. Dans ce contexte, il s'agit de s'interroger sur l'évolution de la fonction de la nutrition.

### 1.2.6 La synthèse des thèses mécaniques et chimiques

A la fin du XVII<sup>ème</sup> siècle, le célèbre professeur hollandais Hermann Boerhaave est le principal représentant de la médecine et de la physiologie de l'époque<sup>2</sup>. Il est considéré comme un éclectique, qui a synthétisé et systématisé les idées de ses contemporains, notamment Descartes et les chimistes français<sup>3</sup>. Il établit une physiologie à partir de la chimie et de la mécanique. Cependant, il considère que la chimie explicite mieux que la mécanique les caractéristiques individuelles du corps : la mécanique est plus concernée par la théorie générale du fonctionnement du corps<sup>4</sup>. Sa description de « la physiologie » dans son œuvre, les *Institutions de Médecine*, est affinée par une excellente connaissance de l'anatomie et des diverses fonctions des organes. Deux préalables à la compréhension de sa physiologie sont nécessaires. D'abord, il définit l'homme à partir de deux substances, à savoir l'âme et le corps, sur le modèle de Descartes. Il reconnaît une relation entre ces deux notions qu'il est cependant incapable d'expliquer<sup>5</sup>. Ensuite, il entend l'homme comme une machine hydraulique faite des fluides contenus dans des parties solides. La première partie de l'ouvrage *Institutions de Médecine* s'appelle « physiologie » ou « Economie de l'homme, traité de l'usage des parties ». L'auteur prétend dans ce chapitre expliquer la vie et il définit la fonction :

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 302.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.446.

<sup>3</sup> R. Knoeff, *Herman Boerhaave, Calvinist chemist and physician*. Amsterdam, Edita Knaw, 2002.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p.183.

<sup>5</sup> A. Pichot, *Histoire de la notion de vie. op. cit.*, p. 445.

« la faculté d'exécuter ces mouvements par le moyens de ces instruments (les organes) s'appelle fonction ; ce n'est que par des lois mécaniques que ces fonctions se font, et ce n'est que par ces lois qu'on peut les expliquer <sup>1</sup>. »

Dans ces conditions, il s'agit d'étudier les choses naturelles ou conformes aux lois de la nature, dans lesquelles les solides sont considérés comme « des vaisseaux qui contiennent les humeurs » ou des « instruments » liés entre eux.

Concernant la fonction digestive, Boerhaave utilise les principes de la chimie pour expliquer les transformations des aliments. Il utilise une chimie « active » fondée sur les principes du mouvement, empruntée à Newton, qui détermine la nature d'une substance particulière<sup>2</sup>. Ainsi, les deux actions chimiques sont la fermentation et la corruption (ou dissolution) causées par un mouvement particulier. Si le mouvement est orienté de façon à unir les particules, c'est la fermentation. Au contraire, si le mouvement détruit les particules, il s'agit de la corruption. La fonction digestive, considérée comme la transformation de l'aliment conçue sous les lois mécaniques et les principes chimiques, débute par la mastication et se termine dans la fluidification du sang. Les aliments ainsi ne subissent qu'une transformation chimique grâce à la fonction digestive<sup>3</sup>. Ils sont ensuite transformés au cours de différentes actions comme la chylofication (formation du chyle). En effet, la théorie de la nutrition de Boerhaave est caractérisée par une nouveauté : le corps est considéré comme une « *machine chylopoietique* » qui produit un « *jus intermédiaire : le chyle* » qui résulte de la transformation de la substance alimentaire pour réparer la chair du corps<sup>4</sup>. Il s'agit encore d'un processus dont la matière est transformée grâce aux lois de l'hydraulique. Jusqu'au XVII<sup>e</sup> siècle, le sang était considéré comme le principal nutriment du corps. Le sang était le « *paulus* » ou le combustible pour le corps et l'âme. Cependant, avec Boerhaave, à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, la théorie des humeurs commence à être sérieusement questionnée et le sang à perdre son rôle prépondérant. Ainsi, en plus du sang, le chyle est aussi considéré comme un nutriment pour le corps. En conséquence, Boerhaave conçoit le corps comme une « machine chylopoietique » où la

---

<sup>1</sup> H. Boerhaave, *Institutions de Médecine*, volume I, Trad. M de la Mettrie. Paris, Huart, Briasson, et Duart eds., 1668-1738.

<sup>2</sup> R. Knoeff, *Herman Boerhaave, Calvinist chemist and physician. op. cit.*, p. 15.

<sup>3</sup> Les travaux expérimentaux chez l'animal, fin XVII<sup>e</sup> siècle, de Réaumur et de Spallanzani vont confirmer le caractère chimique de la digestion : Les aliments seraient rendus liquides par des substances chimiques secrétées par les organes.

<sup>4</sup> B. Orland, « The Fluid mechanics of nutrition: Herman Boerhaave's synthesis of seventeenth –century circulation physiology », dans *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Science*, Elsevier, 2012, vol. 43, p. 357-369.

force conjointe des organes produit ce jus nutritif. Ce jus subirait un mouvement constant, un renouvellement à travers le corps. Ici le processus de chyliification dépasse le simple processus de digestion stomacale.

Au sein de cette théorie physiologique de la nutrition, nous constatons deux autres caractéristiques<sup>1</sup>. Premièrement, la circulation a une double fonction. D'une part, ces fluides arrachent par friction des particules aux parties solides, et d'autre part, elle apporte des nouvelles particules d'origine alimentaire qui remplacent les pertes occasionnées par la friction. La consistance des tissus s'endurcit avec l'âge et rend plus difficile le passage des fluides en se remplissant de solides<sup>2</sup>. Deuxièmement, le cœur est un muscle auquel il attribue une fonction pulsatile et qui n'a pas de chaleur propre. Il est chauffé par le sang qui est chauffé dans le poumon. Boerhaave considère que la nutrition est l'une des « plus parfaites actions de la nature » car « pour qu'il la fasse bien, il faut que toutes les actions précédentes se fassent bien »<sup>3</sup>. La nutrition est une action, que réalise la fonction de nourrir entendue comme la capacité de « réparer les pertes que les parties solides et leurs fluides font sans cesse par leurs mouvements, et cela en même quantité et en même qualité ». Ainsi, de la même manière que ses contemporains inspirés de la médecine galénique, Boerhaave analyse les différentes étapes de la transformation des aliments dans le corps, et en reconnaissant la capacité du corps à réparer ses pertes constantes par l'aliment, il montre que la fonction de nutrition est une condition de la vie.

Prenant en compte ces éléments, trois considérations s'imposent à la fin du XVIIème siècle. Tout d'abord, nous constatons que les nouvelles analyses à propos des fonctions de la nutrition, fondées sur les principes de la physique et la chimie, ne remplacent pas la théorie des humeurs, mais l'intègrent. Même si elles commencent à être mises en question,

---

<sup>1</sup> Nous pouvons résumer la physiologie digestive de la façon suivante : la transformation des aliments débute par la mastication, suivie par une digestion stomacale où participent d'autres humeurs, comme la bile et les fluides nerveux, lesquels dissolvent les aliments. Ensuite, dans l'intestin, grâce à la fonction de chyliification, se forme le chyle et se séparent les écristements. Le chyle entre dans les veines lactées grâce aux contractions musculaires. Après, le chyle passe par la veine mésentérique, et la veine porte et est absorbée par les vaisseaux lactés, puis grâce à la contraction des fibres intestinaux et la pression aortique, le chyle voyage alors au duct thoracique et à la veine subclavienne. Le chyle est mélangé avec d'autres fluides. Ensuite, la sanguification est réalisée dans le cœur et le thorax, où le chyle est transformé ou « dissous » et « digéré » par l'auricule et le ventricule du cœur puis envoyé dans l'artère pulmonaire. Ainsi, le chyle acquiert une configuration souhaitable pour composer les solides et les fluides du corps. En plus de la circulation, la respiration est aussi une fonction au service de la nutrition. D'une part, l'expansion et la compression des poumons aident dans le polissage du matériel nutritif, d'autre part, la respiration permet aux fluides nutritifs de devenir plus subtils.

<sup>2</sup> A. Pichot, *Histoire de la notion de vie, op. cit.*, p. 447.

<sup>3</sup> H. Boerhaave, *Institutions de Médecine, op. cit.*, p. 309

elles persistent dans la pensée médicale jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle. Enfin, dans les conceptions mécaniques et chimiques de la vie, les âmes végétative et sensitive d'Aristote disparaissent pour donner place à une âme qui n'est que pensante. Du même coup, les fonctions nutritives sont dépendantes des lois issues de la mécanique. Cela suscite des critiques et des réactions qui conduisent au vitalisme.

### 1.2.7 Le vitalisme

Le vitalisme commence à la fin du XVII<sup>ème</sup> siècle et s'achève dans la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup>. Quoique le vitalisme ne soit pas une théorie unitaire, il peut être caractérisé comme une « doctrine d'après laquelle il existe en chaque être vivant un "principe vital", distinct à la fois de l'âme pensante et des propriétés physico-chimiques du corps, gouvernant les phénomènes de la vie »<sup>1</sup>. Ce principe vital est donc irréductible aux principes physiques. Il s'agit même d'affirmer « qu'il leur est même opposé, et qu'il doit combattre l'effet destructeur qu'ils sont supposés avoir sur l'être vivant »<sup>2</sup>. Cette théorie a été largement critiquée à l'époque, car elle prétendait s'opposer aux doctrines établies, à savoir à la chimie et au mécanisme cartésien, même si en partie elle les intégrait. Canguilhem considère cette théorie comme la plus féconde de cette période. Il souligne que « rendre justice au vitalisme, ce n'est finalement que lui rendre la vie »<sup>3</sup>. Reste donc à déterminer ce que l'existence de ce principe vital apporte réellement aux fonctions de la nutrition.

Le vitalisme sous la forme d'animisme est considéré comme la théorie la « plus originale » du XVIII<sup>ème</sup> siècle. L'animisme soutient qu'une seule et même âme est en même temps principe de la pensée et de la vie organique. Le principe vital est assimilé à l'âme au sens psychologique moderne et au sens chrétien du mot « âme ». Son représentant, le médecin et chimiste allemand Georg Ernst Stahl (1660-1734), très critique envers les Modernes, défend les théories anciennes, notamment Hippocrate<sup>4</sup>. Dans sa *Vraie théorie médicale* de 1708, il élabore un système physiologique et médical consistant à faire de l'âme le principe des phénomènes biologiques normaux ou pathologiques. Il définit la

---

<sup>1</sup> A. Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF, 2010.

<sup>2</sup> M.F.X. Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, Introduction par A. Pichot, Paris, Flammarion, 1994, p. 10.

<sup>3</sup> G. Canguilhem, « Aspects du vitalisme », dans *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 2009, p. 127.

<sup>4</sup> Stahl utilise la notion de *natura medicatrix*, « laisser faire la nature ». Le malade guérit grâce à un principe de conservation : l'âme.

vie par la résistance à la corruption du corps. Les principes généraux de l'organisation du corps sont les mêmes que ceux que nous avons étudiés chez les contemporains, à savoir un corps fait des parties solides contenant et des parties fluides circulantes. Dans ce cadre précis, trois éléments caractérisent la nutrition. Premièrement, l'âme contrôle les fonctions sensori-motrices et végétatives, essentiellement la nutrition et l'excrétion<sup>1</sup>. Deuxièmement, l'existence d'un mouvement d'excrétion, par laquelle la matière du corps corruptible permet d'éliminer les parties corrompues, et un mouvement de nutrition, qui permet de remplacer ces parties par une nouvelle matière. Troisièmement, la circulation de fluides assure le transport des matières à éliminer et celui des matières alimentaires. Stahl affirme ainsi que la vie s'accomplit par un acte mécanique, la filtration et le mouvement. Ce mouvement est immatériel et placé sous le contrôle de l'âme. Le mécanisme est « subordonné à une finalité qui en fait un organe, instrument avec lequel l'âme agit »<sup>2</sup>. Par conséquent, « l'acte nutritif est le soutien de l'acte vital »<sup>3</sup>, car la nutrition permet non seulement de remplacer la matière du corps corrompu, mais aussi d'apporter une matière fraîche propre à la croissance et au développement. Il est important ici de noter que la notion de *turnover* ou renouvellement incessant de la matière persiste sous cette doctrine. Il faudra attendre le siècle suivant, avec notamment les apports de Lavoisier, pour commencer à élucider le véritable métabolisme énergétique.

Contrairement aux animistes, les théories vitalistes ne considèrent pas que dans le principe vital il y ait une âme de nature spirituelle. Il s'agit d'un principe purement vital. Le principal représentant de ce courant est Bichat. La célèbre définition de vie est formulée dans l'œuvre *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* : « la vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort »<sup>4</sup>. La vie est opposée à des forces de mort, qui peuvent être des agents externes ou des forces physiques internes qui tendent à le décomposer. Au contraire de Stahl, Bichat estime que le principe vital n'est pas une entité définie et il ne précise pas sa nature. Il ne le localise ni dans le cœur ni dans un organe précis, mais dans tout le corps, se limitant par là à observer ses manifestations. Nous aborderons la physiologie et la médecine de Bichat dans le chapitre 2 de notre première partie, parce que ce sont ces théories de la fin du XVIIIème siècle qui ont renouvelé le regard porté par la médecine et qui aurait donc permis la naissance de la médecine clinique.

---

<sup>1</sup> A. Pichot, *La notion de vie, op.cit.*, p. 480.

<sup>2</sup> A. Pichot, *La notion de vie, op. cit.*, p. 485.

<sup>3</sup> Stahl, *Distinction du mixte et du vivant*, Œuvres, II, p. 383-384.

<sup>4</sup> M.F.X. Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort, op. cit.*, p. 57.



### 1.2.8 Lavoisier et le métabolisme

Les travaux de Lavoisier sur la chimie et la physiologie sont déterminants pour l'évolution de la nutrition. En effet, la biochimie et la conception moderne du métabolisme<sup>1</sup>, étroitement liées à la nutrition, ont comme point de départ ses travaux et les lois de la transformation de la matière qu'ils énonçaient. La matière vivante est composée de carbone, d'hydrogène et d'azote. Son rôle a été déterminant pour dépasser l'obstacle épistémologique de la chaleur dans l'explication des phénomènes vitaux. En effet, la chaleur est le pivot de la biologie antique et moderne. La chaleur a servi d'explication des phénomènes du corps vivant et elle a été étroitement liée à la nutrition et à ses fonctions. Il s'agit d'une chaleur dont la nature pouvait varier selon les doctrines et théories. Elle peut être considérée comme une qualité interne, un « principe naturel » ou une « force vitale », pensée comme un fluide ou comme une agitation de particules. La chaleur peut être innée ou secondaire par rapport à la fermentation et accomplir diverses fonctions, dont la sanguinification et la coction des aliments. Elle est ainsi une caractéristique propre aux organismes et elle est indispensable pour expliquer les fonctions de nutrition et par conséquent la vie. Pour Lavoisier, la chaleur est une « sensation » qui a pour origine l'accumulation d'une substance élastique et fluide : le « calorique ». Cependant, cette substance peut ne pas être une matière réelle, mais « une cause répulsive quelconque qui écarte les molécules de la matière, et on peut ainsi en envisager les effets d'une manière abstraite et mathématique »<sup>2</sup>. Lavoisier conçoit avec Laplace une nouvelle méthode pour mesurer la chaleur, le calorimètre, qui aujourd'hui encore a une place très importante dans les méthodes de la nutrition sous une forme de calorimètre indirecte. Le calorimètre de Lavoisier a pour fondement la propriété physique de la chaleur qui fait varier de volume les corps. Ainsi, l'air pur ou air « déphlogistiqué » est la source principale de la chaleur qui se développe dans la combustion et la respiration. Sa conception est encore loin de la conception actuelle de l'oxydation. Toutefois, cette théorie de la chaleur animale est la première fonction physiologique à avoir une explication purement chimique dans un cadre *humeuristique* de l'explication de la santé et de la maladie.

---

<sup>1</sup> Il s'agit d'un champ précis de la connaissance entre la biochimie et la physiologie qui étudie l'ensemble des processus de transformation biochimiques qui se produisent dans les tissus des organismes vivants.

<sup>2</sup> A.L. Lavoisier, *Traité élémentaire de Chimie, Œuvres*, I, Paris, Imprimerie Impériale, 1864, p. 19.

Désormais, la chaleur et la transformation des aliments ont une explication physico-chimique :

« Dans la respiration, comme dans la combustion, souligne Lavoisier, c'est l'air de l'atmosphère qui fournit l'oxygène et le calorique ; mais comme dans la respiration c'est la substance même de l'animal, c'est le sang qui fournit le combustible, si les animaux ne réparaient pas habituellement par les aliments ce qu'ils perdent par la respiration, l'huile manquerait bientôt à la lampe, et l'animal périrait, comme une lampe s'éteint lorsqu'elle manque de nourriture. Les preuves de cette identité d'effets entre la respiration et la combustion se déduisent immédiatement de l'expérience<sup>1</sup>. »

Nous constatons que la fonction de respiration est donc intégrée aux fonctions de la nutrition, et cela avec une explication fondée sur une nouvelle chimie.

A ce point de notre réflexion, à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, nous pouvons souligner trois éléments décisifs pour la construction de la nutrition comme science. D'abord, l'étude de la fonction de la nutrition, en particulier de la fonction de digestion, est au centre des recherches médicales. En effet, Bachelard reconnaît la présence d'un « mythe de la digestion » dans cette pensée préscientifique: « La digestion est une fonction privilégiée. Elle devient donc pour l'inconscient un thème explicatif dont la valorisation est immédiate et solide »<sup>2</sup>. Il précise même que la digestion est « la fonction pivot autour de laquelle va tourner sans fin l'esprit préscientifique ». Ensuite, à partir du XVI<sup>ème</sup> siècle, les thèses chimiques et mécaniques sur la fonction digestive deviennent une alternative qui s'oppose aux thèses galéniques jusqu'ici prédominantes. Après la deuxième moitié du XVII<sup>ème</sup> siècle, les limites de ces deux théories sont brouillées et la plupart des médecins et scientifiques considèrent la digestion comme un processus qui inclut à la fois des principes chimiques et mécaniques. Le cadre vitaliste replace la nutrition dans les fonctions propres à la vie organique et cela dans le cadre déjà existant d'un mouvement constant de transformation. Enfin, les découvertes dans les connaissances sur la fonction respiratoire et circulatoire ont permis de donner une explication en termes scientifiques de la chaleur, qui devient ainsi une « simple propriété physique »<sup>3</sup>.

Par conséquent, les théories chimique et mécanique ainsi que le vitalisme, la nouvelle conception de l'homme fait de parties contenant et des fluides circulant et la notion d'un *turnover* permanent de la matière permettent de fonder une nouvelle médecine. Il est alors

---

<sup>1</sup> A.L. Lavoisier, *Mémoires sur la respiration et la transpiration des animaux*, III, Paris, Gauthiers-Villars et cie., 1920, p. 35.

<sup>2</sup> G Bachelard, *La formation de l'esprit scientifique*, op. cit., p. 206.

<sup>3</sup> A. Pichot, *Histoire de la notion de vie*, op. cit., p. 533.

décisif de comprendre et de cerner la fonction de la nutrition dans ce nouvel horizon épistémologique.

### 1.3 Le régime entre option thérapeutique et précepte moral

Les diverses doctrines de l'époque, l'iatrochimique et la mécanique, ainsi que les avancées en anatomie contribuent à un ancrage théorique des pratiques médicales. Le médecin hollandais Herman Boerhaave le reconnaît dans son œuvre principale *Institutions de Médecine* (1708) à propos de la thérapeutique :

« D'où l'on voit que l'on connaît la nature des venins par leur histoire Physique et Médicale, par les Mécaniques, par la Chimie, et enfin par l'Anatomie, qui nous représentent leurs effets ; et c'est la connaissance qui résulte de tout cela, de laquelle on doit tirer l'indication<sup>1</sup>. »

Cependant, ce discours médical donne un rôle prépondérant à la médecine antique et à la persistance du modèle des humeurs<sup>2</sup>. Voici ce que le même auteur affirme concernant les indications curatives des parties solides:

« ceux qui auront bien compris les fondements que nous avons posés jusqu'ici, dans cette méthode de guérison, et qui auront en même temps examiné avec attention les ouvrages d'Hippocrate et les savants Commentaires que Galien y a fait ; ceux-là, dis-je, connaîtront certainement les remèdes qui sont requis pour exciter, avancer, gouverner, achever la coction et la crise, dans les maladies aiguës et chroniques<sup>3</sup>. »

La médecine ou « l'art de guérir » a pour objet la guérison des malades, comme le montre Descartes dans la *Dioptrique* à propos de maladies de l'œil : « ces choses appartiennent à la Médecine, dont la fin est de remédier aux défauts de la vue par la correction des organes naturels »<sup>4</sup>. Le véritable objet des connaissances de la médecine est la cause et le remède des maladies. Dans ces conditions, le sujet dont s'occupe la médecine devient l'homme en tant que corps et esprit<sup>5</sup>. Cette vision holistique de la médecine est confirmée par un médecin contemporain Jean Fernel<sup>6</sup> pour qui le médecin avait pour tâche « de remédier à la douleur, d'empêcher la débilité, et d'éviter la mort »<sup>7</sup>. Cependant, afin

---

<sup>1</sup> H. Boerhaave, *Les Institutions de Médecine, tome 2, op.cit.*, p. 175.

<sup>2</sup> H. Boerhaave, *Les Institutions de Médecine, tome 1, op.cit.*, p. 5.

<sup>3</sup> H. Boerhaave, *Les Institutions de Médecine, tome 2, op.cit.*, p. 202.

<sup>4</sup> V. Aucante, *La philosophie médicale de Descartes, op.cit.*, p. 3.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 31.

<sup>6</sup> GR. Welch, « In retrospect: Fernel's Physiologia », *Nature*, 2008, vol. 456, p. 446-447.

<sup>7</sup> H. Boerhaave, *Les Institutions de Médecine, I, op. cit.*, p. 20.

de pouvoir expliquer parfois les choses inexplicables, le médecin doit admettre comme vraie la nature de l'homme : celui-ci est composé d'âme et de corps de nature différente, et du fait de leur forte union, ils interagissent, donnant lieu à des affections différentes.

Afin de comprendre comment la nutrition se situe au sein de cette médecine, il est fondamental de s'interroger sur les notions de santé et de maladie. En effet, jusqu'à la fin du XVIIIème siècle, la médecine s'est référée à la santé et aux valeurs et qualités qu'elle représentait. Nous présentons ici une définition classique de l'époque, fondée sur les principes théoriques physiologiques. Selon H. Boerhaave l'homme sain est « celui qui peut faire les fonctions propres à l'homme, constamment, avec facilité et plaisir : l'état où il se trouve alors s'appelle santé »<sup>1</sup>. Autrement dit, « la médecine se référant plutôt à des qualités de vigueur, de souplesse, de fluidité que la maladie ferait perdre et qu'il s'agirait de restaurer »<sup>2</sup>. La santé est une condition propre à toutes les parties du corps « chaque homme a donc sa santé particulière », car chaque individu a un tempérament propre. Les tempéraments sont hérités des Anciens : chaud, froid, humide, sec, bilieux, sanguin, flegmatique, arbitraire<sup>3</sup>. L'art de conserver la santé ou « hygiène » a pour but de maintenir l'état sain et de prévenir les maladies afin de disposer le corps de l'homme à une longue vie. La santé comme faculté d'exercer les fonctions du corps qui sont conçues comme en constant mouvement ou *turnover* s'acquiert en réparant les pertes des parties du corps dans la même quantité et qualité<sup>4</sup>. Les aliments fournissent le nécessaire pour cette réparation. Au contraire, la maladie est définie comme un état où la personne ne peut réaliser les fonctions ou ne les réalise qu'avec « peine, douleur ou lassitude ». La maladie est « un effort de la nature qui a pour but de conserver le malade, travaille de toutes ses forces à évacuer la matière morbifique »<sup>5</sup>. Notion ancrée dans l'Antiquité, les maladies sont engendrées dans les tempéraments. La médecine doit donc chercher à maintenir les fonctions et à agir sur des maladies qui les affectent. Du coup la médecine donne une place importante à la diététique ou régime de vie.

La diététique s'appliquait aux différentes maladies lesquelles sont classées par genres et espèces selon ses ressemblances et ses répartitions de surface. A titre d'exemple de cette « médecine classificatrice », Boerhaave propose une classification assez complète des

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p.1.

<sup>2</sup> M. Foucault, *Naissance de la Clinique*, Paris, PUF, 1963, p. 61.

<sup>3</sup> H. Boerhaave, *Les Institutions de Médecine II, op. cit.*, p. 91.

<sup>4</sup> La Médecine se divisé en 5 parties : La Physiologie, la Pathologie, la Sémiotique, l'Hygiène et la Thérapeutique. H. Boerhaave, *Les Institutions de Médecine, Tome II, op. cit.*

<sup>5</sup> Th. Sydenham, *La médecine pratique*, trad. A.F. Jault, Paris, M. Gautret, 1838 p. 20.

maladies : selon leur localisation ou la partie affectée, l'âge et le genre du sujet, selon leur temps d'évolution (maladies aiguës ou chroniques), et selon leurs effets, (salutaires, bénignes, malignes, curables, incurables, mortelles, contagieuses). Elles sont aussi classifiées selon les causes ou éthologie, c'est-à-dire en fonction de « ce qui détruit ce qui est tout à fait requis pour exercer la fonction » : idiopathiques, sympathiques, héréditaires, de naissance et acquises, internes ou externes également appelées « *non naturelles* »<sup>1</sup>. Ces dernières peuvent causer la maladie ou être bénéfiques pour la santé selon l'usage qui en est fait<sup>2</sup>. Parmi les choses « non naturelles »<sup>3</sup>, il faut citer les aliments<sup>4</sup>. Ceux-ci peuvent ainsi causer la maladie par défaut de quantité et de qualité car les aliments nourrissent le corps, font vivre l'homme, le font croître, lui donne des forces et réparent ce qu'il perd. Le *Traité des Aliments* du médecin Louis de Lémery publié en 1702, reconnaît que les aliments sont nécessaires pour la conservation de la santé et de la vie, mais également qu'ils sont à l'origine de la plupart des maladies :

« le fondement d'une bonne santé et d'une longue vie consiste principalement à savoir approprier à chaque tempérament les aliments qui lui conviennent davantage ; et qu'ainsi une des connaissances qui nous doit toucher le plus vivement, est celle des qualités des aliments<sup>5</sup>. »

Pour soigner les maladies, le médecin dispose de l'hygiène et de la thérapeutique qui correspondent à des divisions de la médecine reprises par de nombreux médecins modernes<sup>6</sup>. La thérapeutique est fondée sur les principes anciens : d'abord, il s'agit d'une médecine individuelle, indiquant une méthode et des remèdes particuliers à chaque malade. Ensuite, c'est avant tout la nature qui guérit, les remèdes ne sont qu'une aide : « La cause qui guérit les maladies, aidée de la vertu des remèdes, est la vie qui reste et le tempérament

---

<sup>1</sup> « Non naturelles » ou extérieures au corps, en opposition à « naturelles » concept hippocratique, qui se réfère à ce qui est inhérent au corps. L'hygiène traite des choses « non naturelles ».

<sup>2</sup> H. Boerhaave, *Les Institutions de Médecine, Tome II, op. cit.*, p. 24.

<sup>3</sup> L'hygiène s'occupe de donner les règles concernant les régimes alimentaires et a pour but de conserver la santé. La thérapeutique enseigne leur conduite et l'usage ainsi que des remèdes et la chirurgie afin de guérir.

<sup>4</sup> L'humidité de l'air, les mauvaises conditions du voyage en mer sont aussi une cause non naturelle de maladie. Au XVIIIème siècle, J Lindt dans son *Traité sur le scorbut*, considère que l'humidité est capable de bloquer la perspiration, qui a comme fonction d'évacuer les mauvais fluides. Alors, les fluides corrompus agissent comme un poison et causent la maladie connue comme scorbut, mais aussi le choléra et les fièvres. Thomas Sydenham, dans *La Médecine Pratique*, considérait qu'un régime et une diète végétale et des oranges, des citrons et pommes pouvaient guérir le scorbut des longs voyages.

<sup>5</sup> L. Lémery, *Traite des aliments*, Paris, Pierre Witte, 1702, préface.

<sup>6</sup> Les 5 parties de médecine selon le dictionnaire de Diderot: 1) La Physiologie, qui traite de la constitution du corps humain, regardé comme sain. 2) La Pathologie, qui traite de la constitution du corps dans son état malade. 3) La Sémiotique, qui rassemble les signes de la santé ou de la maladie. 4) L'Hygiène, qui donne des règles du régime qu'on doit garder pour conserver la santé. 5) La Thérapeutique, qui enseigne la conduite et l'usage de la diète ainsi que des remèdes, et qui comprend la Chirurgie.

d'un chacun. La nature manque ? La Médecine est tout à fait inutile »<sup>1</sup>. Il s'agit du concept de *natura medicatrix* sous-jacent à la thérapeutique hippocratique. La thérapeutique a pour but de conserver la vie, d'ôter les causes de la maladie, de faire disparaître la maladie elle-même et de chasser les effets présents de la maladie. Pour cela, *l'art* doit changer le corps du malade: il faut donc avoir recours à des « instruments » dont l'application ait assez de vertu pour produire les changements nécessaires à ce but. Ces instruments sont définis comme remèdes et médicaments. Un aliment est ainsi un type de remède, capable de réparer la perte des parties solides ou fluides du corps<sup>2</sup>. Les médicaments sont d'une autre sorte, comme les purgatifs, et ils sont capables de modifier les humeurs, mais ne se transforment pas en matière du corps humain. Les médicaments pour lutter contre les venins doivent être capables de « détruire les qualités par lesquelles il nuit au corps »<sup>3</sup> comme « les antidotes, la thériaques et l'alexipharmiques » et c'est l'expérience qui autorise leur application. C'est le cas avec l'eau, le feu, le vif-argent et l'opium. Un aliment n'est donc pas confondu avec un médicament. Le médecin, avant d'appliquer une thérapeutique, devait tenir compte des « forces » du malade. Les restes de « l'état sain » chez le malade et sa nature ont pour origine le mouvement qui reste aux humeurs dans les vaisseaux<sup>4</sup>. Le médecin a donc pour but de conserver et de rétablir ces forces, c'est ce que les médecins appellent « indication vitale ou conservatoire » et ces sont les premières indications dont il faut tenir compte pour déterminer le traitement. Les remèdes pour les « indications vitales » sont aussi appelés « cardiaques », car c'est le cœur qui est la principale source des tous les mouvements et des « forces vitales ». Ces remèdes n'agissent pas uniquement sur le cœur mais atteignent tout le corps. Parmi ces remèdes on trouve les aliments de la diète. Celle-ci dépend de l'âge, du sexe, du type de la maladie, de l'évolution, du tempérament, de la saison. La diète pour les malades se caractérise tout d'abord par le fait qu'elle doit corriger l'humeur dominante, selon le principe de rééquilibrage par les contraires. Ainsi, les nourritures froides et humides sont pour les cholériques, les chaudes et sèches pour les flegmatiques, etc. Ensuite, elle doit aussi s'adapter à l'altération chimique des humeurs : « mais si on trouve que l'acide domine, ces cardiaques (remèdes) doivent être tirés du règne animaux sains, quels qu'ils soient »<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Lémery L. *Traite des aliments, op. cit.*, p. 58.

<sup>2</sup> Lémery L. *Traite des aliments, op. cit.* p. 58.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 174.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 154.

<sup>5</sup> H. Boerhaave, *Les Institutions de Médecine*, Tome II, *op. cit.*, p. 163.

Enfin, la diète du malade doit être adaptée et les aliments bien cuits pour faciliter la digestion. Voici deux exemples de traitement d'une maladie :

« l'acrimonie huileuse, aromatique, bilieuse, brûlée, putride, rance, demande : 1. Un régime de vie avec des aliments insipides, farineux, des légumes (...) 2. Une boisson d'eau et d'oxymel très délayée, ou d'une décoction de fruit, le repos et un froid modéré, 4. Des médicaments savonneux, mais tirants (...) 5. Tous les remèdes généraux contre l'âcreté <sup>1</sup>.»

Un autre exemple, du médecin Anglais Thomas Sydenham, dans le traitement des rhumatismes, montre la place du régime parmi les autres options thérapeutiques :

« le traitement consiste d'un côté à diminuer par la saignée le volume du sang ; et de l'autre à tempérer son ardeur par des remèdes rafraîchissants et incassants, et par un régime convenable <sup>2</sup>.»

Il s'agit d'une diète tout à fait hippocratique qui a été très peu modifiée. Il faut noter que le principe thérapeutique de rééquilibrage par les contraires qui était jusqu'au Moyen Age une pratique thérapeutique pour soigner les malades, devient progressivement une règle diététique appliquée à tous les sujets. Jusqu'au Moyen Age, c'est le corps lui-même, par l'appétit, qui infirme le régime à suivre<sup>3</sup>. En effet, c'est le tempérament propre à chaque individu en bonne santé qui pourrait engendrer des maladies propres à chaque tempérament. Pour cette raison, la diète doit être contraire à son tempérament afin d'éviter les maladies. Boerhaave affirme ainsi à propos des personnes avec un tempérament chaud que « tout ce qui échauffe leur est fort nuisible ». Sur ce point, tous ceux dont le tempérament n'est pas sanguin sont considérés comme déséquilibrés, et potentiellement malades.

Dans ce contexte scientifique, à la fin du XVIIIème siècle, les apports de Lavoisier permettent d'expliquer le lien entre l'aliment et la santé. La digestion, ajoute l'auteur :

« dans différents cas, introduisant dans le sang le plus de substances que la respiration n'en peut consommer, il doit s'établir dans la masse du sang un excès de carbone ou un excès d'hydrogène, ou de l'un et de l'autre à la fois. La nature lutte alors contre ces altérations des humeurs ; elle presse la circulation par la fièvre, elle s'efforce de réparer, par une respiration accélérée, le désordre qui trouble sa marche ; souvent elle y parvient, sans aucun secours étranger, et alors l'animal recouvre la santé. Dans le cas contraire, il succombe, à moins que la nature trouve d'autres moyens de rétablir

---

<sup>1</sup> *Ibid* p. 202.

<sup>2</sup> Th. Sydenham, *La médecine pratique, op.cit.*, p. 197.

<sup>3</sup> J.L. Flandrin, « De la diététique à la gastronomie, ou la libération de la gourmandise », dans *Histoire de l'alimentation*, J.L. Flandrin, M. Montanari (dir.), Paris, Fayard, 1996, p. 692.

l'équilibre. C'est très probablement ce qui se passe dans les maladies putrides, les fièvres malignes, etc<sup>1</sup>.»

Alors la diète est capable de changer la qualité du sang, en diminuant la quantité du carbone et de l'hydrogène. Il y aurait alors un équilibre entre ce qui est apporté par l'alimentation et assimilé à travers la fonction de la digestion et ce qui est consommé par la respiration. Par conséquent, selon Lavoisier, une diète austère pourrait changer la nature de la maladie et les remèdes purgatifs, en suspendant les fonctions de la digestion, donnant à la respiration le temps de remplir et d'évacuer l'excès de carbone et d'hydrogène accumulés dans le sang.

Les pratiques alimentaires entre le XVI<sup>ème</sup> et le XVII<sup>ème</sup> siècles sont fortement influencées par l'ancienne diététique<sup>2</sup>. La preuve de cela est fournie par les différents textes de cuisine qui font référence à la diététique, par exemple la justification médicale de *Le Cuisinier Français* en 1651 de La Varenne et le chapitre VI du livre de cuisine *Opéra* publié en 1570 par Bartolomeo Scampis. Cette influence des pratiques alimentaires est explicite dans les recettes destinées aux « convalescents », à une certaine catégorie de personnes, à savoir, ceux qui sont considérés comme faibles, ceux qui vieillissent, qui récupèrent d'une maladie ou qui ont un système digestif altéré ou abîmé en raison de l'âge ou de leur constitution. Par exemple, *Opéra* propose « *acque cotte* », une recette qui peut être considérée davantage comme un remède, fait des potions d'eau distillée préparées avec de la cannelle, de l'anis, des fruits secs, de la réglisse, du mastic ou de l'orge<sup>3</sup>. En opposition à ce type de régime on conçoit une alimentation pour le sujet atteint d'une maladie particulière et qui aurait besoin d'une intervention thérapeutique. Autrement dit, le régime pour le convalescent est un concept « fourre-tout » loin de la conception moderne de récupération ou « *aftercare* »<sup>4</sup>. Ce régime se caractérise par une alimentation nutritive, fortifiante, mais facile à digérer et qui peut atteindre les parties du corps sans l'engorger<sup>5</sup>. Les ancrages théoriques de cette pratique sont donc les mêmes que pour la diététique du malade.

---

<sup>1</sup> Lavoisier, *Mémoire sur la respiration et la transpiration des animaux*, *op. cit.*, p. 49.

<sup>2</sup> Flandrin JL. « *De la diététique à la gastronomie, ou la libération de la gourmandise* », *op. cit.*, p. 683.

<sup>3</sup> T. Scully. *The Opera of Bartolomeo Scappi (1570): L'arte et prudenza d'un maestro Cuoco*, L. Ballerini, M. Ciavolella (dir.), University of Toronto Press Incorporated 2008, chapitre VI.

<sup>4</sup> K. Albala. « Food for Healing : Convalescent cookery in the early modern era », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Science*, 2012, vol. 43, p. 323-328.

<sup>5</sup> H. Boerhaave, *Les Institutions de Médecine*, Tomme II, *op. cit.*, p. 148.



Nous trouvons également des traditions françaises fortement influencées par l'ancienne diététique. La cuisson et l'assaisonnement des aliments sont justifiés par des arguments diététiques, à savoir par la nécessité de rendre les aliments plus faciles à digérer et pour s'adapter aux tempéraments. Par exemple, la manière de disposer la table à chaque service, des variétés de mets capables de plaire à tous. Cela s'explique par la nécessité de ne pas contrarier les goûts, car les goûts sont supposés être des sympathies envers les aliments et les dégoûts des antipathies. Ceux-ci peuvent être un effet de l'habitude mais surtout du tempérament, qui était déterminé par la prédominance de l'une des quatre humeurs. Ces dernières ne pouvant pas être modifiés, les goûts ne devaient pas être contrariés. D'où la pratique de servir des variétés de plats au goût de tous.

A titre d'exemple, nous citons le régime du peintre vénitien Cornaro au XVIème siècle, qui a suivi un régime jusqu'à sa mort à 99 ans. Ceci consistait en 12 onces d'aliments et 14 onces du vin par jour. Nous constatons qu'il s'agit d'une pratique en dehors de toute prescription médicale, liée à la volonté de prolonger sa vie, à une manière de prévenir les maladies et de renforcer le corps:

« maintenir le corps allègre et vigoureux, éviter d'étouffer les esprits par la quantité de viandes absorbée<sup>1</sup>. »

Le peintre développe ce régime dans son traité *De la sobriété, conseils pour vivre longtemps*, dont l'originalité est la façon détaillée d'aborder la modération, la sobriété et la mort, caractéristiques absentes des textes médiévaux. Le régime du Cornaro ayant une connotation religieuse est caractérisé par la sobriété d'une « vie réglée », ce qui permettrait d'éloigner la maladie et d'avoir une fin de vie sans souffrance. Ainsi, selon Vigarello la sobriété devient pour Cornaro « une voie de conjuration du malheur, une façon profane de régler une question posée, implicitement encore, dans les termes de la religion » : la sobriété par le régime dévient un précepte moral<sup>2</sup>.

A partir de la fin du XVIIème siècle, les références à ce type du régime dans les livres de cuisine est de plus en plus rare et de nombreuses transgressions à la diététique ancienne commencent à s'instaurer pour laisser la place aux seuls critères gastronomiques. Cela est constaté dans les choix des aliments et dans leur préparation, par exemple la préparation du bœuf et son assaisonnement, qui manifeste la tendance à l'abandon des principes de

---

<sup>1</sup> G. Vigarello, *Histoire des pratiques de santé*, Paris, Le Seuil, 1999, p. 73

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 73.

l'ancienne diététique. L'utilisation du sucre montre aussi que les motivations diététiques dans l'alimentation ont été progressivement oubliées. En effet, le sucre a été un condiment utilisé comme médicament ou produit pharmaceutique. Il fait partie des recettes destinées aux malades. A partir du XVII<sup>ème</sup> siècle, les cuisiniers et les mangeurs français oublient l'utilité diététique pour laisser place aux critères gustatifs. Par conséquent, comme affirme Flandrin :

« longtemps vassalisée par la médecine, la cuisine s'en est donc libérée, lentement et sans bruit, au cours des XVII<sup>ème</sup> et XVIII<sup>ème</sup> siècles (...) l'art culinaire ne s'est pas mis d'abord au service de la gourmandise - péché capital - mais au service du bon goût, comme tous les beaux-arts <sup>1</sup>».

La qualité d'un repas ne dépend plus des critères médicaux comme le tempérament de celui que mange. Désormais c'est le critère objectif du bon ou mauvais qui importe. On ne cuisine plus une viande pour éviter la maladie ou faciliter la digestion, mais pour flatter son bon goût. Une question se pose ici : quel est l'effet de cette nouvelle pratique sur l'individu ?

Deux conséquences peuvent être formulées : D'une part, la moralisation de la diététique et la pratique d'un régime particulier qui offre la possibilité d'une « médecine de soi-même »<sup>2</sup>. D'autre part, l'intégration de la notion du plaisir à la diététique et donc la naissance de la gastronomie, laquelle Brillant Savarin proposera au début du XIX<sup>ème</sup> siècle comme une nouvelle science.

#### **1.4 La moralisation de la diététique**

La notion de l'aliment comme objet moralisateur de la société devient effective au XVIII<sup>ème</sup> siècle dans l'œuvre de Jean-Jacques Rousseau. Ce philosophe confère un pouvoir moral à l'aliment lequel est en mesure de favoriser un bien être non seulement physique mais moral. Rousseau s'intéresse à la médecine, malgré sa critique envers ses résultats<sup>3</sup>. Cependant, il reconnaît l'importance du régime et de l'hygiène comme

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 73.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 73.

<sup>3</sup> Malgré un ancrage dans les doctrines de l'époque, et d'une méthodologie fondée sur l'expérience, la médecine était incapable de guérir correctement les malades. Pour cela, le médecin est alors sujet à critique et controverse par la société comme nous montre l'image du médecin fortement critiquée par Molière dans son œuvre. Ainsi, les médecins ont comme concurrent à l'époque le prêtre, le charlatan et l'astrologue, qui se disait capable de pronostiquer et de traiter tous le maux.

instruments politiques et moralisateurs<sup>1</sup> : « la seule partie utile de la médecine est l'hygiène ». Menin, montre comment dans la pensée de Rousseau, l'aliment dans le cadre d'une hygiène de vie particulière, peut conserver le bien être moral. Celui-ci se confond donc avec le type de régime particulier. Deux aspects permettent la moralisation de l'hygiène. D'une part, le philosophe reste fidèle aux conceptions physiologiques de l'époque. Il considère que non seulement l'aliment modifie la structure et la fonction de l'organisme<sup>2</sup>, et donc, l'économie animale<sup>3</sup>, mais aussi qu'il favorise le maintien, à travers la satisfaction de l'exigence, d'une régénération continue du corps :

« Notre propre corps s'épuise sans cesse, il a besoin d'être sans cesse renouvelé. Quoique nous ayons la faculté d'en changer d'autres en notre propre substance qui peuvent l'être, il y en a de plus ou de moins convenables, selon la constitution de son espace, selon le climat qu'il habite, selon son tempérament particulier, et selon la manière de vivre que lui prescrit son état<sup>4</sup>. »

Deuxièmement, l'homme est un « être sensible » avec une double déclinaison de la sensibilité :

« Il y a une sensibilité physique et organique, qui, purement passive, paraît n'avoir pour fin que la conservation de notre corps et celle de notre espèce par les directions du plaisir et de la douleur. Il y a une autre sensibilité que j'appelle active et morale qui n'est autre chose que la faculté d'attacher nos affections des traits qui nous sont étrangers<sup>5</sup>. »

Du coup, l'idéal médical de Rousseau est :

« de réussir à créer un milieu externe dans lequel les finalités naturelles et morales pourraient trouver un point de contact jusqu'à se mêler, de même que l'ordre sensible et l'ordre éthique pourraient coïncider spontanément, garantissant ainsi la santé de l'âme et du corps<sup>6</sup>. »

---

<sup>1</sup> M. Menin, « Jean-Jacques Rousseau vitaliste : la moralisation de l'hygiène médicale entre régime diététique et éthique alimentaire », *Journal of the Material and Visual History of Science*, 2012, vol. 27, p. 81-109.

<sup>2</sup> CH. T. Wolfe, M. Terada, « The Animal Economy as Object and Program in Montpellier Vitalism », *Science in Context*, 2008, vol. 21, p. 537-579.

<sup>3</sup> Economie animale entendue comme « l'ordre, le mécanisme, l'ensemble des fonctions et des mouvements qui entretiennent la vie des animaux, dont l'exercice parfait, universel, fait avec constance, alacrité et facilité, constitue l'état le plus florissant de santé, dont le moindre dérangement est par lui-même maladie », D. Diderot, *Encyclopédie ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*, Lyon, Amable Le Roy, 1780.

<sup>4</sup> J.J. Rousseau, « Emile », dans *Œuvres complètes* texte par B Gagnebin et M Raymond, vol. IV, Paris, Gallimard, 1959-1995. p. 407.

<sup>5</sup> J.J. Rousseau, « Dialogues », dans *Œuvres complètes* texte par B. Gagnebin et M. Raymond, vol. IV, Paris, Gallimard, 1959-1995. p. 805.

<sup>6</sup> M. Menin, « Jean-Jacques Rousseau vitaliste : la moralisation de l'hygiène médicale entre régime diététique et éthique alimentaire », *Nuncius, Journal of the Material and Visual History of Science*, op. cit., p. 81-109.

Ainsi le bien être moral peut-il être conservé en suivant un régime particulier. Pour Rousseau, l'aliment a un rôle déterminant parmi les éléments non naturels de l'hygiène. L'aliment est lié plus que tout autre élément non naturel à la nécessité physiologique et à la nécessité « bienveillante » qui permet à l'être humain de reconnaître et de sélectionner la nourriture. Ainsi, « la suprême bonté, qui a fait du plaisir des êtres sensibles l'instrument de leur conservation, nous avertit, par ce qui plaît à notre palais »<sup>1</sup>. Autrement dit, « tout n'est pas aliment pour l'homme » et dans l'état de nature, il y existe un lien entre alimentation et santé car :

« il n'y a point naturellement pour l'homme de médecin plus sûr que son propre appétit ; et à le prendre dans son état primitif, ne doute point qu'alors les aliments qu'il trouvait les plus agréables ne lui fussent aussi les plus sains<sup>2</sup>. »

Dans ce contexte, le régime végétarien est valorisé et le régime carnivore est condamné. Tout d'abord, Rousseau considère la nature primitive herbivore de l'homme et cela est justifié par le fait qu'il considère la nature végétale du lait, position qu'il n'est pas le seul à défendre<sup>3</sup>. Il considère que « le lait bien qu'élaboré dans le corps animal, est une substance végétale ; son analyse le démontre, il tourne facilement à l'acide... ». Le monde végétal a une forte valeur symbolique puisque les plantes sont « les êtres en qui la vie ne contredira pas l'innocence ». Ainsi, l'homme carnivore n'est rien d'autre que le « produit d'une dégénération cruelle ». Il « surmonta la nature pour faire cet horrible repas ». Le régime alimentaire se caractérise par l'autarcie et la modération, principes moraux les plus généraux de la simplicité. Les aliments doivent être naturels et non élaborés, des produits locaux cultivés ou récoltés à la main, et non importés de l'extérieur. Dans *Emile ou de l'éducation*, Rousseau insiste sur le contraste entre un banquet d'un riche financier et un dîner modeste et rustique d'un paysan. Ils s'opposent ainsi comme une « montagne d'argent qui couvre les trois quarts de la table » et l'univers authentique et simple de la famille paysanne, fondé sur la valeur de l'autonomie. En conclusion, l'acte de manger pour Rousseau a une connotation qui va au-delà des implications physiologiques, car il a un effet social et affectif. Autrement dit, l'aliment est lié à la nature de l'homme, à « l'homme sensible », à son caractère et à son rapport avec les autres. La « sensibilité alimentaire » qui

---

<sup>1</sup> J.J. Rousseau, « Emile », dans *Œuvres complètes, op. cit.*, IV p. 409.

<sup>2</sup> *Ibid* p 407.

<sup>3</sup> M. Menin, « Jean-Jacques Rousseau vitaliste : la moralisation de l'hygiène médicale entre régime diététique et éthique alimentaire », *Nuncius, Journal of the Material and Visual History of Science, op. cit.*, p. 99.

réunit tous les hommes et qui doit être correctement dirigée, « peut être considérée comme partie intégrante de la morale sensitive ». Moravia suggère donc une mutation épistémologique du modèle anthropologique de « l'homme machine » vers celui de « l'homme sensible »<sup>1</sup>.

En conséquence, la pratique du régime offre la possibilité d'une « médecine de soi-même »<sup>2</sup>. Cette pratique n'est pas nouvelle, nous avons déjà mentionné comment, dès l'antiquité, cette pratique pouvait être considérée comme un « art d'exister » où chacun est le maître de son propre genre de vie. Plus qu'une originalité, il faut reconnaître un retour à l'antiquité : c'est le sujet qui connaît le mieux les informations que lui permettent de connaître son corps. Autrement dit, « l'homme ne saurait être le médecin parfait que de lui seul »<sup>3</sup>. Cela se traduit par un contrôle de soi et d'entretien corporel qui sont conformes à la même époque aux pratiques de politesse et de bienséance encadrées dans « l'urbanité, la société de cour, et conduisant à une auto-surveillance plus marquée et à une définition plus précise des frontières de soi »<sup>4</sup>.

Il convient ainsi de conclure qu'à la fin du XVIIIème siècle, le régime alimentaire est aussi bien une stratégie thérapeutique médicale qu'une pratique morale, sociale et affective. D'un point de vue social, le régime répond à un « système raisonné des habitudes alimentaires »<sup>5</sup> encadré entre autres, par des nouvelles préoccupations : sociales et morales. D'un point de vue médical, le régime alimentaire fait partie, des actions qui ont pour but de conserver la santé (l'hygiène<sup>6</sup>), et des remèdes qui cherchent à guérir des maladies (la thérapeutique). Deux remarques concernant la place de la nutrition dans la médecine de l'époque sont fondamentales pour la poursuite de notre étude. D'une part, malgré les nouveaux contenus que le XVIIIème siècle a donnés à la notion de régime, les avancées de la physiologie, la chimie et l'anatomie qui ont permis un changement des pratiques de santé<sup>7</sup>, les prescriptions de régimes alimentaires, dans le cadre médical, sont

---

<sup>1</sup> S. Moravia, « From homme machine to homme sensible: Changing Eighteenth-Century Model of Man's Image », *Journal of the History of Ideas*, 1978, vol. 39, p. 45-60.

<sup>2</sup> G. Vigarello, *Histoire des pratiques de santé*, *op.cit.*, p. 73.

<sup>3</sup> L. Cornaro, *De la sobriété, conseils pour vivre longtemps*, *op. cit.*, p 55

<sup>4</sup> G. Vigarello, *Histoire des pratiques de santé*, *op. cit.*, p. 74

<sup>5</sup> JP. Aron, *Biologie et alimentation au XVIIIe siècle et au début du XIXe siècle*, *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations*, 1961, 5. p.973.

<sup>6</sup> La notion de santé serait liée alors, à un bon « état nutritionnel ».

<sup>7</sup> Au XVIIème siècle, on constate, par exemple, une extension des pratiques évacuantes comme la saignée, la purge, la transpiration l'expectoration, les vomissements ; des évacuations qui deviennent de plus en plus subtiles. Mais aussi, des potions nouvelles et des élixirs visant des transpirations insensibles. Des pratiques

restés pratiquement intacts<sup>1</sup>. D'autre part, quelle que soit son utilisation, un aliment ne se confond pas avec un médicament. En effet, l'aliment est la matière inerte qui est capable non seulement de modifier les humeurs et substances de l'organisme, mais de se transformer en la substance vivante elle-même. Du coup, la digestion joue ici le rôle de fonction pivot qui permet d'expliquer ce processus d'assimilation qui est nécessaire lors de la croissance de l'individu et de maintenir le mouvement permanent de renouvellement de la matière organique à l'âge adulte. L'aliment permet d'entretenir ce « feu de la chaleur vitale » de l'organisme, et en même temps l'aliment peut devenir le feu lui-même. L'assimilation de l'aliment devient une condition *sine qua non* de la définition de la vie. Enfin, les fonctions digestives, respiratoires et circulatoires se sont intégrées autour d'une même question à savoir la nutrition. Cependant, les fonctions et propriétés décrites n'étaient pas des propriétés objectives mais des « valeurs psychologiques » selon G Bachelard. Bachelard affirme « par assimilation, l'aliment devient feu. Cette assimilation substantielle est la négation de l'esprit de la Chimie ». En effet, ce concept d'assimilation « impose à l'explication objective les fausses écarts de l'expérience intime de la digestion ». Le feu n'a pas « trouvé sa science il est resté dans l'esprit pré-scientifique comme un phénomène complexe qui relève à la fois de la chimie et de la biologie »<sup>2</sup>. En conséquence, nous parlons d'une *nutrition préscientifique*, dépendant de la médecine, de la chimie et de la mécanique. Est-ce que le développement de la méthode expérimentale et les progrès des théories scientifiques permettent de dépasser ce décalage entre théorie et pratique diététique ?

---

préventives non suivies d'efficacité. Voir G. Vigarello, *Histoire des pratiques de santé*, Paris, Le Seuil, 1999.

<sup>1</sup> Voir l'exemple de régime alimentaire de H. Boerhaave dans *Les Institutions de Médecine*.

<sup>2</sup> G. Bachelard, *La psychanalyse du Feu. op. cit.*, p. 73.

---

## CHAPITRE 2 : La période scientifique

---

La naissance de la médecine moderne a lieu à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle. Elle devient une science positive quand elle « se prend à réfléchir sur elle-même » et cela grâce à un nouveau regard médical<sup>1</sup>. Cette « nouvelle manière de voir » permet une réorganisation « formelle et en profondeur » des connaissances, ce qui permettra de tenir un discours scientifique sur l'individu. Ainsi, d'après Foucault, la médecine devient « clinique » avec « une nouvelle découpe des choses et le principe de leur articulation dans un langage où nous avons coutume de reconnaître le langage d'une science positive »<sup>2</sup>. La naissance de cette nouvelle médecine est liée à deux facteurs: les conditions sociales et intellectuelles considérées comme des « *a priori* historiques » que délimitent un cadre de catégories historiquement déterminées; les changements politiques et sociaux introduits par la Révolution Française qui conduisent à une nouvelle conception de l'hôpital<sup>3</sup>. Par conséquent, cette réorganisation du savoir, non seulement des connaissances médicales mais de la possibilité d'un discours scientifique sur la maladie, impliquent de nouveaux enjeux, qui nous conduisent à interroger le positionnement de la nutrition et de la diététique dans cette nouvelle conception de la médecine.

### 2.1 La nutrition et la diététique dans la médecine clinique de Bichat à Broussais.

La médecine clinique se caractérise par cette « nouvelle manière de voir ». En effet, l'observation des malades avec ses signes et ses symptômes propres, est complétée par les données de l'anatomie pathologique. Représentée principalement par Bichat, cette dernière concerne la connaissance des altérations visibles que l'état de maladie produit dans les organes du corps humain. L'ouverture des cadavres est le moyen d'obtenir ces connaissances mais,

---

<sup>1</sup> M. Foucault, *Naissance de la Clinique, op.cit.*, p. 9.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.17.

<sup>3</sup> J.F. Braunstein, « Paris 1800 : la naissance de la médecine moderne », dans *Aux origines de la médecine*, D. Sicard, G. Vigarello (dir.), Paris, Fayard, 2011, p.131.

« pour qu'elle devienne d'une utilité directe et d'une application immédiate à la médecine pratique, il faut y joindre l'observation des symptômes et des altérations de fonctions qui coïncident avec chaque espèce d'altération d'organes <sup>1</sup>.»

Trois éléments fondent la physiologie de Bichat. D'abord, il introduit la notion de tissus : ce sont les « briques élémentaires » de l'être vivant. Ensuite, il définit les « propriétés vitales » comme une *sensibilité* (faculté de sentir) et une contractilité (faculté de se contracter) propres aux tissus des êtres vivants et à eux seuls<sup>2</sup>. Enfin, il existe une vie animale avec les activités sensoriales, motrices et intellectuelles et une vie organique. Il précise ainsi que « la digestion, la circulation, la respiration, l'exhalation, l'absorption, les sécrétions, la nutrition, la calorification, composent la vie organique, qui a le cœur pour organe principal et central »<sup>3</sup>. Concernant la nutrition, nous remarquons deux éléments caractéristiques de cette physiologie. D'abord, la vie organique avec la nutrition et ses fonctions suit le modèle de Stahl, avec un double mouvement de composition et de décomposition. L'organisme assimile la matière des aliments que la circulation distribue. Après avoir été assimilée, la matière est rejetée dans la circulation puis excrétée. La circulation assure la relation de ces deux moments. Les aliments assurent le remplacement de la matière en décomposition. A la différence de Stahl, Bichat ne parle pas de corruptibilité du corps, il constate que la matière ne peut rester dans l'organisme qu'un certain temps, mais il ne donne pas d'explication. Ensuite, Bichat affirme que toute activité vitale s'accompagne d'une production de chaleur et la « calorification », devient une sorte de fonction ce qui s'éloigne de la conception antique de la chaleur entendue comme une propriété spécifiquement vitale. Ainsi, si le cœur continue à être le centre des fonctions, la chaleur n'est plus une « force ou principe vital » mais une simple fonction. Nous constatons ici sa contribution, avec Lavoisier, à tenter de donner une explication scientifique à la chaleur du corps et ainsi à dépasser l'obstacle épistémologique du feu enraciné dès l'Antiquité dans la théorie thermocentro-centrique.

Le parallélisme que Bichat établit entre la physiologie et les sciences physiques mérite d'être souligné. Il considère que les propriétés vitales sont irrégulières et capricieuses. Du coup, cela empêche toute mathématisation des phénomènes vitaux, contrairement à ce qui se passe pour les phénomènes physiques. Ces raisons, d'après Bichat, ont fait échouer la physiologie mécanique et les théories chimiques, notamment en raison de la difficulté

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p.136.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 33.

<sup>3</sup> *Ibid.*



d'obtenir des résultats expérimentaux reproductibles en physiologie et de la variabilité et de l'irrégularité des fluides organiques. Il donne l'exemple suivant :

« Comparer la faculté vitale de sentir à la faculté physique d'attirer, vous verrez l'attraction être toujours en raison de la masse du corps brut où on l'observe, tandis que la sensibilité change sans cesse de proportion dans la même partie organique et dans la même masse de matière<sup>1</sup>. »

Paradoxalement, Bichat considère la maladie comme une perturbation des propriétés vitales, mais une perturbation « hors norme ». Les propriétés sortent de leur « type naturel ». Cependant, Bichat ne définit pas ce « type naturel », et cela contredit la caractéristique fondamentale de départ selon laquelle les propriétés vitales sont variables<sup>2</sup>. C'est au contraire sur la constance des fluides qu'un siècle plus tard Claude Bernard fondera la physiologie moderne.

Ainsi, le vitalisme de Bichat, pour reprendre les termes de Foucault, peut être défini ainsi :

« L'irréductibilité du vivant au mécanique ou au chimique n'est que seconde par rapport à ce lien fondamental de la vie et de la mort. Le vitalisme apparaît sur fond de ce mortalisme (...). Du fond de la Renaissance jusqu'à la fin du XVIIIème siècle, le savoir de la vie était pris dans le cercle de la vie qui se replie sur elle-même et se mire ; à partir de Bichat, il est décalé par rapport à la vie, et séparé d'elle par l'infranchissable limite de la mort, au miroir de laquelle il la regarde<sup>3</sup>. »

Cette définition originale de la vie est donc fondée sur la mort où le corps s'oppose à des forces de mort. Dans cette conception, la fonction de nutrition peut être altérée par des forces de mort qui peuvent être externes ou internes. Si les forces externes sont bien identifiées par Bichat (le climat, la saison, l'âge, etc.), au contraire, les forces physiques internes ou chimiques ne sont pas mentionnées. En effet, Bichat n'étant pas chimiste, il ne souhaitait pas aborder le sujet, en particulier devant les récentes conclusions de Lavoisier. Or, l'anatomie pathologique de Bichat a influencé au début du XIXème siècle la nouvelle médecine clinique.

### **2.1.1 La médecine clinique de Pinel**

Considéré comme un précurseur de cette médecine, Philippe Pinel propose une nouvelle méthodologie nosographique, fondée sur les principes de la botanique et devient pendant

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 121.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 41.

<sup>3</sup> M. Foucault, *Naissance de la clinique, op.cit.*, p. 205.

vingt ans la référence dans l'enseignement en médecine<sup>1</sup>. Nous pouvons étudier la place de la nutrition et de la diététique dans cette nouvelle conception de la médecine dans l'œuvre *La médecine clinique* publiée en 1804. Après le recueil et les résultats d'observations sur les maladies aiguës faites à la Salpêtrière, il décrit et classe les maladies d'une part, par leur caractère particulier et spécifique «comme formant une lésion quelconque dans une ou dans plusieurs fonctions de l'économie animale » et d'autre part, par l'influence des localités, des saisons et de la nature du traitement<sup>2</sup>. Ainsi, cette position est justifiée par l'idée qu'il existe des affections de toutes les fonctions organiques, sans lésion d'un organe déterminé. La maladie est conçue comme ayant une « cause matérielle morbifique » dont les symptômes sont les manifestations des changements « d'être » sur les parties du corps<sup>3</sup>. Autrement dit, la lésion est un siège et non un foyer, il ne s'agit que d'une localisation géographique, expliquant son intérêt par les autopsies, dans lesquelles il ne fait qu'observer une localisation sans tirer des conclusions essentielles pour connaître la maladie. Son intérêt est tourné vers les symptômes du vivant. La thérapeutique cherche à rétablir ces phénomènes en agissant sur les mouvements particuliers qu'induit la maladie. Dans ce contexte, Pinel propose une nosologie de la maladie visant à décrire l'histoire du cours de la maladie et à établir une base théorique pour la thérapeutique, cela « d'après les lois fondamentales de l'économie animale, ou plutôt d'après la structure et les fonctions organiques des parties ». Dans la mesure où la maladie a un cours naturel, l'idée de conserver le malade permet au médecin de montrer que « l'exposition de la maladie indique assez aux personnes exercées si les efforts de la nature sont dirigés avec régularité et vers un but conservateur, ou si le désordre des symptômes fait craindre une terminaison funeste». La maladie est alors appréhendée comme organisation ou « harmonie » des symptômes<sup>4</sup> et comme un concours d'efforts conservateurs qu'il faut respecter « en les livrant au temps, à la direction d'un régime sage ou à l'usage de quelques remèdes simples »<sup>5</sup>. Cette conception de la maladie révèle la persistance de la notion de *natura medicatrix*<sup>6</sup> héritée de l'Antiquité et la situation privilégiée du régime. Pinel est méfiant envers les

<sup>1</sup> Imbault-Huart, Pinel, nosologiste et clinicien, Société française d'histoire de la médecine 1977. <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1978x012x001/HSMx1978x012x001x0033.pdf> (consulté le 3 février 2013)

<sup>2</sup> Ph. Pinel, *La médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse*. Paris, JA. Brasson, 1804, Discours préliminaire, V.

<sup>3</sup> J.L.V. Broussonnet, *Tableau élémentaire de la sémiotique*, Montpellier, Tournel, an VI. p. 60.

<sup>4</sup> J.L.V. Broussonnet, *Tableau élémentaire de la sémiotique*, op. cit., p. 60.

<sup>5</sup> Ph. Pinel, *La médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse*. op. cit., Discours préliminaire.

<sup>6</sup> *Natura medicatrix* : c'est la nature elle-même qui guérit et non le médecin.

médicaments et considère la thérapeutique comme du charlatanisme « indigne du vrai clinicien »<sup>1</sup>. Par conséquent il donne une place prépondérante au régime dans ce « laisser faire de la nature » qui encadre le médecin. Le régime est ainsi une stratégie présente à trois moments : la prise en charge de la maladie, la convalescence et le maintien de l'état de santé<sup>2</sup>.

A titre d'exemple, nous citons le tableau d'une « fièvre méningogastrique », qui nous permet de voir la description de la maladie et le recours à la diète, aux boissons comme l'infusion de chicorée pendant la maladie et de camomille pour récupérer les forces du malade :

« Il s'agit d'une femme âgée de trente et un ans, d'une constitution forte et robuste, à Paris depuis un mois (c'était le printemps), elle s'ennuie de n'être pas à la campagne, auprès de son mari : l'appétit diminue, le visage devient jeune, elle est moins active ; anorexie, nausées dès qu'elle a mangé : elle se croit enceinte.

1<sup>e</sup> Jour de la maladie : à son réveil, lassitude générale, céphalalgie, nausées fréquentes, amertume de la bouche. A onze heures, frisson vif avec claquements de dents ; céphalalgie frontale, épigastralgie, anxiété ; vomissements spontanés de matières jaunes, verdâtres après un tremblement d'une heure ; chaleur brûlante, peau sèche, soif, moiteur à la fin de l'accès, qui se prolonge dans la nuit.

5<sup>e</sup> jour de la maladie : l'accès anticipe d'une heure mais il est moins violent (Infusion de chicorée acidulée).

12<sup>e</sup> jour de la maladie : la malade se sent très fatiguée (infusion de camomille pendant quinze jours); retour progressif des forces et de la santé<sup>3</sup>.»

Cette médecine classificatrice et expectante<sup>4</sup> n'apporte rien de nouveau au régime. Ce dernier, comme dans l'Antiquité, est adapté à la maladie et à son évolution<sup>5</sup>. Plus rigoureusement, il existe un régime adoucissant ou fortifiant adapté à la maladie et un régime pour la convalescence. Des boissons telles que des décoctions, infusions et des

---

<sup>1</sup> Imbault-Huart, Pinel, nosologiste et clinicien, Société française d'histoire de la médecine 1977. p, 37

<sup>2</sup> La santé est considérée comme « l'état naturel » caractérisé par des mouvements « réguliers » d'après de lois de l'organisation animale. La maladie est un état soumis également aux lois de la nature, en particulier à celles qui sont établies pour conserver la santé. La maladie produit des mouvements qui ont pour but de combattre la maladie et « quand ils ne sont ni trop faibles, ni trop violents, ni détournés de leur but par des perturbations nouvelles, tendent le plus souvent au rétablissement de l'ordre et de la santé ».

<sup>3</sup> Ph. Pinel, *La médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse. op.cit.*, Discours préliminaire, V.

<sup>4</sup> Médecine expectante est celle qui, attendant que la nature agisse par elle-même, emploie des moyens peu actifs.

<sup>5</sup> J. Jouanna, *Hippocrate, op. cit.*, p. 233.

tisanes d'eau de mélisse, de rhubarbe (sirop antiscorbutique), d'oxymel, sirop de vinaigre, quinquina avec de la cannelle, julep, eau d'orge, d'orge miellée,<sup>1</sup> considérés comme remèdes consommés dans le cours de la maladie, en marge des médicaments tels que la antimonié<sup>2</sup>, les saignes, les purges<sup>3</sup>. La nouveauté ici réside dans l'introduction des produits tels que des épices comme la quinquina importée de l'Amérique<sup>4</sup>. L'absence d'évolution et de démarche innovante s'explique par la persistance des fondements et conceptions Antiques des concepts de maladie et de santé, et ce jusqu'aux apports de la médecine de Broussais.

### 2.1.2 La médecine clinique de Broussais

Broussais, élève de Pinel et également membre de l'Ecole médicale de Paris, se fonde sur le principe tissulaire de Bichat<sup>5</sup> pour définir la maladie. Pour lui, la vie est caractérisée par la capacité d'excitation. Cette excitation peut « dévier de l'état normal, et constituer un état anormal ou maladif », soit par excès, et Broussais la définit comme « irritation », soit par défaut, et dans ce cas elle devient « abirritation ». Il n'existe pas « d'entités morbides » générales, ou de maladies à proprement parler, mais des « crises » des « organes souffrants »<sup>6</sup>. La lésion provenant de l'irritation n'est que la première manifestation de la maladie et non la maladie elle-même. Il affirme que « toutes les maladies sont locales dans leur principe ». La maladie est alors localisée dans un organe précis, il s'agit d'un foyer et non d'une cause dernière. Ainsi, le trouble fonctionnel et l'altération organique sont en communication immédiate. C'est l'irritation à l'origine de l'inflammation qui produit le trouble qui est localisable à un organe précis. Reprenant ici l'analyse menée par Foucault, on peut dire que la médecine est « pleinement positive au sens où il est vain de rechercher de manière métaphysique un « être » de la maladie, puisque celle-ci n'est qu'un processus d'irritation tissulaire »<sup>7</sup>. Pour Broussais, l'inflammation est à l'origine de la maladie et se

---

<sup>1</sup> Ph. Pinel, *La médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse. op. cit.*, p. 23.

<sup>2</sup> Qui renferme de l'antimoine ou métal d'un blanc bleuâtre avec lequel on prépare l'émétique.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 55.

<sup>4</sup> A.J. Grieco « Alimentation et classes sociales à la fin du Moyen Âge et à la Renaissance », dans *Histoire de l'alimentation*, J.L. Flandrin, M. Montanari (dir.), Paris, Fayard, 1996, p. 494.

<sup>5</sup> La notion de tissu : correspond aux « briques élémentaires » du corps humain.

<sup>6</sup> J.F. Braunstein, « Paris 1800 : la naissance de la médecine moderne », dans *Aux origines de la médecine, op.cit.*, p. 136.

<sup>7</sup> M. Foucault, *Naissance de la Clinique, op.cit.*, p. 194. Aussi, B. Vandewalle, *Michel Foucault, Savoir et pouvoir de la médecine*, Paris, L'Harmattan, 2006, p. 59.

caractérisée par une tumeur, une rougeur, de la chaleur et de la douleur. Elles produisent des modifications vitales qui ont pour siège les vaisseaux capillaires de la partie malade : l'inflammation est donc « primitivement l'effet d'un surcroît de cette action »<sup>1</sup>. Deux conséquences méritent d'être mentionnées : cette position implique un changement radical du point de vue du médecin, selon Foucault, puisque désormais on pose la question « où avez-vous mal ? » au lieu de la question « Qu'avez-vous ? »<sup>2</sup>. De même selon la philosophie de Canguilhem, il s'agit du passage d'une notion de la maladie fondée sur des variations qualitatives à une maladie appréhendée à partir de modifications quantitatives. Par conséquent, la fièvre, par exemple, bénéficie d'un nouveau statut : elle n'est plus une essence dans une « ontologie fébrile », mais une série de manifestations dans un processus physico-pathologique<sup>3</sup>. Par-là, la médecine des maladies « cède la place à une médecine des réactions pathologiques qui elle-même instruira quelques décennies plus tard une médecine d'agents pathologiques »<sup>4</sup>.

Broussais introduit les termes de « anormal, et pathologique ou morbide » comme des synonymes. La différence entre normal ou physiologique et anormal ou pathologique comme constate Canguilhem « serait donc une simple distinction quantitative », c'est-à-dire que le pathologique est décrit comme un excès ou un défaut d'une fonction normale qui est définie à partir d'une moyenne. Le principe universel pour définir les modifications des phénomènes normaux et pathologiques se définit ainsi :

« Toute modification, artificielle ou naturelle, de l'ordre réel concerne seulement l'intensité des phénomènes correspondants ... malgré les variations de degré, les phénomènes conservent toujours le même arrangement, tout changement de nature proprement dit, c'est-à-dire de classe, étant d'ailleurs reconnu contradictoire<sup>5</sup>. »

L'originalité de ce principe universel attribué à Broussais est d'avoir conçu sous les mêmes lois, le normal et le pathologique, qui jusqu'alors étaient pensés comme étant soumis à des lois différentes. Dans ce contexte comment les régimes alimentaires et les boissons s'adapteront à ce nouveau principe ? Broussais affirme que

---

<sup>1</sup> F. J. V. Broussais, *Histoire des phlegmasies, ou inflammations chroniques*, Paris, Gabon, 1808.

<sup>2</sup> M. Foucault, *Naissance de la Clinique*, *op.cit.*, p.194.

<sup>3</sup> B. Vandewalle, *Michel Foucault, Savoir et pouvoir de la médecine*, *op.cit.*, p. 59.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 59.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 19.

« c'est en vain qu'on déploiera toute la sagacité possible, dans l'application des moyens que nous venons de conseiller,<sup>1</sup> pour détruire la phlogose (inflammation) du poumon ; si le régime ne concourt pas au même but, ils seront presque sans effet<sup>2</sup>. »

Ainsi, au cours des efforts pour traiter l'inflammation, il ne faut pas « s'écarter du régime ». Autrement dit, les aliments peuvent modifier le phénomène pathologique de l'inflammation pour favoriser la guérison. Le régime est une condition nécessaire pour le succès du traitement de l'inflammation et il fait partie intégrante du traitement : on parle ainsi du régime antiphlogistique qui consiste en la restriction sévère des aliments ou « diète » qui seront réintroduits si l'inflammation devient chronique. Deux grands principes du régime hippocratique sont encore présents dans cette conception, à savoir, éviter l'alimentation au point fort de la maladie, parce que toute alimentation accroît les forces du mal. L'auteur différencie et explique la raison de l'utilisation des médicaments excitants ou antiphlogistiques et de la diminution des aliments lors de l'inflammation. Les médicaments, en favorisant certaines évacuations pourraient diminuer l'inflammation car ils « irritent l'estomac ou la peau, et par là raniment des organes dont l'action alterne avec celle du poumon, et favorisent certaines évacuations d'où peut quelquefois résulter une heureuse révulsion », tandis que les aliments eux, accumulent d'abord le sang dans le poumon après l'effet de la première digestion. Ensuite, « parvenus dans le tissu vasculaire, ils vont remplir et surcharger des faisceaux lymphatiques qui se trouvent placés au milieu d'un foyer enflammé »<sup>3</sup> favorisant ainsi l'inflammation. Reprenons les conseils de Broussais à ses collègues à propos du traitement des phthisies commençantes chez les sujets qui ne sont pas épuisés :

« régime lacté, végétal et féculent, sans mélange et, relativement à la prééminence du régime devant les médicaments, j'oserais même ajouter, insiste Broussais, que sans son aide ils obtiendraient fort peu de guérisons, et qu'avec lui ils pourront souvent se passer de tous les médicaments<sup>4</sup>. »

Au-delà de leur rôle dans la thérapeutique, les aliments peuvent causer des maladies épidémiques<sup>1</sup>. Ils sont nécessaires pour maintenir la vie et peuvent en même temps causer des maladies individuelles. Cabanis considère que

---

<sup>1</sup> Médicaments irritants ou antiphlogistiques comme quinquina, le mercure, les saignées, les antiscorbutiques, les sudorifiques, les bains froids, etc. Traitement antiphlogistique principalement des saignés et évacuations.

<sup>2</sup> F. J. V. Broussais, *Histoire des phlegmasies, ou inflammations chroniques*, op.cit., p. 555.

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> Régime lactée : Deux pintes de laits frais par jour, avec deux onces de pain, pendant dix à douze jours, puis lorsque l'amélioration commençait augmentation graduelle du pain et cela pendant trente ou quarante jours puis régime habituelle.

« les aliments et les boissons sont également nécessaires, soit pour exciter et soutenir le jeu de l'économie animale, soit pour réparer ses pertes journalières. Or l'action de ces nouvelles matières, introduites dans les organes digestifs, dans le torrent des humeurs et dans l'intime texture des fibres, y devient la cause de nombreuses modifications, ressenties par le système vivant tout entier<sup>2</sup>. »

En conséquence, pour Broussais, les phénomènes de la santé et de la maladie sont un même phénomène ne se différenciant que par le degré d'intensité. La relation entre normal et anormal s'inscrit dans une logique de continuité, et du coup il s'en découle une notion de continuité entre la physiologie et la pathologie. C'est alors que le médecin français Claude Bernard au XIX<sup>ème</sup> siècle avec sa méthode expérimentale permet d'obtenir des mesures quantifiables, qui viennent supporter les fondements des fonctions de l'organisme comme celle de la nutrition.

## 2.2. La physiologie digestive

A la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, la fonction digestive pose un problème biologique ontologique : la digestion est-elle le résultat d'un processus mécanique au moyen d'une simple action musculaire par laquelle les aliments sont triturés ou broyés ? Ou l'organisme possède-t-il un pouvoir propre pour dissoudre les aliments et ensuite les assimiler ? C'est un aspect qui a déjà été débattu par les mécaniciens et les vitalistes. Reamur, en 1752, étudie l'influence du suc gastrique dans la digestion et permet de valider les deux théories. En 1787, Lazzaro Spallanzani réalise la première digestion artificielle et permet d'élucider en partie cette fonction. Cependant, il faut remarquer, d'une part, que cette découverte ne concerne pas l'alimentation proprement dite, c'est à dire son rôle dans l'équilibre physiologique ; du coup, elle donne une définition de l'aliment qui exclut sa fonction nutritive. L'aliment est défini comme un «corps pouvant être digéré comme dans des conditions naturelles par un organisme vivant »<sup>3</sup>. D'autre part, cette fonction ne s'applique pas uniquement à l'homme, ce qui est considéré comme un progrès de la biologie de l'époque souvent ancré dans la dimension anthropomorphique. Il convient de souligner que la fonction digestive est pour les physiologistes un objet de recherche propre à l'étude des fonctions du vivant, elle ne représente pas le début d'une science nutritionnelle particulière. Au XIX<sup>ème</sup> siècle, la physiologie et la méthode expérimentale encadrent en

---

<sup>1</sup> J.L.V. Broussonnet, *Tableau élémentaire de la sémiotique, op.cit.*, p. 43.

<sup>2</sup> P.J.G. Cabanis, *Coup d'œil sur les révolutions et sur la réforme de la médecine*, Paris, Crapelet, 1804, p.18.

<sup>3</sup> JP. Aron, *Biologie et alimentation au XVIII<sup>e</sup> siècle et au début du XIX<sup>e</sup> siècle*, Annales. Economies, Sociétés, Civilisations, 1961, p.972.

particulier l'étude de la science de la vie, en étroite relation avec la médecine. Comment la fonction de nutrition est-elle abordée dans cette nouvelle perspective?

### 2.2.1. La nutrition et la physiologie de Claude Bernard

Claude Bernard considère la médecine comme la science des maladies et la physiologie comme la science de la vie. Il établit une relation de continuité entre ces deux sciences, pour en faire une seule : « comme science la médecine n'est pas autre chose, au fond, que la physiologie »<sup>1</sup>. Ainsi, la physiologie est la science qui permet à la médecine scientifique de se « constituer définitivement » et il considère que le « problème physiologique contient aujourd'hui le problème médical tout entier ». Autrement dit, la médecine est fondée sur la physiologie. Bernard est vu comme le « Newton de l'organisme vivant » c'est-à-dire comme « l'homme qui a su apercevoir que les conditions de possibilité de la science expérimentale du vivant ne sont pas à chercher du côté du savant, mais du côté du vivant lui-même, que c'est le vivant qui fournit par sa propre structure et ses fonctions la clé de son déchiffrement ».

Par-là, la physiologie est devenue une science déterminée et pour cela, le concept du milieu intérieur a été fondamental<sup>2</sup>. Elle est déterminée parce que les conditions de manifestation de la vie sont purement physico-chimiques au même titre que tous les autres phénomènes de la nature. Les états pathologiques ne sont qu'une « altération ou modification » en plus ou en moins d'une condition physique qu'il s'agit de ramener à son état normal. En effet, les principes physiologiques qui dominaient à cette époque comme le *pneuma*, l'*archée*, le *principe vital* sont remplacés par les *propriétés vitales* de Bichat, c'est-à-dire par les « propriétés histologiques de la matière vivante des éléments organiques »<sup>3</sup> Par l'analyse expérimentale, on cherche à pénétrer dans l'anatomie et pour cela on doit faire l'étude des tissus à l'aide de l'histologie. Grâce à la physique et à la chimie, les propriétés de ces éléments sont expliquées. Ces éléments histologiques sont les « agents de la vie » et sont placés dans un milieu intérieur qui les « enveloppe et les sépare du dehors ». Bernard définit alors ce milieu intérieur comme « l'ensemble des liquides interstitiels, la partie fluide du sang et non pas tout le sang, car il y a des éléments dont il

---

<sup>1</sup> C. Bernard, *Leçons sur la chaleur animale*, Paris, Baillière, 1876, p.4

<sup>2</sup> G. Canguilhem, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 2002, p.149.

<sup>3</sup> C. Bernard, *Leçons sur la chaleur animale*, *op. cit.*, p.6.



faut faire abstraction »<sup>1</sup>. Ces actes vitaux sont ensuite ramenés à des actes physiques et chimiques. En effet, au long du XIX<sup>ème</sup> siècle, la chimie organique réalise la synthèse de composés organiques, dont la plus célèbre est la synthèse de l'urée en 1828 par Friedrich Wöhler. Dans la mesure où ces composés sont des substances biologiques, leur synthèse au laboratoire permet d'élucider leur possible synthèse dans les êtres vivants et ensuite de les intégrer aux fonctions biologiques<sup>2</sup>. C'est alors ce dernier usage que va permettre de constituer ce que Bernard appelle la « chimie biologique ». Ces questionnements se constituent autour de la problématique de la nutrition animale et de la fermentation. Bernard affirme en opposition à Bichat, sur l'antagonisme de la vie et la mort que :

« Les découvertes de la physique et de la chimie biologique ont établi, au lieu de cet antagonisme, un accord intime, une harmonie parfaite entre l'activité vitale et l'intensité des phénomènes physicochimiques<sup>3</sup>. »

Ainsi, la vie n'est plus définie en opposition aux actions physicochimiques caractéristiques du règne inerte.

La nutrition est au cœur de la physiologie de Claude Bernard, comme un de ses objets privilégiés d'études. Pour le montrer, nous allons étudier trois sujets qui représentent la physiologie bernardienne et qu'il utilise pour fonder les principes de la médecine expérimentale<sup>4</sup>. Premièrement, l'étude d'une fonction métabolique, la fonction de glycogènes, et son état de perturbation, le diabète. Deuxièmement, la fonction calorifique, le phénomène de combustion des aliments et son état de perturbation, la fièvre. Troisièmement, le rôle du système nerveux et sa fonction de « régulation »<sup>5</sup> dans les deux fonctions précédentes.

La méthode propre d'expérimentation à cette science, qui permet d'obtenir des mesures quantifiables, a introduit une nouvelle manière de voir dans le fonctionnement de notre

---

<sup>1</sup> *Ibid.*

<sup>2</sup> Le mot « biochimie » apparaît pour la première fois en 1838 comme la « branche de la chimie qui traite des substances produites par l'action de la vie ». Au XIX<sup>ème</sup> siècle elle se constitue essentiellement autour du problème du métabolisme intermédiaire (transformations qui ont lieu à l'intérieur de l'organisme) et des fermentations comme modèle expérimental. Ces débuts se caractérisent par une contestation des médecins positivistes, comme par exemple Littré, qui considère qu'il n'est pas concevable de considérer une idée de la biochimie, car le métabolisme étant un phénomène vital, ne peut être l'objet d'une recherche chimique.

<sup>3</sup> C. Bernard, *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*, Paris, Baillière, 1878, I, p.29.

<sup>4</sup> C. Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, LGF, 2008.

<sup>5</sup> C'est Claude Bernard qu'introduit le terme de « régulation » en physiologie. G. Canguilhem, La Formation du concept de régulation biologique, dans « *Canguilhem, Idéologie et rationalité dans l'histoire de des sciences de la vie* », Paris, Vrin, 2009, p.124.

organisme, en particulier en ce qui concerne la nutrition. C'est en analysant ces trois aspects, que nous voulons montrer la relation entre nutrition et physiologie sous les notions bernardiennes de normal et pathologique. La nutrition est considérée par Bernard comme :

« la fonction de l'élément qui attire les principes du dehors, les incorpore pour un temps, puis rejette : c'est la faculté d'être en relation d'échange constant avec le milieu qui le baigne par un perpétuel mouvement d'assimilation ou de désassimilation <sup>1</sup>.»

Autrement dit, il s'agit d'une fonction physiologique complexe, avec des innombrables phases se traduisant en deux transformations « assimilation et désassimilation »<sup>2</sup>. Par la digestion, on « décompose » les principes alimentaires en éléments indifférents, dont l'organisme reconstitue les composés nécessaires selon ses besoins, afin de rétablir l'équilibre de ses dépenses. Ainsi, la notion de *turnover* ou renouvellement incessant de la matière continue, après Lavoisier, à être élucidée et cela par une méthode qui permet une quantification des composants organiques et du milieu.

### 2.2.2 La fonction du glycogénèse

La publication des *Leçons sur le diabète et la glycogénèse animale* en 1877 est considérée comme le travail de Bernard qui illustre sa théorie. La glycogénèse est une fonction qui a pour finalité la production du sucre et est définie comme n'étant :

« qu'un cas particulier d'un phénomène beaucoup plus général, le plus général même dont les êtres vivants soient le théâtre, celui de la *nutrition* <sup>3</sup>.»

Les expériences relatives à cette fonction permettent d'établir le rôle du foie dans la nutrition. Du coup le glucose dans le milieu intérieur ne provient pas uniquement de l'aliment, mais d'un organe producteur le foie. Le diabète est considéré comme une modification de la fonction glycogénique, c'est-à-dire une maladie de la nutrition dont toute une série de questions concernant la physiologie pathologique sont « aujourd'hui enveloppées de la plus complète obscurité ». Cette maladie est donc l'expression « troublée, exagérée, amoindrie ou annulée » de la fonction normale de glycogénèse. La nutrition est un phénomène constant sans interruption. Cela permet d'expliquer le

---

<sup>1</sup> C. Bernard, *Leçons sur la chaleur animale*, op. cit., p. 89

<sup>2</sup> C. Bernard, *Leçons sur le diabète et la glycogénèse animale*, Paris, Baillièrè, 1877, p. VII.

<sup>3</sup> G. Canguilhem, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, op. cit., p.149.

phénomène qu'on appelle d'autophagie. La nutrition ne s'arrête pas dès lors qu'un organisme arrête de s'alimenter, elle se réalise par la consommation des tissus, autrement dit « l'animal se mange lui-même ». Le traitement proposé alors est fondé sur des régimes alimentaires variant les composés en glucides, dont Bernard réalise diverses expériences<sup>1</sup>. L'auteur reconnaît que la nutrition est la fonction la plus importante, certes, mais également la moins connue et la plus « difficile à pénétrer ».

### 2.2.3 La fonction calorifique

Une autre fonction physiologique considérée comme normale est la fonction calorifique. Cela amène à un résultat déterminé et concret : la chaleur. Ce résultat est mesuré par une valeur normale avec ses variations maximum et minimum. Il s'agit d'une condition vitale nécessaire du milieu intérieur. La chaleur est la résultante ou principe d'action. On dispose maintenant d'une explication scientifique : elle est le résultat de la combustion des aliments qui se réalise dans les capillaires de l'organisme<sup>2</sup>. La combustion est définie comme :

« les phénomènes chimiques qui accompagnent cette modification manifestée (transformation du sang artérielle en sang veineux), par la production d'acide carbonique et disparition d'oxygène<sup>3</sup>. »

Ainsi, les phénomènes calorifiques sont en étroite relation avec les phénomènes de nutrition. Bernard considère qu'il s'agit d'un processus général :

« l'origine de la chaleur est partout (...) est une faculté générale appartenant à tous les tissus doués de la vie dans lesquels s'accomplissent des phénomènes de nutrition<sup>4</sup>. »

---

<sup>1</sup> C. Bernard, *Leçons sur le diabète et la glycogénèse animale*, op. cit., p. 457.

<sup>2</sup> Le point départ des travaux relatifs à l'apport énergétique alimentaires du XIXème siècle est la constatation que les effets de la respiration ne suffisaient pas à expliquer la production de toute la chaleur, comme le prétendait Lavoisier. Le médecin allemand J.R. Mayer a établi le principe de conservation de l'énergie ou la première loi de la thermodynamique. Il a démontré, par les recherches sur les valeurs calorifiques de différentes matières nutritives, que l'énergie fournie par l'aliment est à l'origine des phénomènes vitaux. Atwater au début du XXème siècle mènera les études de la conservation de l'énergie sur l'homme. G. Canguilhem, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, op. cit., p. 262.

<sup>3</sup> C. Bernard, *Leçons sur le diabète et la glycogénèse animale*, op. cit., p. 132.

<sup>4</sup> *Ibid.*

#### 2.2.4 Le système nerveux

Cette fonction calorifique est rattachée au système nerveux par deux espèces de nerfs vaso-moteurs. Les uns sont les vasodilatateurs ou calorifiques qui par leurs activités produisent la dénutrition, c'est-à-dire qu'ils promeuvent « les oxydations des principes constituants des tissus ». Ces réactions d'activations par les nerfs vaso-moteurs produisent des métamorphoses par lequel les éléments anatomiques transforment les matériaux que la nutrition a accumulés en eux, et donnent naissance ici à de la force mécanique, qui se « réduisent, en dernière analyse, à des manifestations vitales qui s'accompagnent toujours d'un dégagement de chaleur »<sup>1</sup>. Les autres nerfs vaso-constricteurs ou sympathiques, « président la nutrition, à l'organisation ». Sous son effet la température baisse et l'oxydation et la fermentation sont ralenties ou arrêtées. La nutrition ou organisation et la dénutrition ou transformation sont les variations d'un même phénomène qui est considéré comme normal car il ne s'agirait que d'une variation quantitative. La manifestation excessive de cette fonction normale est la fièvre, considérée comme une maladie de la nutrition qu'il fallait traiter par des compresses d'eau froide, les lavements froids et un régime par des boissons froides ou glacées<sup>2</sup>. Elle est considérée aussi comme un état actif d'expression de l'activité exagérée des vaso-dilatateurs ou de la cessation de nerfs vaso-constricteurs. Ce trouble se caractérise par une dénutrition constante, un empêchement à l'assimilation et à la synthèse nutritive qui peut entraîner la mort. La thérapeutique proposée implique du coup le système nerveux en stimulant ou inhibant, de manière à ramener le froid dans le milieu intérieur et cela par des réfrigérants artificiels extérieurs ou intérieurs. Cette théorie restreint le phénomène pathologique *hypercalorifique* à un symptôme, la fièvre, en faisant abstraction de son contexte clinique.

#### 2.2.5 Le Normal et le Pathologique

La théorie de Bernard se heurte à une difficulté. En considérant le diabète et la fièvre comme une simple modification quantitative d'un phénomène normal, on n'est pas capable d'identifier les nouveaux remaniements qui s'instaurent dans l'organisme, c'est-à-dire, un nouveau comportement ou « un nouveau mode de vie »<sup>3</sup>. Bernard estime qu'il y a une continuité entre les phénomènes normaux et pathologiques, et qu'il s'agit seulement d'une

---

<sup>1</sup> *Ibid.*

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 453.

<sup>3</sup> G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1998, p. 48.

différence quantitative dans le mécanisme et les produits des fonctions vitales entre ces deux états (c'est ce que contestera Canguilhem dans *Le Normal et le Pathologique*) :

« La santé et la maladie ne sont pas deux modes différant essentiellement, ... Dans la réalité il n'y a que des différences de degré. Il n'y a pas un cas où la maladie aurait fait apparaître des conditions nouvelles, un changement complet de scène, des produits nouveaux et spéciaux<sup>1</sup>. »

En ce sens, la nutrition est une fonction normale et ses maladies sont conçues comme un dérangement<sup>2</sup> quantitatif de cette fonction. Nous considérons deux conséquences de cette thèse. D'une part, en illustrant sa théorie avec des exemples dans les phénomènes du métabolisme, comme le diabète et la chaleur et en voulant la généraliser, sa théorie est devenue arbitraire. A titre d'exemple, Canguilhem mentionne qu'il ne saurait pas expliquer alors les maladies infectieuses qui commençaient à « sortir des limbes préscientifiques »<sup>3</sup>. D'autre part, comme le montre Canguilhem, cette théorie implique une négation de l'individualité biologique par la constitution de la norme scientifique et l'homogénéité entre le normal et le pathologique. La normativité organique selon Canguilhem, constitue la capacité de changer de normes de vie. Le pathologique est la réduction de ce pouvoir normatif. La normativité nous permet de différencier entre le normal et le pathologique. L'acte de nutrition est un acte normatif,

« qui suppose que l'organisme puisse être capable d'appétit, d'évaluation des possibilités et de choix qu'il parachève dans un acte. ... () est un acte normatif témoignant de la capacité créatrice de l'organisme... »<sup>4</sup>.

Par conséquent, la théorie de Bernard serait non seulement arbitraire, mais elle nierait également cette « capacité créatrice de l'organisme ». Une bipolarité s'installe dans le discours médical du XIXème siècle : on parle alors de « normal et de pathologique ». Ainsi, le savoir médical s'organise autour de la notion « d'homme normal », c'est-à-dire que « c'est par rapport à un type de fonctionnement ou de structure organique qu'elle forme ses concepts et prescrit ses interventions » et non plus à partir « des qualités de

---

<sup>1</sup> G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op.cit.*, p. 8.

<sup>2</sup> Dérangement, possède implicitement une notion qualitative. Ainsi selon l'analyse de G. Canguilhem, Bernard ne peut définir la différence entre Normal et Pathologique uniquement au moyen d'une différence quantitative.

<sup>3</sup> G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op.cit.*, p. 46.

<sup>4</sup> G. Le Blanc, *Canguilhem et les normes*, Paris, PUF, 1998, p. 58.

vigueur, de souplesse, de fluidité que la maladie ferait perdre et qu'il s'agirait de restaurer »<sup>1</sup>.

### 2.2.6 L'homme normal de Quételet

Dans ce contexte, Quételet en 1835 a recours aux mathématiques et aux statistiques pour définir « l'homme normal » d'un point de vue physique mais aussi social et moral. Il cherche des lois généralisables à l'espèce humaine : « C'est de cette manière que nous étudierons les lois qui concernent l'espèce humaine ; car en les examinant de trop près, il devient impossible de les saisir, et l'on n'est frappé que des particularités individuelles, qui sont infinies »<sup>2</sup>. Quételet démontre que la loi de la distribution normale gaussienne répandue dans la nature s'applique également aux caractéristiques de l'Homme. Il établit des courbes extraites des résultats faits sur des populations et identifie les facteurs associés à ses variations. Cependant, en ce qui concerne la relation du poids à la taille, il se heurte à une difficulté car cette relation n'a pas une distribution normale, et il établit ce que nous appelons aujourd'hui l'index de Quételet :

« Les poids chez les individus développés et de hauteur différents, sont à peu près comme les carrés des tailles<sup>3</sup>. »

Il s'agit ici d'un usage des statistiques des mesures anthropométriques, qui ont servi de modèle à d'autres techniques de définition de normes s'appuyant sur la biologie. Cependant, l'origine des questionnements qui ont amené à ces définitions n'est pas l'étude des maladies, et en particulier de l'obésité, mais celle d'une pratique non-scientifique, le service militaire.<sup>4</sup> Pourtant, nous utilisons aujourd'hui cet index aussi appelé Index de masse corporelle ( $IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$ ), après validation par un certain nombre d'études épidémiologiques pour catégoriser et diagnostiquer, à titre individuel, un poids normal, la dénutrition, le surpoids ou l'obésité. Encore aujourd'hui, nous fondons la définition de l'état nutritionnel et ses altérations, sous cette « normalité » anthropométrique, définie par rapport à une moyenne<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p.62.

<sup>2</sup> A. Quételet, *Sur l'Homme*, Paris, Bachelier, 1835, I, p. 6.

<sup>3</sup> *Ibid.*, 53.

<sup>4</sup> G. Canguilhem, *Etudes d'histoire et de philosophie*, op.cit. , p.18-19.

<sup>5</sup> Ce point sera approfondi dans la deuxième partie de ce travail, lors d'une étude de cas.

Il s'ensuit que l'homme et la santé au XIXème se définissent par rapport à une « normalité », une normalité des fonctions qu'il faut connaître par l'expérimentation. Ainsi, les médecins doivent d'abord observer les malades à l'hôpital, puis entrer dans le laboratoire chercher l'explication expérimentale.

### **2.3 La nutrition à l'hôpital**

La médecine au XIXème siècle est liée à l'apparition de l'hôpital moderne à partir des changements politiques et sociaux introduits par la Révolution Française<sup>1</sup>. Cette nouvelle conception de l'hôpital dépasse la notion d'hospice pour les plus démunis. Désormais, l'architecture de l'hôpital est pensée en fonction de la thérapeutique et de l'hygiène. L'hôpital devient un lieu privilégié de l'enseignement de la médecine. En effet, l'hôpital fait avancer la clinique, car il concentre une quantité importante des malades qui peuvent être observés, étudiés et comparés et il permet de mener des autopsies afin de développer l'anatomopathologie.

Réfléchir à propos de la nutrition dans le cadre hospitalier nous amène à nous poser la question suivante : pourquoi alimente-t-on les malades à l'hôpital ? Autrement dit, quel est le sens de l'alimentation dans ce cadre d'exercice de la médecine ? Afin de répondre, nous avons identifié trois périodes. Une première période du Moyen Age au XVIIIème siècle, où la nutrition a un sens principalement religieux. L'hôpital est administré par des communautés monastiques et sa vocation est l'accueil des malades démunis et des nécessiteux. L'alimentation est sobre, abondante, mais réparatrice, avec des degrés variables selon la nature des ordres religieux. L'alimentation est soumise à des principes religieux et est considérée comme un don : nourrir les malades représente « l'acte de charité par excellence »<sup>2</sup>. Dans ce contexte les repas deviennent une cérémonie et un espace presque théâtral inspirés des scènes de l'Ancien et du Nouveau Testament. Ce moment des repas devient un rituel aussi important que les offices religieux. La deuxième période du XVIIIème à 1970 est marquée par l'arrivée des médecins à l'hôpital au XVIIIème ce qui met fin aux cérémonies religieuses et introduit un profond changement dans le principe de l'alimentation des malades à l'hôpital. Le médecin extrait

---

<sup>1</sup> JF. Braunstein, « Paris 1800 : la naissance de la médecine moderne », dans *Aux origines de la médecine*, op. cit., p 133.

<sup>2</sup> A. Nardin, « L'hôpital face à la question de l'alimentation », dans *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital XV-XX siècles*. Paris, Doin, 1998, p. 14

l'alimentation à l'hôpital du contexte religieux pour fixer un cadre médical fondé sur la diététique hippocratique aussi bien préventive que thérapeutique. Or, les médecins se désintéressent rapidement de l'alimentation des malades pour céder sa gestion et son fonctionnement à l'intendance tenue par les économes. Face aux avancées des sciences et en particulier à la découverte des médicaments, la place de la diététique au sein de la pratique de la médecine se fait de plus en plus restreinte<sup>1</sup>.

La nutrition du malade n'est plus une préoccupation du médecin ni un objet de ses recherches malgré le fait établi que dans le règlement intérieur des hôpitaux, seuls les médecins sont compétents pour régler le régime des malades. Par conséquent, comme affirme Nardin,

« Pendant tout le XIX<sup>ème</sup> siècle, et alors que la médecine développe ses investigations dans de nouvelles directions, le savoir diététique reste figé sur les principes désuets énoncés au cours du siècle précédent<sup>2</sup>. »

Le *Rapport*<sup>3</sup> de 1864 d'Anselme Payen professeur de chimie à Paris, qui a pour objectif d'établir des recommandations pour améliorer l'alimentation à l'hôpital, nous permet de souligner deux aspects fondamentaux<sup>4</sup>. Premièrement, il montre les principes généraux de l'alimentation dans les hôpitaux :

« la diète est réparatrice, bien appropriée aux forces digestives pendant les cours des maladies, sauf la durée passagère des diètes absolues, que nous, savants praticiens abrègeront le plus possible, une telle alimentation, graduée suivant les prescriptions et soutenue jusqu'aux dernières limites de la convalescence, doit offrir, sans contredit, le plus puissant concours aux ressources nombreuses de la médecine contemporaine<sup>5</sup>. »

Ainsi, la diète des malades est héritée de la médecine hippocratique, à savoir, éviter l'alimentation au point fort de la maladie, parce qu'on considèrerait que toute alimentation accroît les forces du mal, ce qui a amené à des régimes diététiques quantitativement gradés en fonction de la sévérité de la maladie. On définit la diète absolue, diète simple, au

---

<sup>1</sup> C. Marchand, « Le médecin et l'alimentation, principes de nutrition et recommandations alimentaires en France (1887-1940) », p. 45. Thèse soutenue à l'université François – Rabelais de tours, 2014, [http://www.applis.univ-tours.fr/theses/2014/claire.marchand\\_4145.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/theses/2014/claire.marchand_4145.pdf)

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 15.

<sup>3</sup> Rapport établi par la commission du régime alimentaire dans les hôpitaux qui présidait A. Payen, à sollicitude du comité consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux sollicité par le ministre de l'intérieur.

<sup>4</sup> A. Payen, « Régime alimentaire dans les hôpitaux », *Substances alimentaires et des moyens de les améliorer, de les conserver et d'en reconnaître les altérations*, Paris, Hachette, 1865, p. 513.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 519.



potage, quart, demi, trois quart de portion puis complète lorsque le malade est rétabli. Les médecins sont très critiques envers les principes d'alimentation que les religieuses utilisaient à l'hôpital aux siècles précédents. Ils considèrent que ce principe de « donner au malade ce qu'il désire »<sup>1</sup>, pour faire plaisir au malade mais aussi pour favoriser la guérison, n'est pas adapté car l'alimentation trop abondante ne convient pas et empêchait les malades de guérir. Par exemple, dès 1636, les médecins considéraient que le régime à l'hospice ne convenait pas car « pendant les jours de carême et les jours maigres de l'année on donne indifféremment aux malades des poissons ou des pruneaux ». Cela était la cause de rechutes et de récurrences de maladies, car ce régime « donne tant de cours de ventre et de flux de sang ». En effet, il considérait les pruneaux, par leur capacité à modifier le flux du sang, comme des « aliments médicamenteux »<sup>2</sup> qui ne doivent « être donnés qu'avec une grande discrétion à certains malades »<sup>3</sup>.

En second lieu, ce *Rapport* nous permet de situer l'importance et l'inquiétude que les administrateurs portaient à propos de l'alimentation : « L'alimentation dans les établissements hospitaliers a dès longtemps préoccupé les gouvernements et les grandes administrations publiques ». D'une part, parce qu'ils reconnaissent que l'alimentation est centrale dans la thérapeutique à l'hôpital par « sa puissance réparatrice », et qu'ils reconnaissent que la nutrition « en abrégant la durée des maladies et en consolidant les convalescences » peut engendrer des économies à l'assistance publique. D'autre part, parce qu'elles questionnent la qualité (quantitative et qualitative) et les possibilités d'amélioration de l'alimentation : « Si, d'ailleurs, on considère l'état d'affaiblissement des malades reçus dans nos hôpitaux civils, ...le régime alimentaire est parfois insuffisant pour rétablir les forces épuisées, hâter la convalescence et prévenir le retour à l'hôpital »<sup>4</sup>. De ce rapport, on souligne des recommandations parmi lesquelles on trouve une modification des rations du pain, du vin et de la viande, une suppression du repas du matin pour les adultes, l'élimination des régimes maigres. Ainsi, en améliorant les régimes alimentaires, on cherchait à améliorer les résultats cliniques des interventions médicales

---

<sup>1</sup> J.L. Flandrin, « Diététique et régimes anciens », dans *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital XV-XX siècles*. Paris, Doin, 1998, p. 1429

<sup>2</sup> Dès le XVI siècle d'après Paracelse, il existe la notion d'un médicament pour chaque maladie. C'est au cours du XIXème que les avancés en chimie et physiologie, permettront d'extraire les principes actifs de substances connues. L'ère moderne du médicament débute en 1937 avec les antibiotiques.

<sup>3</sup> L. Flandrin, « Diététique et régimes anciens », dans *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital XV-XX siècles*. Paris, Doin, 1998, p. 19.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 519.

et chirurgicales, la durée du séjour, et une diminution de comorbidités, mais aussi de manière indirecte les avantages de l'assistance publique.

« le succès des prescriptions médicales et des opérations de la chirurgie ; la durée du séjour à l'hôpital se trouvera d'autant amoindrie, les récidives seront plus rares et la population reconnaissante comprendra mieux encore les bienfaits de l'assistance publique <sup>1</sup>.»

Nous constatons ici deux nouveautés. Ces recommandations sont fondées sur deux nouvelles notions dans la nutrition : celle de ration et du besoin alimentaire. Il convient de les détailler car elles se fondent sur une mutation dans la conception de la relation de l'homme à l'aliment. En effet, une nouvelle classification des aliments se met en place grâce aux avancées de la chimie et de la physiologie déterminant ainsi des nouvelles catégories nutritives des aliments qui ne sont plus déterminées, comme dans l'Antiquité, selon les quatre éléments constitutifs de l'univers, les quatre saisons et les quatre humeurs du corps, mais selon sa fonction dans l'économie animale. Désormais on distingue deux classes : Les aliments albuminoïdes (protéines)<sup>2</sup> considérés comme les véritables aliments, dont le rôle est de réparer et d'apporter de l'énergie aux muscles, et les aliments « respiratoires » qui incluent les graisses (lipides)<sup>3</sup> et les hydrates de carbone (glucides)<sup>3</sup> et réagissent avec l'oxygène lorsque celui-ci pénètre dans les tissus protégeant l'oxydation des protéines. A partir de 1865, avec l'avancée de la compréhension de la thermodynamique et de la conservation de l'énergie, on conclut que lipides et glucides sont les principaux combustibles pour les muscles. A la fin du XIXème siècle, on découvre que les protéines sont constituées des acides aminés qui sont hydrolysés après absorption pour ensuite être reconstitués dans les tissus. Les aliments possèdent une valeur énergétique qui correspond à la quantité de calories<sup>4</sup> que sa combustion est capable de dégager dans le corps. Du coup, les rations sont mises au point selon la quantité d'apport nécessaire de matière pour le fonctionnement, le maintien et le renouvellement du corps. Les recherches du médecin allemand JR Mayer établirent « l'équivalent calorique » comme : « la quantité de chaleur nécessaire pour élever la température de 1 kg d'eau de 0 a

---

<sup>1</sup> *Ibid.*

<sup>2</sup> En 1838, on adopte le terme de « protéine » pour désigner les substances similaires à l'albumine du blanc d'œuf, qui contenait de l'azote et qui étaient présentes dans les tissus humains.

<sup>3</sup> A. Nardin, « L'hôpital face à la question de l'alimentation », dans *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital XV-XX siècles. op. cit.*, p. 13.

<sup>4</sup> Le terme calorie, comme mesure de la fonction calorifique aurait été utilisé pour la première fois en 1825 par le chimiste français Nicolas Clément-Desormes.

1°C ». Ainsi, dès 1850 on estime que un homme de 60 kg aura besoin d'une ration journalière de 2200 calories s'il mène une vie sédentaire.

La pratique des régimes alimentaires en dehors du cadre hospitalier a considérablement avancé et même si les principes de pratique des régimes sont restés ancrés dans l'Antiquité, des nouveaux critères qualitatifs et quantitatifs sont désormais présents. La question centrale est de déterminer le nombre d'aliments et leurs types, pour chaque tempérament, saison et climat. Voici ce que le Médecin français L. Cyr affirme en 1868 à propos du meilleur régime pour la santé :

« Nous avons montré que c'est dans un mélange d'aliments azotés et non azotés d'origine végétale aussi bien qu'animale que consiste le régime le plus adapté<sup>1</sup>. »

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, le régime fait toujours partie de la thérapeutique des médecins, mais les connaissances physiologiques permettent de déterminer les risques de « diètes » trop sévères de la thérapeutique de Broussais. Ainsi, la « diète », entendue comme la privation de toute substance alimentaire, dans deux cas, les fièvres, et les opérés, est plus « sagement, plus rarement et avec moins de rigueur ». Cette pratique du régime moins contraignante a été importée en France de l'Angleterre et a été considérée comme une innovation « révolutionnaire ». Voici le régime pour la fièvre typhoïdée

« Pendant les trois ou quatre premiers jours, dit Graves,<sup>2</sup> notamment si le patient est jeune et robuste, de l'eau, de l'eau d'orge peu chargée et du petit-lait, voilà tout ce qui est nécessaire. Après ce temps, je commence à permettre quelque aliment très léger : je prescris généralement de la farine de gruau bouillie, et saupoudrée de sucre ; s'il n'y a pas de disposition à la diarrhée, je fais ajouter un peu de jus de citron... Pendant la dernière partie de la première période, et le commencement de la seconde, j'ai l'habitude de faire donner matin et soir une petite panade très-claire... Lorsque la maladie sera plus avancée, vous aurez recours à une légère gelée de viande ou à du bouillon. Dans l'état et dans le décours de la fièvre, un des meilleurs aliments est le bouillon de poulet ; je ne veux pas dire l'eau de poulet, mais du bouillon convenablement préparé...<sup>3</sup>. »

En ce qui concerne les patients opérés, les patients sont moins nourris et prennent leur repas bien après la chirurgie si on compare avec les pratiques dans les hôpitaux anglais. L'explication donnée par L. Cyr renvoie à la différence de climats, et au tempérament lymphatico-sanguin très commun. Voici le régime après une chirurgie :

---

<sup>1</sup> J. Cyr, *L'Alimentation dans ses rapports avec la physiologie et la pathologie thérapeutique*, Paris, JB Baillière, 1869.

<sup>2</sup> Médecin Anglais du Meath-Hospital.

<sup>3</sup> J. Cyr, *L'Alimentation dans ses rapports avec la physiologie et la pathologie thérapeutique*, op.cit.

« Il faut donc alimenter les opérés, mais non les bourrer de nourriture. Le thé de bœuf (ou tisane) et l'eau vineuse à discrétion, au début peuvent suffire jusqu'à ce que la suppuration soit bien établie ; alors, si l'état des voies digestives le permet, il faut augmenter rapidement la dose de nourriture, et si l'appétit fait défaut, tâcher de le réveiller par tous les moyens appropriés (prises de rhubarbe, vin de quinquina ou de gentiane, eaux minérales gazeuses, glace, etc.)<sup>1</sup>. »

On constate dans cette prescription un composant de la thérapeutique hippocratique qui dominait aussi au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, la tisane, qui a su garder son influence:

« Confiante dans son humilité qui fait qu'on n'y prend garde, confiante aussi peut-être dans l'appui que lui prête la tradition pour laquelle on a toujours malgré soi quelque respect<sup>2</sup>. »

Il ne s'agit pas de la tisane d'orge mais de bœuf, pratique très répandue en Angleterre. D'autres aliments, comme le lait, étaient très valorisés et donnaient lieu à la pratique des régimes particuliers comme le « régime ou la cure de lait ». Le lait a été considéré depuis l'Antiquité comme l'aliment le :

« plus salubre, le mieux approprié à nos organes. La chimie a confirmé les données de l'empirisme en montrant que le lait renferme en effet les quatre principes albuminoïde, gras, sucré et salin nécessaires au développement de tous les tissus, et que ces principes s'y trouvent dans une proportion favorable, c'est-à-dire suivant leur importance respective<sup>3</sup>. »

Malgré les avancées scientifiques dans la physiologie de la nutrition et la pratique diététique, ces principes ne sont appliqués à l'hôpital que quelques décennies plus tard<sup>4</sup>. Ainsi, on ne distinguera les régimes par des facteurs quantitatifs (grammes / calories) et qualitatifs adaptés aux pathologies (le régime diabétique, des tuberculeux, etc.) qu'à partir du 1904.

La troisième période de la nutrition à l'hôpital débute avec le développement de la nutrition artificielle dans les années 70. Nous l'aborderons dans la troisième partie de ce chapitre.

Ainsi, le sens de l'alimentation à l'hôpital est modifié, d'un sens religieux à un sens purement médical où le patient, ses choix et ses goûts n'ont pas de place. Cela est questionné au cours du siècle où la science du goût a vu le jour.

---

<sup>1</sup> *Ibid.*

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> A. Nardin, « L'hôpital face à la question de l'alimentation », dans *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital XV-XX siècles*, op. cit., p. 17.

## 2.4 « Dis-mois ce que tu manges, je te dirai ce que tu es »

La qualité d'un repas ne dépend plus uniquement des critères médicaux ou moraux. La notion de plaisir vient intégrer les critères de sélection d'un régime. Au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, Brillat-Savarin dans *Physiologie du goût*<sup>1</sup> définit la science de la gastronomie comme « la connaissance raisonnée de tout ce qui a rapport à l'homme, en tant qu'il se nourrit. Son but est de veiller à la conservation des hommes au moyen de la meilleure nourriture possible ». Cette science aurait pour fondements, l'histoire naturelle, la physique, la chimie, la cuisine, le commerce et l'économie politique. Cette science ayant pour sujet tout ce qui se mange, elle a pour but la conservation des individus. Elle s'inscrit dans toutes les étapes de la vie dès la naissance jusqu'à la mort. Tout ce qui se mange, l'aliment, est défini par sa capacité à être assimilé après la digestion par l'organisme et il est capable de réparer les pertes du corps humain. Donc, par l'aliment, on définit l'homme : « Dis-mois ce que tu manges, je te dirai ce que tu es ». L'homme mange car, par l'appétit, l'organisme annonce un besoin de restituer la matière perdue. Ceux qui se nourrissent bien ont une plus grande longévité. Gourmandise est synonyme de longévité, de bien manger. Deux états se présentent chez les individus, selon l'usage des aliments. L'excès d'aliments cause l'obésité qui n'est pas considérée par Savarin comme une maladie mais simplement comme une « congestion graisseuse ». Il décrit deux types : l'un limité au ventre observé uniquement chez les hommes et l'autre réparti de manière générale dans le corps, uniquement présente chez les femmes. Les causes de l'obésité exposées dans cette œuvre sont premièrement dues à un problème de qualité de l'alimentation lorsque la base de la nourriture journalière est constituée de farines et de féculés ; deuxièmement, un problème quantitatif dans l'excès de manger et de boire ; et troisièmement, la prolongation du sommeil et le manque d'exercice<sup>2</sup>. Il établit trois préceptes pour le traitement, la discrétion dans le manger, la modération dans le sommeil, l'exercice à pied et à cheval. La maigreur est l'état d'un individu dont la chaire musculaire n'étant pas renflée par la graisse, laisse apercevoir les formes et les angles de la charpente osseuse. On distingue deux types, l'un résultant de la disposition du corps dont les fonctions du corps sont intactes et l'autre dont la cause est une faiblesse ou affection de certains organes.

---

<sup>1</sup> B. Savarin, *Physiologie du goût*, Paris, Flammarion, 1982, p.215.

<sup>2</sup> *Ibid.*

Au-delà du besoin de manger et des effets organiques de l'aliment, la gastronomie s'inscrit dans la culture, la société et l'éthique de l'époque. Ainsi la gastronomie devient « gastrosophie ». Le plaisir de manger devient un art et un savoir autour d'une table qui, du coup, est manifestation de « luxe du désir »<sup>1</sup>. Voici une description à propos d'un dîner de gourmands :

« Cette apparition (un coq vierge de Barbezieux, truffé à tout rompre, et un gibraltar de foie gras de Strasbourg) produisit sur l'assemblée un effet marqué, mais difficile à décrire, à peu près comme le rire silencieux indiqué par Cooper, et je vis bien qu'il avait à l'observation. Effectivement toutes les conversations cessèrent par la plénitude des cœurs ; toutes les attentions se fixèrent sur l'adresse des prospecteurs ; et quand les assiettes de distribution eurent passé, je vis se succéder, tour à tour, sur toutes les physionomies, le feu du désir, l'extase de la jouissance, le repos parfait de la béatitude<sup>2</sup>. »

La gourmandise est d'après Brillat-Savarin indivisible de la convivialité<sup>3</sup> et le partage. Le plaisir de manger et le plaisir de la table se succèdent. Le deuxième plaisir vient de la sensation réfléchie qui naît des lieux, des choses et personnes qui accompagnent le repas. On se différencie des animaux par ce deuxième plaisir. On mange pour mieux être et pour mieux participer de la vie sociale, affective et des affaires. Ces gourmands ont certainement de l'appétit. Dans la IV<sup>ème</sup> Méditation de la *Physiologie du Goût*, Savarin décrit l'appétit comme « la première impression du besoin de manger »<sup>4</sup>. Il la décrit :

« L'appétit s'annonce par un peu de langueur dans l'estomac, une légère sensation de fatigue. En même temps, l'âme s'occupe d'objets analogues à ses besoins ; la mémoire se rappelle les choses qui ont flatté le goût ; l'imagination croit les voir ; il y a quelque chose qui tient du rêve<sup>5</sup>. »

A ces impressions, le système digestif s'implique aussi :

« l'estomac devient sensible ; les sucs gastriques s'exaltent ; les gaz intérieurs se déplacent avec bruit ; la bouche se remplit de sucs, et toutes les puissances digestives sont sous armes, comme des soldats qui n'attendent plus que le commandement pour agir ».

L'appétit dévoile une nécessité physiologique qui se manifeste par une série d'actions du système digestif et du désir car il fait appel à la mémoire des choses agréables. Cette science implique donc à la fois une préoccupation pour accomplir un besoin physiologique

---

<sup>1</sup> *Ibid.*

<sup>2</sup> *Ibid.* p. 168.

<sup>3</sup> Le mot « convivialité » crée par Brillat-Savarin, désigne le plaisir de partager un repas avec des amis. Par la convivialité, on assume le rôle de convive.

<sup>4</sup> B. Savarin, *Physiologie du goût*, p. 66.

<sup>5</sup> *Ibid.*

et un rêve sensible, la gourmandise. Le goût fait donc appel à tous les sens mais aussi à l'esprit.

Aux contenus physiologiques et socioculturels du régime, la notion du plaisir gourmand vient s'ajouter d'après Brillat-Savarin. Cette évolution s'étend également au domaine philosophique.

## 2.5 Nietzsche et la volonté de puissance

A la même période, Nietzsche fait de la nutrition une préoccupation philosophique. Dans *Ecce Homo* il précise qu'« il est une question qui m'intéresse tout autrement, et dont le « salut de l'humanité » dépend beaucoup plus que n'importe quelle ancienne subtilité de théologien : c'est la question du régime alimentaire ». Il s'interroge : « connaît-on les effets moraux des aliments ? Existe-t-il une philosophie de la nutrition ? »<sup>1</sup>. Nietzsche considère que la nutrition est une déterminante du comportement, et donc s'aligne avec Savarin ou Feuerbach<sup>2</sup> dans la définition de l'individu en relation avec ce qu'il mange. Nietzsche donne l'exemple d'un criminel en considérant qu'il s'agit d'un individu qui exige « une intelligence médicale, une bienveillance médicale susceptible d'intégrer le savoir diététique dans son mode d'appréhension des cas »<sup>3</sup>. Le choix des aliments d'après Nietzsche, est acceptation d'une nécessité. Pour montrer cela, il analyse le régime de Cornaro dans *Le Crépuscule des idoles*. Il existerait d'après Nietzsche une erreur entre cause et effet, car ce n'est pas le régime que recommande Cornaro qui est à l'origine de sa longévité, mais « l'extraordinaire lenteur du métabolisme, la faible consommation énergétique, étaient la cause de son régime maigre. Il n'était pas libre de manger plus ou moins, sa frugalité n'était pas une libre décision de son « libre arbitre » : il tombait malade quand il mangeait davantage ». En effet, le choix des aliments est un choix réfléchi, qui tient compte de ce qui convient le mieux à l'organisme, c'est une nécessité corporelle, et non un choix arbitraire. La nutrition serait une expression de la « volonté de puissance » à savoir une tendance à vouloir exprimer physiologiquement la force de l'individu. Pour un organisme, comme l'exemple donné par Nietzsche, le protoplasme, s'alimente :

---

<sup>1</sup> F. Nietzsche, *Le Gai savoir*, Œuvres, Paris, Robert Lafont, 1993, II, p. 56.

<sup>2</sup> Il « L'homme est ce qu'il mange », dans *Le Mystère du sacrifice*, Paris, Stalker, 2008.

<sup>3</sup> F. Nietzsche, *Les Quatre Grandes Erreurs*, Œuvres, Paris, Robert Lafont, 1993, II, p. 975; M. Onfray, *Le Ventre des philosophes, Critique de la raison diététique*, Paris, Grasset et Fasquelle, 1989, p. 99.

« pour chercher quelque chose qui lui résiste et non parce qu'il a faim. La faim n'est pas un mobile premier. S'alimenter n'a pas pour but de rétablir une perte, ce n'est que plus tard, par la suite de la division du travail, après la volonté de puissance eut appris à suivre de tout autres chemins pour se satisfaire, que le besoin d'assimilation de l'organisme est réduit à la faim, au besoin de compensation pour ce qui a été perdu ».

Donc, ce qui intéresse Nietzsche dans la question du régime est le problème de la force. Il affirme ainsi que

« Ce que l'on appelle nutrition n'est qu'une conséquence, une application de cette volonté primitive de devenir plus fort<sup>1</sup>. »

En effet, comment faire pour que cette nécessité de donner des aliments à l'organisme devienne une force ou une vertu ? En tenant compte de la qualité et de la quantité des aliments, répond Nietzsche. Il critique l'alimentation des hommes modernes qui « s'entend à diriger bien de choses, et même presque tout ». Pour lui, la mesure doit caractériser la diététique afin d'ajuster la nécessité et l'usage hygiénique. La diététique ne doit prôner ni l'excès (riz, pommes de terre), ni la carence (viandes), et comprendre certaines prescriptions (alcools, excitants). C'est pourquoi, Nietzsche critique le végétarisme, en considérant que ce régime donne des êtres épuisés par les légumes.

Il convient ainsi de conclure qu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle les nouvelles théories et connaissances en médecine, en physiologie et en chimie, en rupture avec la tradition antique médicale, permettent un discours scientifique sur l'individu ancré sur une conception quantitative de la « normalité ». En conséquence, une nouvelle relation de l'homme à l'aliment se met en place dans la dimension médico-biologique mais aussi dans les dimensions sociale, affective et sensible. Désormais, l'« homme normal » est l'homme qui possède des caractéristiques physiques, psychologiques et physiologiques dans des valeurs moyennes. Dans ce cadre, d'un point de vue biologique, la nutrition<sup>2</sup> est une fonction physiologique considérée comme normale qui peut subir des altérations, et l'aliment un carburant essentiel à cette fonction. En d'autres termes, l'aliment n'est plus la matière qui permet d'entretenir ce « feu de la chaleur vitale ». La nouvelle théorie scientifique admet que la chaleur du corps provient du métabolisme et de l'oxydation des aliments, qui sont des caractéristiques de la matière mesurables et quantifiables. Autrement dit, la nutrition est une fonction physiologique rattachée aux propriétés de la matière,

---

<sup>1</sup> F. Nietzsche, *La Volonté de Puissance*, Paris, Librairie Générale Française, 1991, p. 348.

<sup>2</sup> Fonction que permet avoir un « état nutritionnel ».



soumise aux lois physiques déterminées et séparée des processus « psychologiques ou de l'âme ». Nous parlons alors d'une *nutrition scientifique*. En effet, elle possède un objet d'étude fondé sur une théorie scientifique, mais qui ne lui est pas propre, elle fait partie de la médecine expérimentale et de la chimie biologique. Ainsi, la *nutrition scientifique* au XIX<sup>ème</sup> siècle n'est pas une science autonome, elle est dépendante d'autres sciences. Or, malgré ces avancées scientifiques dans les connaissances de la nutrition, les prescriptions diététiques restent obsolètes et ancrées dans les principes antiques au moins jusqu'au début du XX<sup>ème</sup> siècle, et cela dans le cadre de la médecine hospitalière ou dans la pratique médicale courante. La notion de plaisir, avec le développement de la gastronomie, vient intégrer les critères de sélection d'un régime, confondant la raison médicale avec la gourmandise. Cependant, l'alimentation dans le cadre clinique principalement à l'hôpital, exclut toute notion sensible, en se limitant à un sens purement médical de la prévention à la thérapeutique. Certains médecins considèrent même que certains aliments pourront avoir des propriétés médicamenteuses. Ainsi, ni la méthode expérimentale ni les progrès dans les théories scientifiques ne permettront pas de dépasser ce décalage entre connaissances théoriques et pratique diététique.

Est-ce qu'au XX<sup>ème</sup> siècle, le feu pourra, pour reprendre l'expression de Bachelard, « trouver sa science »<sup>1</sup> et devenir dans l'esprit scientifique un phénomène complexe qui relève d'une nouvelle science ?

---

<sup>1</sup> G. Bachelard, *La psychanalyse du Feu. op.cit.*,p. 73.

---

## CHAPITRE 3 : Le Nouvel Esprit Scientifique

---

Se questionner sur le statut épistémologique de la nutrition, entre le début du XXème siècle et aujourd'hui, c'est tenter de « saisir la pensée scientifique contemporaine dans sa dialectique et en montrer ainsi la nouveauté essentielle »<sup>1</sup>. Nous avons montré jusqu'ici que l'histoire de la nutrition était étroitement liée à l'histoire des sciences biologiques et à la médecine. Il s'agit maintenant de définir l'unité de la nutrition, ses méthodes et ses outils conceptuels.

### 3.1 Le concept de nutriment au cœur de la nutrition

Il convient de reprendre ici la définition de « concept » formulée par Canguilhem dans *La formation du concept de réflexe*. Le concept renvoie à une nomination ou à un nom, utilisé dans des terrains différents et qui prend des sens différents sans que sa vérité première soit altérée<sup>2</sup>. Notre thèse est que la nutrition comme science s'est constituée au cours du XXème siècle à partir de la définition biochimique du concept de nutriment et des diverses interactions avec les sciences comme la génétique, l'immunologie, la sociologie et la pharmacologie. Nous pensons aussi que cela a permis le développement de disciplines scientifiques autonomes dans le domaine professionnel, donnant ainsi naissance au diététicien.

L'idée conceptuelle première du nutriment, nous l'avons identifiée dans la biologie d'Aristote. En effet, pour Aristote il existe une substance extraite des aliments qui après être devenue sang, pourrait se transformer en un tout, composant de l'organisme. Il a fallu attendre la Révolution chimique au XVIIIème siècle pour avoir une idée plus claire de cette substance. En effet, le mot « nutriment » du latin « *nutrimentum* » ou nourriture a été défini en 1854 par le médecin Lucien Corvisart comme :

---

<sup>1</sup> G. Bachelard, *Le Nouvel Esprit Scientifique*, Paris, PUF, 1966, p. 14.

<sup>2</sup> G. Canguilhem, « La formation du concept de réflexe aux XVIIe et XVIIIe siècles », dans *Histoire des Sciences*, Paris, Vrin, 1994.

« Substance alimentaire capable d'être assimilée directement<sup>1</sup>. »

Il se différencie de l'aliment par ses propriétés physiologiques.

« L'aliment n'est qu'une substance brute, d'une qualité toute inférieure ; par lui-même, il n'a aucune propriété pour entretenir la vie, il laisse périr d'inanition celui qui ne digère point ; l'aliment brut par la digestion acquiert tout à coup une aptitude à nourrir, ou si l'on veut, à faire vivre. Lorsqu'il a acquis cette propriété élevée, je l'appelle *nutriment*. Le nutriment a, par lui-même, la propriété de nourrir même celui qui ne digère pas ; c'est l'aliment ayant acquis l'aptitude vitale<sup>2</sup>. »

Le nutriment est ainsi le composant ultime qui est assimilé dans l'organisme. La définition de 2013 de l'Académie Française de Médecine, ne s'éloigne pas de cette dernière définition :

« Composant alimentaire simple, qui ne nécessite pas de transformation chimique préalable pour être assimilé par l'organisme considéré, tels que les oses pour les glucides, les acides gras pour les lipides, les acides aminés pour les protéides, les substances minérales, les vitamines<sup>3</sup>. »

Or, depuis 1854 beaucoup d'avancées ont été accomplies. En effet, la période de la découverte biochimique de la plupart de nutriments se situe entre 1910 et 1940 et elle est considérée comme l'« Âge d'or de la recherche nutritionnelle »<sup>4</sup>. Ainsi, la découverte de la première vitamine, la B1, a débuté en 1910 pour ensuite être isolée en 1912 et la dernière, la B12, en 1938<sup>5</sup>. L'importance de cette période est due aussi à la structuration du métabolisme intermédiaire en cycles, (en particulier le cycle de l'urée et de l'acide citrique par Krebs) et à la découverte des acides aminés essentiels et en général à la notion de « nutriment essentiel »<sup>6</sup>. Il est important de souligner la place des protéines comme nutriment principal dans la construction de la nutrition comme science d'après les travaux du chimiste allemand Von Liebig. Il saisit l'importance de ce nutriment, en tant que composé chimique qui accélère le début de la croissance des plantes, des animaux et des humains. En conséquence, les systèmes alimentaires européens dominants ont été conçus

---

<sup>1</sup> L. Corvisart, *Etudes sur les aliments et les nutriments*, Paris, Labé, 1854, p. 41.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 4.

<sup>3</sup> Dictionnaire médical en ligne de l'Académie Nationale de Médecine 2013. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>. Consulté le 10 avril 2014.

<sup>4</sup> K. Carpeniter, « Nutrition » dans, *Dictionnaire de la pensée médicale*, D. Lecourt, Paris, PUF, 2004, p. 797.

<sup>5</sup> On classe les nutriments en macro (protéines, glucides et lipides) ou micronutriments (vitamines et oligoéléments).

<sup>6</sup> Nutriment qui ne peut pas être synthétisé *de novo* par l'organisme et qui doit être apporté par l'alimentation.

pour mettre l'accent sur les protéines animales. En 1953, McCollum dans *A History of Nutrition* affirmait que:

« 1940... marks the achievement of the primary objectives set by pioneers in this field of study. They sought to discover what, in terms of chemical substances, constituted an adequate diet for man and domestic animals, and that purpose was realized<sup>1</sup>. »

« L'année 1940 marque la réalisation des objectifs principaux fixé par des pionniers dans ce domaine d'étude. Ils ont cherché à découvrir ce qui, en termes de substances chimiques, constituait un régime adéquat pour l'homme et les animaux domestiques, et ce but a été atteint. »

Connaissant le régime adéquat de la population, la nutrition devient du même coup un instrument politique. Le rôle de l'Etat est d'assurer la sécurité alimentaire. On considère que la moitié de la croissance économique au Royaume-Uni et d'autres pays d'Europe occidentale entre 1790 et 1980 est attribuée à l'amélioration de la nutrition de la population, ainsi que d'autres mesures de la santé publique<sup>2</sup>. De ce fait la nutrition comme science conduit à la création d'une discipline paramédicale, la diététique<sup>3</sup>. D'abord, aux Etats Unis en 1917, avec la création de l'Association Américaine de Diététique (ADA, *American Diététique Association*), en Grande Bretagne en 1924, puis en France en 1945. Aux Etats Unis, la mission de l'ADA était d'aider le gouvernement à mieux alimenter les troupes sous la Première Guerre mondiale. En France, la première école de diététique a été ouverte à Paris en 1951 par des biochimistes, physiologistes et médecins. Parmi eux le Professeur Jean Trémolière qui considérait en 1964 la nutrition humaine comme la science qui sert à :

- « - Définir les standards ou besoins alimentaires
- Dégager les facteurs nutritionnels des maladies
- Définir les innocuités et les qualités des aliments
- Etudier comment une habitude alimentaire peut se modifier<sup>4</sup>.»

Ainsi est créé la discipline et, avec elle, apparaissent des professionnels spécialistes appelés diététiciens qui sont considérés comme des « spécialistes en alimentation rationnelle ».

---

<sup>1</sup> EV. McCollum, *A History of Nutrition*, Boston, Houghton Mifflin Company, 195, p.420.

<sup>2</sup> G. Cannon, « The rise and fall of dietetics and of nutrition science, 4000 BCE–2000 CE », *Public Health Nutrition*, 2005, vol. 8, p.701–705.

<sup>3</sup> Les études paramédicales de la diététique sont bac +2.

<sup>4</sup> J. Trémolières, « La nutrition humaine », *Tiers-Monde*, 1964, tome 5, No 20, p. 795-814.

L'intérêt de ce concept biochimique et physiologique de nutriment, au cours du XXème siècle est qu'il s'applique à de nouvelles sciences, en particulier, à l'immunologie, la pharmacologie, la génétique et à des sciences humaines comme la sociologie et l'anthropologie. L'importation de la notion de nutriment dans ces champs différents permet d'élargir le champ d'application de la nutrition, mais aussi de caractériser et de limiter le domaine propre de cette science. Autrement dit, le développement des connaissances scientifiques sur les nutriments a entraîné l'exploration de nouveaux domaines et la construction de nouvelles méthodes. Cela a eu également pour effet de fixer des limites et de définir la nutrition comme science et de réorganiser différentes disciplines à l'intérieur de cette science. Il convient donc de retenir que le nutriment est un élément unificateur de la science de la nutrition.

### **3.2. La Nutrition Artificielle**

L'utilisation des nutriments a vécu une transformation essentielle au XXème siècle. Les nutriments ne sont plus uniquement concernés par la diététique, ou par un régime alimentaire par la bouche (ou voie orale), mais par voie artificielle. Cette voie artificielle implique un geste invasif, à savoir la pose d'un cathéter dans la voie parentérale ou intraveineuse et la pose d'une sonde (nasogastrique ou de gastrostomie) pour la voie entérale. Cette technique est connue aujourd'hui comme « nutrition artificielle » et son application comme « support nutritionnel » ou « intervention nutritionnelle »<sup>1</sup>. L'adjectif « artificiel » ne fait plus uniquement référence à une propriété des aliments (celle résultant d'une préparation culinaire) comme dans la médecine hippocratique, mais à la méthode particulière d'administration des aliments. Les nutriments (macro et micronutriments) administrés par voie artificielle sont obtenus après une production et une mise en forme industrielle. La nécessité de ce geste invasif ainsi que le statut du « soin » nutritionnel posent des enjeux et questionnements éthiques qui seront abordés dans la deuxième partie de notre travail.

Cette pratique se justifie dès le début du XXème siècle avec l'impératif de nourrir les malades hospitalisés et d'éviter la dénutrition et ses conséquences. Si la relation entre

---

<sup>1</sup> On trouve comme synonymes « nutrition médicale » et « intervention nutritionnelle » dans le Dictionnaire médical en ligne de l'Académie Nationale de Médecine 2013. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>. Consulté le 10 avril 2014.

alimentation et la maladie est reconnue depuis l'Antiquité, c'est en 1936 que Studley<sup>1</sup> publie une analyse statistique quantifiant la relation entre perte de poids et mortalité. Il démontre qu'une réduction de plus de 20 % du poids corporel résulte en un taux de mortalité postopératoire de 33 %, pendant qu'un groupe de patients présentant une perte de poids de moins de 20 % a une mortalité postopératoire de moins de 3 %. A partir des années soixante, le support nutritionnel permet d'administrer la totalité des besoins en nutriments aux malades qui ne peuvent plus se nourrir par voie naturelle. Point essentiel, cela a permis, au même titre que la découverte des antibiotiques, des anesthésiques ou les avancées dans les soins en réanimation, de considérer le support nutritionnel comme une des interventions révolutionnaires qui améliorent la prise en charge chirurgicale<sup>2</sup> mais aussi médicale des malades.

Le développement de cette nouvelle technique d'administration de nutriments a pour conséquence un changement de statut du nutriment. D'une part, il n'est plus issu d'une production agroalimentaire et sa disponibilité ne dépend plus de ces politiques. D'autre part, l'administration des nutriments dans le cadre clinique est considérée non seulement comme un « soin » mais elle devient également une « thérapeutique ».

En conséquence, ce nouveau statut de nutriment « artificiel » nous permet d'identifier deux conséquences épistémologiques pour la nutrition :

- a. La naissance d'une discipline scientifique : la nutrition clinique.
- b. L'introduction d'un nouvel acteur : l'industrie pharmaceutique.

### **3.3 De la diététique à la nutrition clinique**

La diététique tel qu'elle était conçue dans l'antiquité comme « genre de vie » était fondamentalement « clinique »<sup>3</sup>. Cependant, aujourd'hui, elle est définie comme une science qui concerne :

---

<sup>1</sup> H.O. Studley, « Percentage of Weight Loss Basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer », *JAMA*, 1936, vol. 106, p. 458-460.

<sup>2</sup> LH. Toledo-Pereyra, «Surgical revolutions », *J Invest Surg*, 2008, vol. 21, p.165-8.

<sup>3</sup> La notion de clinique a évolué dans le temps. A l'origine, la clinique (*klinin*: être couché) correspond à la pratique du médecin au chevet du malade. La notion actuelle de clinique se situe au cœur de l'exercice médical et se réfère d'une manière générale à « l'ensemble des activités médicales en lien avec les patients ». Pour Canguilhem, la clinique est la technique d'observation et de compréhension des normes non seulement biologiques, mais aussi psychologiques et sociales du malade. C. Lefève, G. Barroux, *La clinique, usage et valeurs*, Paris, Seli Arslan, 2008, p. 12.

« la connaissance de la valeur nutritionnelle et nutritive des aliments et de leurs transformations lors de la cuisson et de la conservation. Elle est à la base de l'établissement des régimes alimentaires adaptés aux besoins des sujets sains ou malades <sup>1</sup>. »

Autrement dit, la diététique étudie les caractéristiques chimiques des aliments (valeur nutritive) et leur capacité à agir sur l'état nutritionnel (valeur nutritionnelle) et elle comprend les techniques de préparation des aliments. Il s'agit des connaissances fondamentales pour la constitution des régimes alimentaires. La diététique concerne les professionnels de la diététique. Tel que nous l'avons étudié, la création des écoles de diététique répond plus à un besoin politique que médico-biologique. Elle répondait à un souci de santé publique. En effet, elle se trouve dans le prolongement des sciences telles que la chimie, la biochimie et moins dans l'essentialité de la médecine. Si la diététique est encore synonyme d'hygiène de vie, elle ne concerne que l'utilisation du régime alimentaire, c'est-à-dire l'alimentation et les boissons. Dans le langage courant, la diète est synonyme de régime, ainsi « être à la diète » signifie manger moins ou manger différemment. Du point de vue de leur statut, les diététiciens sont des professionnels du secteur paramédical (bac +2) qui réalisent des régimes adaptés à l'âge, au mode de vie, aux goûts et à l'état de santé des personnes. Ils ne sont pas formés aux connaissances et aux disciplines cliniques.

Nous considérons que la nutrition clinique s'est développée grâce à la nécessité d'un retour<sup>2</sup> à la clinique, de l'utilisation de la nutrition comme déterminant de la guérison et cela grâce à une conception plus large des nutriments. Si la diététique a comme point de départ le questionnement de la relation de l'homme à l'aliment, il ne s'agit pas de considérer la nutrition clinique comme un prolongement de la diététique. C'est le nouveau statut du nutriment et les avancées dans les connaissances du métabolisme qui ont déterminé la naissance de la nutrition clinique. Il s'agit du regard que le médecin porte sur l'étroite relation entre maladie et malnutrition.

---

<sup>1</sup> Dictionnaire médical de l'Académie de médecine, 2014.

<sup>2</sup> Nous avons décrit le décalage entre les connaissances diététiques et les avancées en médecine au XIX<sup>ème</sup> siècle. Ensuite, nous avons identifié le XIX<sup>ème</sup> siècle, comme le moment dans l'histoire de la médecine, où les médecins se sont désintéressés à l'alimentation de ses malades et ont reporté sa gestion aux administrateurs. Ensuite, avec la création des écoles de diététique au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, elles ont essayé de s'occuper de l'alimentation dans ce cadre, mais la formation de ces professionnels n'est toujours pas la plus adaptée pour cela.

La meilleure compréhension de la physiologie et la réponse métabolique chez le malade en situation de stress<sup>1</sup>, ont été déterminantes dans le développement de la nutrition artificielle. On identifie ainsi une prépondérance des voies métaboliques de dégradation, ou « hypercatabolisme » ou un ralentissement des voies de synthèse ou « hypoanabolisme » chez ces malades. Ces modifications du métabolisme vont, quantitativement et qualitativement, modifier les besoins de nutriments de l'homme malade en comparaison à ceux de l'homme sain. Cela se traduit par des pertes importantes de masse cellulaire (protéines), autrement dit, par une altération de l'état nutritionnel, ce qui empêche une cicatrisation adéquate, la défense contre les infections, la synthèse d'autres protéines, etc. La nutrition a incorporé la relation nutriment – métabolisme au niveau tissulaire, cellulaire et moléculaire pour mieux agir dans le cadre de la maladie.

En conséquence il est nécessaire d'adapter les besoins de nutriments aux situations particulières de la maladie. Cela implique une adaptation quantitative et qualitative des nutriments, mais aussi de la voie d'administration. En effet, certaines situations empêchent le malade de manger par la bouche, ou bien l'utilisation du système digestif totalement ou partiellement est impossible. Cette situation amène à placer une sonde au système digestif (nutrition entérale), ou à placer un cathéter dans une veine (nutrition parentérale), pour y passer des solutions de macro et micro nutriments. Ces solutions sont préparées par les pharmacies des hôpitaux ou de manière industrialisée et se présentent sous forme de poches prêtes à l'emploi. Autrement dit la nutrition artificielle est moins une alimentation qu'une nutrition. Est-ce que pour autant, on doit considérer uniquement les critères médico-biologiques et moins penser aux critères sociaux et affectifs ? Peut-on considérer d'un point de vue éthique qu'il existe une différence entre l'alimentation et la nutrition ?

Avant les années cinquante, il était impossible de nourrir quelqu'un uniquement par voie parentérale, et si cela avait été possible cela aurait été en vain, car on considérait que les malades ne devraient pas être nourris les premiers jours de la maladie au risque de leur nuire. Ici nous trouvons encore la persistance d'un grand principe du régime hippocratique, à savoir éviter l'alimentation au point fort de la maladie, parce que toute alimentation accroît les forces du mal. Cependant, la meilleure compréhension du métabolisme et de ses modifications chez les malades ont mis en évidence l'importance non seulement de couvrir

---

<sup>1</sup> Le stress métabolique correspond aux situations particulières comme le malade en état de sepsis, après chirurgie, trauma ou souffrant du cancer, qui induisent modifications dans les voies métaboliques anaboliques (synthèse) et cataboliques (dégradation). D.P. Cuthbertson, «The Distribution of Nitrogen and Sulphur in the Urine During Conditions of Increased Catabolism », *Biochem J*, 1931, vol. 25, p. 235.



les besoins de nutriments des malades mais aussi de restaurer les pertes induites par l'agression. Les facteurs qui participeront au développement<sup>1</sup> de la nutrition parentale sont, d'une part, l'amélioration du point de vue chimique de la mise en forme et de la composition des mélanges de nutriments, et d'autre part, l'amélioration des matériaux et des techniques des sondes et cathéters qui permettent d'administrer ses produits en limitant les risques infectieux et métabolique<sup>2</sup>. En Europe, le médecin suédois Arvid Wretling développe une solution des acides aminés et une autre de lipides, conduisant à une nutrition parentérale totale. Entre 1962 et les années 90, on parle d'une « hyperalimentation » intraveineuse car on administre une nutrition parentérale avec une quantité d'énergie bien importante. La nutrition parentérale a pris une large place et elle devient la voie d'utilisation privilégiée, mais le nombre important de complications et d'effets secondaires, en partie liés aux quantités importantes de calories (hypercalorique) administrés, ont amené dans les années 80, à se tourner vers « nutrition entérale » qui utilise la voie digestive. Actuellement, l'utilisation des calorimètres indirects et des équations adaptées, permet de mesurer la dépense métabolique de repos, ou de déterminer la quantité de calories nécessaires à chaque malade, ce qui permet un apport de calories et de nutriments adapté. En conséquence il n'y a plus de place pour « l'hyperalimentation ». Il existe un consensus dans l'idée que c'est la voie digestive qui doit toujours être utilisée si cela est possible. La nutrition parentérale est utilisée, soit de manière complémentaire à la nutrition entérale (nutrition mixte) ou de manière exclusive (nutrition parentérale totale) si la voie digestive est contre-indiquée.

La création des sociétés scientifiques relatives à la nutrition artificielle est une preuve de la pertinence de ce sujet dans le domaine médical. Elles ont un rôle important dans le développement scientifique et l'éducation en nutrition. En 1979, un an après la création de la Société Américaine, un groupe de médecins, chimistes et physiologistes, donne naissance à la Société Européenne de Nutrition Entérale et Parentérale (ESPEN). Sa mission est de promouvoir la diffusion de la connaissance et de ses applications dans le domaine de la nutrition artificielle et depuis 2006 elle est élargie au domaine de la Nutrition Clinique. En effet, la société change son nom pour devenir la Société Européenne

---

<sup>1</sup> L'histoire de la nutrition artificielle n'est pas récente. Des tentatives d'alimentation par voie artificielle sont décrites depuis le XVIIème siècle, après la découverte de la circulation sanguine, mais c'est à partir des années 1950 que ses techniques ont pu être développées.

<sup>2</sup> S.J. Dudrick, «History of Parenteral Nutrition», *Journal of the American College of Nutrition*, 2009, vol. 28, p. 243-251. E. Vinnars, F. Hammarqvist. «25th Arvid Wretling's Lecture –Silver anniversary, 25 years of ESPEN, the history of Nutrition», *Clinical Nutrition*, 2004, vol. 23, p.955-962.

de Nutrition Clinique et Métabolisme. Ce changement est pour nous une tentative d'inclure le champ de la nutrition artificielle dans une discipline bien précise : La Nutrition Clinique.

A ce jour il n'existe pas une définition consensuelle, dans la communauté scientifique, de cette discipline. ESPEN suggère une définition fondée sur l'utilisation des nutriments artificiels dans un spectre large de situations pathologiques. Toutefois, il est important de noter que ce spectre est toujours en train de se délimiter, car l'identification de la Nutrition Clinique comme discipline est récente. Ici nous considérons qu'il s'agit d'une discipline scientifique autonome, qui concerne principalement la médecine. Ainsi, la nutrition clinique concerne l'utilisation de la nutrition parentérale, la nutrition entérale mais aussi les compléments nutritionnels oraux et cela dans le cadre d'une problématique particulière : la prévention et le traitement de toute altération de l'état nutritionnel autrement dit de la malnutrition<sup>1</sup> et les altérations du métabolisme. La Nutrition Clinique a pour objectif nourrir l'homme malade. Nous identifions ainsi un domaine particulier, à savoir, « l'état nutritionnel », et un objet central ou « paradigmatique »<sup>2</sup>, la malnutrition. Néanmoins, nous identifions une difficulté : peut-on questionner la cohérence des connaissances propres à la nutrition, par l'absence de concrétisation de l'identification de l'objet de la nutrition à un « système ou appareil structuré »? Canguilhem reconnaissait que le fait que l'immunologie ait pu donner le nom de « système »<sup>3</sup> à son objet, représente une garantie de sa scientificité et de la cohérence des résultats de la recherche.<sup>4</sup> L'objet de la nutrition est un « état » qui correspond à la somme des réponses des divers appareils, à savoir, digestif, circulatoire, respiratoire, cardiovasculaire, endocrinien, immunologique. Il s'agit, d'une réponse « systémique » (*systemic* en anglais) ou généralisée, reflet de l'interaction et des échanges entre les nutriments et les systèmes.

Dans l'histoire de la nutrition artificielle (ou du support nutritionnel) deux étapes sont décisives : les débuts entre 1950 et 1990, où le but principal du support nutritionnel est, d'une part, de couvrir les besoins nutritionnels et ainsi de maintenir un bon état nutritionnel et, d'autre part, de moduler la réponse métabolique à l'agression et de prévenir ou de traiter la dénutrition. Il y a une autre étape, à partir des années 90<sup>5</sup> au sein de laquelle l'objectif

---

<sup>1</sup> Malnutrition conçue comme toute altération de l'état nutritionnel (surpoids, obésité, dénutrition).

<sup>2</sup> J. Gayon, « Epistémologie de la médecine », dans Dominique Lecourt (dir.) *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, p. 430-439.

<sup>3</sup> *Système* signifiant « ensemble organisé »

<sup>4</sup> Canguilhem, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, op. cit., p. 262.

<sup>5</sup> On connaît l'impact des travaux devenues classiques, du britannique Sir David Cuthbertson des années 40, sur la réponse métabolique après la chirurgie. Il décrit une phase *ebb* ou anabolique et une phase *flow ou catabolique*.

du support nutritionnel devient plus large. En plus d'avoir un effet sur les fonctions de la nutrition, le support nutritionnel agit sur d'autres fonctions comme, par exemple, le système immunitaire. Autrement dit, à l'objectif d'améliorer l'état nutritionnel est venue s'ajouter la réduction des morbidités (infectieuses) et de la mortalité. Ce n'est donc pas uniquement la quantité des nutriments et la voie utilisée qui concerne le support nutritionnel, mais aussi la qualité des nutriments utilisés. Celle-ci doit être comprise à partir des notions d'« immunonutriment » et « pharmaconutrition » qui permettront un affinement des pratiques.

### **3.3.1 Le nutriment au-delà de la fonction de nutrition : l'immunonutriment**

Le rôle traditionnel d'un nutriment est d'être assimilé, autrement dit, de se transformer en matière du corps. Cette transformation, qui implique des voies métaboliques biochimiques, permet au nutriment de maintenir l'« état nutritionnel ». Ce dernier correspond à la relation entre l'apport en nutriments et les dépenses et celle-ci se traduit par une composition corporelle particulière, qui est mesurable par le poids et autres techniques de mesure de la composition corporelle (Impédance, DEXA, etc.). Ainsi, un bon état nutritionnel correspond à l'état d'homéostasie ou équilibre et s'associe souvent à l'état de santé<sup>1</sup>. Autrement dit, un bon état nutritionnel est une condition pour être en bonne santé ou atteindre le « bien-être ». Au contraire, la malnutrition ou altération de l'état nutritionnel, par excès (surpoids ou obésité) ou par défaut (dénutrition), correspond à un état pathologique qui, en même temps, peut prédisposer à d'autres maladies. Par exemple, l'obésité est considérée comme facteur de risque cardiovasculaire, facteur favorisant le développement des cancers et reconnue comme une maladie depuis 1997 par l'OMS. Cette condition de « maladie » et les traitements dont on dispose aujourd'hui ne sont pas sans enjeux pour le malade et la société. En effet, son statut en tant que

---

<sup>1</sup> La notion de santé a évolué dans l'histoire de la médecine. Depuis l'antiquité et jusqu'à XVIII<sup>e</sup> siècle elle est considérée soit comme un état physique qui « résulte de l'équilibre et du mélange des qualités constitutives de l'homme » soit comme l'état résultant de la capacité de « faire les fonctions propres à l'homme ». Avec la découverte de la microbiologie, la santé fut définie comme l'absence de maladie. D'après l'OMS depuis 1946, la santé est moins un état, et n'est plus définie comme étant l'absence de maladie ou d'infirmité. Désormais, elle est définie comme un « état de complet bien-être physique, mental et social ». Autrement dit, la santé est d'après l'OMS assimilée au bonheur, ce qui n'est pas sans conséquences épistémologiques. Pour les problèmes épistémologiques de la notion de maladie voir J. Gayon, « Epistémologie de la médecine », dans Dominique Lecourt (dir.) *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, p. 430-439.

« maladie » est toujours objet de controverses pour la communauté scientifique<sup>1</sup>, et cela sera l'objet d'une étude de cas dans la deuxième partie de ce travail.

La relation entre l'état nutritionnel et l'état de santé a été largement étudiée. En particulier, sa relation avec le système immunitaire a été une préoccupation dès les premiers développements modernes de cette dernière science<sup>2</sup>. En effet, la nutrition est un facteur modulateur majeur exogène du système immunitaire. De la relation entre système immunitaire et nutrition naît le mot « immunonutriment », qui a été développé dans le cadre du support nutritionnel dans les années 90 à partir de l'étude de l'effet de certains nutriments (la glutamine, l'arginine, les nucléotides, les acides gras omega-3) sur l'intégrité de la muqueuse intestinale, la prévention de la translocation bactérienne et en général leur effet sur le système immunitaire<sup>3</sup>. Ainsi, un immunonutriment est un nutriment qui est capable d'agir au-delà de la fonction nutritionnelle, sur la fonction immunitaire et inflammatoire<sup>4</sup>. Son fondement se trouve dans la connaissance de la relation du système immunitaire et de l'état nutritionnel. Cette relation est bidirectionnelle, certains médiateurs immunitaires comme les cytokines, libérés en situation de stress métabolique (sepsis, chirurgie, trauma, maladie chronique, cancer), modifient la régulation du métabolisme des nutriments et favorisent la dénutrition. A l'inverse, l'altération du statut nutritionnel peut altérer les capacités fonctionnelles du système immunitaire : l'immunité diminue en cas de dénutrition, d'autant plus que le degré de dénutrition est important. Ces altérations du système immunitaire ont pour conséquence une augmentation des comorbidités associées à la maladie, en particulier infectieuses ce qui peut entraîner une augmentation de la mortalité.

Parmi les immunonutriments, il convient de mentionner la Glutamine, l'acide aminé libre le plus abondant dans l'organisme, le substrat énergétique privilégié des cellules immunitaires et qui devient essentiel lors de l'agression par la maladie. Exclue des premières solutions des acides aminés pour la nutrition parentérale, car trop instable

---

<sup>1</sup> D.L. Katz, «Perspective: Obesity is not a disease», *Nature*, 2014, vol. 508.

<sup>2</sup> L'immunologie s'est constituée après 1930 comme une science biologique autonome qui étudie les systèmes de défense des êtres vivants contre les organismes pathogènes, c'est-à-dire susceptibles d'induire des maladies, qu'il s'agisse de micro-organismes (virus, bactéries) ou de macro-organismes (macroparasites, champignons). BS. Worthington, « A survey of nutritional-immunological interactions», *Bull World Health Organ*, 1972, vol. 46, p.537-46. BS. Worthington, «Effect of nutritional status on immune phenomena», *J Am Diet Assoc*, 1974, vol. 65, p.123-9. CA Mills, «Bone marrow nutrition in relation to the phagocytic activity of blood granulocytes», *Blood*, 1949, vol. 4, p. 150-9.

<sup>3</sup> On connaît aujourd'hui le rôle de l'intestin dans les défenses immunitaires.

<sup>4</sup> S.A McClave, C.C. Lowen, H.L. Snider, « Immunonutrition and enteral hyperalimentation of critically ill patients», *Dig Dis Sci*, 1992, vol. 37, p. 1153-61.

chimiquement, elle devient un nutriment incontournable du support nutritionnel. Ses effets étudiés chez l'animal ont montré qu'elle peut agir sur l'immunité, sur différents fronts comme, par exemple, l'immunité innée et la protection de la translocation bactérienne lors de la nutrition parentérale sur la régulation de l'axe glutamine-glutathion (un important antioxydant) et l'expression de protéines de choc thermique. La glutamine a été une des interventions nutritionnelles les plus étudiées ces vingt dernières années et si aujourd'hui il y a un consensus scientifique<sup>1</sup> à propos de ses bénéfices cliniques sur une certaine catégorie de malades (comme chez le patient en postopératoire ou en réanimation), cela n'a pas toujours été le cas. En effet, au cours de ces 20 années de recherche, les études ont montré des résultats souvent contradictoires<sup>2</sup>, entre les connaissances fondamentales et les résultats de son utilisation clinique, situation similaire à celle des immunonutriments comme l'arginine ou les acides gras oméga-trois<sup>3</sup>.

La raison de ces difficultés réside dans une question méthodologique. Cela nous intéresse pour notre étude, car la médecine suppose une pratique efficace, ayant fait ses preuves et de moindre risque pour le malade. Or, en nutrition clinique, la pratique s'est souvent fondée sur l'opinion des experts et en de nombreuses occasions sans preuves scientifiques susceptibles de fonder ce raisonnement<sup>4</sup>. En effet, afin de démontrer l'efficacité du support nutritionnel, on a voulu initialement traduire les bénéfices des résultats trouvés *in vivo* ou *in vitro*, à la pratique clinique. Du coup, on a réalisé des études cliniques (*clinical trials*) dès les années 80 afin d'évaluer l'efficacité du support nutritionnel. Ensuite, c'est l'approche de la médecine basée sur le niveau de preuves ou Evidence Base Médecine (EBM) qui s'est appliquée. Considérée aujourd'hui comme le modèle prédominant du raisonnement médical, l'EBM a pour fondement, un paradigme empirique et l'usage rigoureux de statistiques. Cela n'est pas nouveau, déjà Cabanis au XIX<sup>e</sup> siècle prétendait que la médecine pouvait avoir le même statut que la physique, c'est-à-dire, celui d'une science exacte. Cela n'est pas sans conséquence du point de vue épistémologique et éthique pour la nutrition. Peut-on appliquer cette méthodologie à la

---

<sup>1</sup> D'après des meta-analyses récents, en particuliers après: Qi-Hong Chen, Yi Yang, Hong-Li He, Jian-Feng Xie, Shi-Xia Cai, Ai-Ran Liu, Hua-Ling Wang and Hai-Bo Qi, « The effect of glutamine therapy on outcomes in critically ill patients: a meta-analysis of randomized controlled trials », *Critical Care* 2014, vol. 18, p. 436.

<sup>2</sup> L'étude REDOXS publiée en 2014 du Canadien DK. Heyland est un exemple qui montre que la glutamine augmenterait la mortalité. Cependant, la méthodologie de cette étude a été largement critiquée.

<sup>3</sup> P. Singer, « Espen Guidelines on Parenteral Nutrition, Clinical Nutrition », *Clinical Nutrition*, 2009, vol. 28, p. 87.

<sup>4</sup> Voir analyse du cas, de la deuxième partie de notre étude.

nutrition clinique ? Est-ce une preuve que la médecine s'approprie la pratique de la nutrition ? Est-ce là une recherche de légitimité ? Il s'agit aussi de questionner la validité méthodologique de la recherche en nutrition clinique et ses enjeux éthiques. Est-ce que cela ne va pas détourner d'une approche holistique de la maladie ? Car dans une telle approche, on fait l'économie d'une réflexion sur la dimension intime, sociale, psychologique et affective de l'alimentation. Cela comporte-t-il un risque de nuisance pour le patient ? Ces questions feront l'objet d'étude dans la troisième partie de notre réflexion. Cependant, il est important de répondre à une question préalable : est-il possible d'appliquer la EBM à la nutrition ? Quelles sont les conséquences épistémologiques et éthiques sur le plan de la prise en charge du patient ?

En prétendant définir une pratique de support nutritionnel fondée sur le niveau des preuves, plusieurs difficultés techniques ont été identifiées lors des études cliniques<sup>1</sup>. Un premier problème concerne les choix et le nombre des malades inclus. Les études qui ont évalué les effets de la NP, NE ou d'un immunonutriment ont été réalisées chez des patients ayant des situations pathologiques différentes mais aussi différents états nutritionnels (dénutris et non dénutris). Par exemple, on étudie l'effet de la glutamine chez les malades en postopératoire, sans tenir compte du type de postopératoire. Une chirurgie programmée n'a pas le même effet sur le métabolisme qu'une chirurgie non programmée. La réponse métabolique n'est pas la même et du coup l'altération du métabolisme de la glutamine peut varier et, par conséquent, l'effet de l'administration de ce nutriment lors du support nutritionnel. Ainsi, l'absence de sélection et d'homogénéisation des patients à l'intérieur des études amène à des résultats différents et peu fiables. Un second problème est que la plupart des études incluent un nombre insuffisant de malades pour pouvoir vérifier une hypothèse (faible puissance statistique). En plus, à l'intérieur des méta-analyses, les études sont comparées entre elles sans tenir compte du type de patient étudié. Du coup, les conclusions formulées sont souvent erronées ou contradictoires, ce qui perturbe la pratique de la nutrition clinique.

Une autre question méthodologique est le manque de spécificité lors des études des immunonutriments et l'utilisation du placebo. En effet, ils ont souvent été étudiés de manière associée, comme c'est le cas pour des solutions de nutrition entérale qui mélangent, en plus de ces nutriments, les immunonutriments (par exemple arginine, acide

---

<sup>1</sup> CA. Braunschweig, PM. Sheean, SJ. Peterson, « Examining the role of nutrition support and outcomes for hospitalized patients: putting nutrition back in the study design », *J Am Diet Assoc*, 2010, vol. 110, p.1646-1649.

gras oméga 3). En conséquence, cela rend impossible l'identification du rôle de chacun de ses nutriments et de ses possibles interactions<sup>1</sup>. Ils sont en plus comparés à des placebos non adaptés d'un point de vue éthique et scientifique. En général, soit il n'y a pas de placebo, ce qui pourrait correspondre à une moindre voire à une absence de nutrition, soit ils sont comparés avec des placebo non adaptés biochimiquement (non iso calorique et non iso azoté).

Ces erreurs méthodologiques dans la recherche ont non seulement posé des enjeux éthiques, mais elles ont également empêché une pratique clinique consensuelle. Nous considérons qu'il est possible d'appliquer l'EBM à la nutrition mais en tenant compte de particularités méthodologiques et éthiques propres à la Nutrition. Pour répondre, en partie, à cette difficulté méthodologique, une nouvelle approche scientifique est proposée : la pharmaconutrition.

### **3.3.2 Une nouvelle approche : la pharmaconutrition**

En 2005, une publication internationale propose explicitement la nécessité d'appliquer une autre approche à l'étude des nutriments :

«the current paradigm of immunonutrition has failed to consistently demonstrate a beneficial effect of key immunomodulating nutrients, and offers a timely solution through the new paradigm of pharmaconutrition<sup>2</sup>.»

« Le paradigme actuel de l'immunonutrition n'a pas démontré un effet bénéfique de nutriments immunomodulateurs clés, et offre une solution par le nouveau paradigme de pharmaconutrition. »

Il s'agit d'étudier les caractéristiques pharmacologiques des nutriments d'une manière individuelle, dissociées de la nutrition, mais aussi de les évaluer sur une population homogène de patients, avec des études cliniques randomisées, contrôlées et menées de manière rigoureuse. Nous pensons que la proposition de l'auteur ne constitue pas un véritable passage vers un nouveau paradigme, mais uniquement une application à l'étude des nutriments d'une méthodologie particulière, celle qui est appliquée aux médicaments, à

---

<sup>1</sup> J.F. Pierre et al. « Pharmaconutrition review: physiological mechanisms», *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 2013, vol. 37, p. 51S-65S.

<sup>2</sup> D. Heyland, R. Dhaliwal, « Immunonutrition in the critically ill: from old approaches to new paradigms», *Intensive Care medicine*, 2005, vol. 31, p. 501-503.

savoir la pharmacologie<sup>1</sup>. Il ne s'agit pas d'un nouveau paradigme car la théorie qui fonde les notions d'immunonutriment et de pharmaconutriment serait la même : la capacité d'un nutriment à agir au-delà des fonctions nutritionnelles et avec un but guérisseur. Le véritable nouveau paradigme serait la conception élargie de nutriment « artificielle » qui permet le rapprochement entre immunologie et pharmacologie aux nutriments. Par la pharmaconutrition, ce qui est en jeu, c'est le rapprochement des nutriments aux médicaments. Avant d'étudier les conséquences épistémologiques d'une telle approche, il est important d'explicitier le vocabulaire et la situation juridique des différents produits de nutrition artificielle et des pharmaconutriments.

Le mot « pharmaconutrition » n'est pas un mot reconnu par l'Académie Française de Médecine, même si depuis 2002, il est mentionné dans certaines publications scientifiques françaises<sup>2</sup> et internationales. Néanmoins, dès les années quatre-vingt surgissent les concepts d'aliment, aliment fonctionnel ou nutraceutique (*nutraceutic*) qui contiennent la notion d'aliment et de médicament. Ils n'ont pas de statut défini dans la législation française. Selon le dictionnaire de l'Académie française de Médecine, un nutraceutique est un néologisme forgé à partir de *nutri* et de *ceutique* et qui correspond à :

« une substance à laquelle on attribue des propriétés nutritives, pouvant éventuellement contribuer à l'alimentation, mais non enregistrée comme telle même comme alimentation particulière, ni comme médicament. Un nutraceutique peut se présenter sous une forme pharmaceutique (comprimé, gélule)<sup>3</sup>. »

Un aliment fonctionnel est un :

« Aliment appartenant à l'alimentation traditionnelle, c'est-à-dire ayant démontré son action bienfaisante sur la santé par des siècles d'empirisme, mais supposé avoir en outre des vertus prophylactiques et/ou curatives sur certaines maladies chroniques<sup>4</sup>. »

Contrairement au nutraceutique, l'aliment fonctionnel garde son apparence d'aliment usuel. Au point de vue législatif, en France, il existe depuis 1905 une frontière absolue entre le médicament et l'aliment, régis par deux codes réglementaires et deux entités administratives totalement distinctes. D'un côté, le Ministère de l'Agriculture qui cadre les

---

<sup>1</sup> La pharmacologie étudie les effets d'une substance sur un organisme vivant. Elle met en évidence les caractéristiques spatio-temporelles de ces effets, leurs évolutions en fonction des doses, leur réversibilité (ou non) et tente d'en comprendre les mécanismes.

<sup>2</sup> X. Leverve, J.C. Preiser, « Métabolisme et nutrition en soins intensifs: de l'utilisation la plus pertinente des connaissances acquises aux développements de nouveaux concepts », *Réanimation*, 2002, vol. 11, p. 389-90.

<sup>3</sup> Académie Nationale de Médecine, *Dictionnaire de l'académie de médecine*, 2016. Consulté le 21 février 2016. <http://dictionnaire.academiemedecine.fr/?q=aliment%20fonctionnel>

<sup>4</sup> *Ibid.*



lois alimentaires qui font partie du Code de la consommation. D'un autre côté, le Ministère de la Santé et ses directions départementales et régionales qui encadrent les lois sur le médicament et s'intègrent dans le Code de la santé publique et le Code de la sécurité sociale<sup>1</sup>. Cette dualité française s'est confirmée en 1999 par la création de deux agences nationales, l'une consacrée à la sécurité des aliments (AFSSA) et l'autre à la sécurité sanitaire (AFSSPS). Les débats parlementaires sur ces créations témoignent de l'attachement français au dualisme aliment/médicament<sup>2</sup>. Par conséquent, un médicament n'est pas un aliment et un aliment n'est pas un médicament et, par principe, il n'existe aucun autre produit en dehors de ces deux seules catégories. Par ailleurs, depuis 2006, voulant donner un cadre législatif aux « suppléments » nutritionnels l'Union Européenne et la France ont défini les compléments alimentaires comme des aliments dont le but est de compléter le régime alimentaire normal. Ceux-ci constituent une source concentrée de nutriments ou d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique. Mais les compléments alimentaires ne sont pas des médicaments. La différence est qu'ils contribuent au « bien-être » et non à la guérison d'une maladie.

Les pharmaconutriments, les produits de nutrition entérale et les compléments oraux<sup>3</sup> ont le statut d'Aliments Diététiques Destinés à des Fins Médicales Spéciales (ADDFMS) ou « *medical foods* » en anglais. Ils sont appelés aussi « produits de nutrition clinique » et se définissent selon les normes internationales nutritionnelles comme:

« Aliments destinés à une alimentation particulière qui sont spécialement traités ou formulés pour répondre aux besoins nutritionnels de patients, constituant ainsi leur alimentation exclusive ou partielle et dont : 1) les capacités d'absorption, de digestion, d'assimilation, de métabolisation ou d'excrétion des aliments ordinaires ou de certains de leurs ingrédients ou métabolites sont diminuées, limitées ou perturbées 2) l'état de santé appelle d'autres besoins nutritionnels particuliers qui ne peuvent être satisfaits par une modification du régime alimentaire normal ou par un régime constitué d'aliments destinés à une alimentation particulière ou par une combinaison des deux<sup>4</sup>. »

Selon la législation française, il existe deux types d'ADDFMS, à risque et sans risque selon que le produit comporte un risque pour la santé lorsqu'il est consommé par des personnes qui n'ont pas la pathologie, le trouble ou la maladie pour lesquels le produit est

---

<sup>1</sup> Aux Etats Unis une seule agence regroupe ces deux domaines : la FDA.

<sup>2</sup> B. Kitous, *Les Alicaments, enjeux et scénarios*, Paris, éditions ENSP, 2003, p. 26

<sup>3</sup> A exception de Rentutryl et Cetronan, qui ont une AMM.

<sup>4</sup> Code de la Santé Publique, <http://www.codexalimentarius.org/codex-home/fr/>. ANSES 2013, Arrêté du 20 septembre 2000 relatif aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales.

prévu<sup>1</sup>. Les ADDFMS sont donc une catégorie d'aliments qui ne peuvent être utilisés que sous contrôle médical et régis par le contrôle et les exigences des médicaments.

Ces produits sont développés par l'industrie agroalimentaire et de plus en plus par l'industrie pharmaceutique. Ils représentent un marché, selon des chiffres de l'Entreprises de la nutrition clinique, de 234 millions d'euros de ventes en France en 2010 (40 800 tonnes), en hausse de 19 % par rapport à 2008. En ce qui concerne les mélanges nutritifs industrialisés ou poches de nutrition parentérale, ils disposent d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et sont considérés comme des médicaments. Dans certains cas, la nutrition parentérale doit s'adapter aux cas des patients particuliers et elle peut être préparée dans les pharmacies des hôpitaux. Ainsi, les produits pour la préparation de ces mélanges figurent sur la liste des médicaments rétrocédables.

Ce cadre juridique prétend encadrer les pratiques médicales et donner une protection aux malades concernant les risques de l'utilisation de ces produits. Or, ce rapprochement entre aliment et médicament et le contrôle médical impliquent un véritable changement épistémologique. Dans l'histoire de la nutrition, ce rapprochement a été présent dès Galien. Preuve en est l'affirmation d'un médecin au XIX<sup>ème</sup> siècle :

« Bien que le mot aliment soit pour tout le monde très intelligible et paraisse avoir scientifiquement une signification bien précise, les diverses définitions proposées par les savants sont loin de s'accorder. Les uns restreignent trop le sens de ce mot, en refusant le titre d'aliment aux matières minérales; d'autres ne le limitent pas assez, en impliquant dans la même catégorie certains médicaments et les aliments<sup>2</sup>. »

Pour la nutrition clinique, il s'agit d'une véritable fusion entre nutriment/aliment et médicament. Nous identifions trois conséquences. Sur le plan scientifique, on confirme la capacité curative et préventive de la nutrition. A titre d'exemple, les maladies métaboliques héréditaires impliquent des régimes spéciaux comportant des aliments de substitution (ADDFMS) ou une alimentation artificielle. La dénutrition hospitalière<sup>3</sup> peut être évitée ou traitée dans la majorité des cas par l'utilisation opportune des compléments ou de la nutrition artificielle. Sur le plan éthique, peut-on considérer les compléments ou la nutrition artificielle au moment où on a décidé de l'initier ou de les arrêter uniquement

---

<sup>1</sup> Il y a une « nutrivigilance » de la même manière qu'il existe la pharmacovigilance.

<sup>2</sup> J. Cyr, *L'Alimentation dans ses rapports avec la physiologie et la pathologie thérapeutique*, Paris, JB Baillière, 1869.

<sup>3</sup> La prévalence de la dénutrition hospitalière est entre 30 et 50% chez les adultes hospitalisés et 13 % chez les enfants au niveau global.

comme un médicament ? Autrement dit, ces qualités peuvent-elles être appréhendées comme un carburant nécessaire au maintien de la vie et comme une molécule capable d'agir sur une telle ou telle maladie ? Nous allons étudier ces questionnements dans la deuxième partie de notre étude.

Enfin sur le plan épistémologique, deux conséquences peuvent être formulées. D'une part, la reconnaissance de la nutrition comme une discipline médicale. En effet, elle est dépendante des médecins pour la formulation de la nutrition parentérale et les ADDFMS. Cette discipline est reconnue en France dans le domaine universitaire depuis 1988 avec la création par le Conseil National des Universitaires de la sous-section « nutrition ». C'est alors une discipline faisant partie de la section Médecine, au même titre que l'anatomie, la physiologie par exemple. Or, la nutrition n'est pas reconnue par l'Ordre des Médecins comme une spécialité d'exercice, bien qu'elle s'exerce auprès des malades en ville et à l'hôpital<sup>1</sup>. Il existe depuis 1990 un DESC (Diplôme d'études spécialisées complémentaires) type 1 qualifiant, c'est-à-dire une formation complémentaire, et non une spécialité indépendante<sup>2</sup>. Cela se traduit par une difficulté : peu de médecins formés en nutrition et un manque de reconnaissance à la spécificité de cette spécialité<sup>3</sup>. D'autre part, le rapprochement du nutriment et du médicament doit permettre un élargissement de la notion de nutriment, qui en plus d'être conçu comme un « composant alimentaire simple » et « qui ne nécessite pas de transformation chimique préalable » doit être considéré comme un composant alimentaire issu d'une fabrication chimique industrielle<sup>4</sup>. Cette analyse nous amène à considérer une diversification et un élargissement des définitions du nutriment.

### **3.3.4 La nutriginomique : le départ d'une nouvelle notion de nutriment**

Le génomique et la post-génomique sont des disciplines nouvelles qui, en étudiant le patrimoine chromosomique héréditaire et leur expression, ont permis une avancée fondamentale pour l'homme en particulier, le développement de la médecine personnalisée. L'application des techniques propres à ces disciplines dans le cadre de l'étude du nutriment contribue à redéfinir la notion de nutriment.

---

<sup>1</sup> E. Fontaine, « Lettre du président: ne dites pas à ma mère que je suis nutritionniste, elle croit que je suis médecin », *Nutrition clinique et métabolisme*, 2014, vol. 28, p.1-2.

<sup>2</sup> Au plan national, le brevet de technicien en diététique a été créé en 1952. A ce jour il n'existe pas de DES de nutrition pour les médecins.

<sup>3</sup> Ces particularités seront étudiées dans la troisième partie de notre étude.

<sup>4</sup> Dictionnaire médical en ligne de l'Académie Nationale de Médecine 2013. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>. Consulté le 10 avril 2014.

«The new science of nutrigenomics teaches us what specific foods tell your genes. What you eat directly determines the genetic messages your body receives. These messages, in turn, control all the molecules that constitute your metabolism: the molecules that tell your body to burn calories or store them. If you can learn the language of your genes and control the messages and instructions they give your body and your metabolism, you can radically alter how food interacts with your body, lose weight, and optimize your health<sup>1</sup>. »

«La nouvelle science de la nutriginomique nous enseigne ce que les aliments dit à vos gènes. Ce que vous mangez directement détermine les messages génétiques que votre corps reçoit. Ces messages, à leur tour, contrôlent toutes les molécules qui constituent votre métabolisme: les molécules qui indiquent à votre corps de brûler des calories ou de les stocker. Si vous pouvez apprendre la langue de vos gènes et à contrôler les messages et les instructions qu'ils donnent à votre corps et votre métabolisme, vous pouvez modifier radicalement la façon dont la nourriture interagit avec votre corps, perdre du poids et améliorer votre santé. »

En effet, la nutriginomique (ou la génomique nutritionnelle) et la nutriprotéomique (ou protéomique nutritionnel) sont considérées comme des branches distinctes et hautement spécialisées de la médecine personnalisée post-génomique<sup>2</sup>. La nutriginomique examine l'interaction entre l'aliment et le génome dans la santé et la maladie, tandis que la nutriprotéomique englobe les interactions entre les nutriments et la traduction des protéines, l'expression et la modification à l'échelle du protéome humain. Ensemble, elles offrent les avantages de la génomique tels que la compréhension du rôle des facteurs héréditaires par rapport à l'effet des aliments tout en utilisant la protéomique afin d'étudier les produits de gènes au niveau de protéine / protéome. L'objectif ambitieux et partagé de la nutriginomique et de la nutriprotéomique est de fournir des indications pour les régimes qui peuvent avoir un impact sur l'amélioration de la santé. A l'heure actuelle, ces régimes personnalisés ou « nutrition personnalisée » sont au stade de la recherche, et on ne trouve pas une application en pratique clinique, quoique certaines démarches soient explorées<sup>3</sup>. La nutrition personnalisée permettra, d'une part, d'offrir un régime individuel selon les gènes de chacun, et d'autre part, de sélectionner les pharmanutriments les plus adaptés à la maladie ou à une situation clinique particulière. C'est un idéal, certes, mais qui n'est pas bien loin de devenir effectif.

---

<sup>1</sup> M. Hyman, « Book on Ultra-metabolism: the simple plan for automatic weight loss », New York: Atria Books, 2006. p. 24.

<sup>2</sup> NL. Bragazzi, «Situation Nutri-Ethics at the Junction of Nutrigenomics and Nutriproteomics in Postgenomics Medecine », *Current Pharmacopenomics*, 2013, vol. 11, p. 162-166.

<sup>3</sup> A. Ronteltap, H.V. Trijp, A. Berezowska, and J.Goossens, « Nutrigenomics-based personalised nutritional advice: in search of a usiness model», *Genes & Nutrition*, 2013, vol. 8, p. 153–163.

D'un point de vue épistémologique, nous sommes face à une notion élargie de nutriment, qui en plus d'être conçu comme un « Composant alimentaire simple, qui ne nécessite pas de transformation chimique préalable pour être assimilé par l'organisme considéré »<sup>1</sup> doit être compris non seulement comme un composant alimentaire issue d'une fabrication chimique industrielle, mais aussi par sa capacité à interagir avec les gènes. Cette nouvelle définition de nutriment permettra de comprendre l'interaction entre le nutriment et l'individu. Ici surgit une question fondamentale : est-ce que la nutriginomique permettra de comprendre l'identité biologique ?<sup>2</sup> En effet, si la fonction de nutrition est une caractéristique de tout être vivant, autrement dit, de son unicité, est-ce que, au moyen de la nutriginomique il devient possible de définir l'individualité biologique ?

Nous avons établi précédemment que la nutrition était l'objet de différentes théories de la vie dans l'histoire des sciences. Or, l'individualité biologique pose la question de la description d'un être vivant particulier, c'est-à-dire « qu'est-ce que cet être vivant ? ». L'interaction d'un nutriment avec le génome et la réponse que ce génome peut donner à des nutriments différents pourra définir une des caractéristiques de « tel » être vivant, d'un être vivant à partir de sa seule singularité.

Dans le cadre de notre étude, cette question est centrale car accepter et reconnaître l'individualité biologique comme un axe fondamental pour comprendre le rôle des nutriments dans la prévention et le traitement des maladies, pourrait s'opposer aux pratiques actuelles, qui appliquent au niveau individuel des recommandations nutritionnelles identiques pour tous, recommandations issues de la santé publique (PNNS).

### **3.4 Le rôle de l'industrie**

L'industrie pharmaceutique a été un facteur déterminant dans l'évolution des produits de support nutritionnel et donc dans le succès de la nutrition clinique. Les différents nutriments nécessaires à la nutrition parentérale et entérale peuvent être administrés sous forme de mélanges prêts à l'utilisation, préparés et commercialisés par l'industrie pharmaceutique. La présence de ce nouvel acteur est incontournable pour ceux qui

---

<sup>1</sup> Dictionnaire médical en ligne de l'Académie Nationale de Médecine 2013. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>. Consulté le 10 avril 2014.

<sup>2</sup> L'individualité biologique dans la question centrale de l'identité biologique, a été largement étudiée par des biologistes et philosophes. La thèse de Thomas Pradeu a étudié la question de l'identité biologique (unicité et individualité) dès la perspective de l'immunologie. P. Tomas, *Les limites du soi, Immunologie et identité biologique*, Montreal, VRIN, 2010.

pratiquent la nutrition clinique et elle est venue ajouter la dimension économique à la réflexion sur cette pratique. Cette dimension est présente dès les débuts du support nutritionnel et se fonde sur l'argument central suivant : ne pas nourrir un patient coûte plus cher que de le nourrir<sup>1</sup>. Car un malade qui ne se dénutrit pas ou qui récupère son état nutritionnel est un malade qui va présenter moins de complications, un séjour hospitalier plus court et une meilleure qualité de vie. En effet, le coût économique est un nouvel aspect dont il faut tenir compte lors de l'administration du support nutritionnel. Ces produits se sont constitués comme un véritable marché avec des intérêts financiers importants et ils fonctionnent avec la même logique de marché que d'autres médicaments ou que les produits d'une autre industrie. L'industrie pharmaceutique doit vendre ses produits et devenir rentable comme toute autre entreprise. Dans certains pays, l'industrie pharmaceutique s'est emparée d'une partie substantielle de la recherche et de l'éducation en nutrition clinique. Cela pose deux types d'enjeux : des questions éthiques concernant la partialité des résultats de la recherche et de l'acte prescriptif du médecin. Deuxièmement, les contraintes budgétaires hospitalières comme cela peut être le cas en France, et l'accessibilité à ces produits dans certains pays posent la question de l'équité. Le prix de ces produits peut limiter son accès, et du coup limiter l'accès de nombreux individus à un support nutritionnel adéquat. Ainsi, le facteur économique et la notion d'équité viennent s'ajouter aux discussions éthiques liées à la pratique de la nutrition clinique.

### **3.5 Différentes rationalités de la nutrition**

Au XXème siècle, la relation de l'homme à l'aliment a aussi été évaluée sous diverses dimensions qui diffèrent du cadre médico-biologique. Il s'agit de regarder la nutrition d'après les résultats des études dans d'autres domaines, composées par d'autres méthodologies que les médico-biologiques.

L'aliment transformé dans l'acte culinaire, caractérise l'homme, par quoi il se distingue de la nature<sup>2</sup>. Cet acte devient ainsi un acte culturel. La question ici est de savoir quels sont les raisons et les déterminants socioculturels du goût et des choix alimentaires ? Comment sont-ils modifiés à l'intérieur d'un espace comme l'hôpital ? Les travaux de Pierre Bourdieu à propos de la *Distinction* dans les années 70, considèrent que le goût et la

---

<sup>1</sup> H.N. Tucker, SG. Miguel, « Cost containment through nutrition intervention », *Nutr Rev*, 1996, vol. 54, p. 111-121.

<sup>2</sup> C. Lévi-Strauss, « Le cru et le cuit », dans *Mythologiques*, Paris, Plon, 2009, II.

consommation alimentaire ne dépendent pas uniquement d'un facteur socio-économique (l'âge, le sexe, la religion, le milieu socioculturel), mais aussi :

« de l'idée que chaque classe se fait du corps et des effets de la nourriture sur le corps<sup>1</sup>. »

Il y aurait ainsi des « goûts de luxe ou de liberté » et des « goûts de nécessité ». Cela se traduit, par exemple, par des préférences des classes populaires par les aliments nourrissants et économiques et à l'opposé, la classe bourgeoise préfère des aliments savoureux et sobres. Les aliments nourrissants et économiques auront comme visée davantage la force du corps (masculin) que la forme et les aliments sobres et savoureux, le souci de santé. Ce cadre est particulier à chaque société, ce qui détermine ainsi « un modèle alimentaire »<sup>2</sup>. L'industrialisation de l'alimentation au XXème siècle a favorisé le stockage, la disponibilité et l'abondance de nutriments, au moins dans la plupart des pays. Du coup, les modèles alimentaires actuels ont déplacé la question de la quantité à la qualité de l'alimentation. La question de : « aurons-nous à manger ? » par « que vais-je manger ? » et aussi « avec qui on va manger ? » Le choix des aliments est alors un acte conscient, réfléchi qui structure les modèles alimentaires. Ceux-ci sont catégorisés par rapport à une finalité et une hiérarchisation de valeurs : gastronomiques, alimentaire, nutritionnelle. Des rationalités différentes se cachent derrière ces catégories : santé, convivialité, socialité, esthétique plaisir. Les rationalités s'organisent autour de la nourriture. Ainsi, un nutriment plutôt qu'un autre, peut être priorisé par une de ces catégories. Jean Pierre Poulain, d'après des études sociologiques récentes, montre la complexité de ces catégories et le fait que malgré le décalage entre les normes et les pratiques, le « mangeur » dans aucun cas n'agit de façon irrationnelle<sup>3</sup>. Au-delà de cette dimension socio-culturelle, la cuisine et les repas forment les liens sociaux et familiaux. Les moments les plus affectifs d'un individu se fêtent autour d'une table. La convivialité d'un repas est un critère qui peut être aussi important que le critère gustatif ou économique.

Dans le milieu hospitalier, les modèles alimentaires sont transformés et dans certaines situations d'autres dimensions sont prises en compte. D'une part, le patient est confronté à un repas, préparé par un inconnu, servi par un soignant et avec une présentation et un goût qui ne sont pas toujours appétissants. D'autre part, le malade n'a pas le choix de l'aliment, et il lui est interdit de profiter des aliments de l'extérieur. La convivialité peut être

---

<sup>1</sup> P. Bourdieu, *La distinction*, Paris, les éditions de minuit, 1979, p. 210.

<sup>2</sup> JP. Corbeaux, « Aurons-nous à manger, que vais-je manger ? » dans *Penser l'alimentation*, Paris, Privat, 2002.

<sup>3</sup> JP. Corbeaux, *Penser l'alimentation, entre imaginaire et rationalité*, Toulouse, Privat, 2002, p. 206.

maintenue, à condition d'avoir l'accompagnement d'un bon voisin de chambre. Ainsi, manger au lit avec la famille peut signifier un moment convivial qui, momentanément, échappe à l'institution hospitalière, et peut être associé à un signe précurseur de guérison ou de retour à la normalité<sup>1</sup> annonciateur d'une sortie prochaine. Au contraire, il peut s'agir aussi d'un malade en fin de vie, et lui apporter un aliment, un repas, peut avoir une connotation symbolique magique qui aurait pour but de tenter la guérison, ou simplement une tentative de faire plaisir au mourant. Quoi qu'il en soit, manger à l'hôpital est perçu par les malades, plutôt comme un acte médical, « on mange pour se soigner ». Les autres rationalités restent secondaires.

Compte-tenu de ces éléments, s'alimenter à l'hôpital par voie naturelle ou par support nutritionnel est principalement un acte médical. Les avancées de la médecine les nouvelles technologies, permettent de réaliser des chirurgies de plus en plus performantes, des soins en réanimation de meilleure qualité, une longévité de plus en plus importante, tous des facteurs qui mettent en jeu différentes dimensions dans la relation de l'homme à l'aliment.

---

<sup>1</sup> JP. Corbeau, « S'alimenter à l'hôpital : les dimensions cachés de la comensalité », dans *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital XV-XX siècles. op.cit.*, p. 101.



## CONCLUSION

Interroger l'état actuel de la science de la nutrition, nous permet de conclure que la nutrition est une science mais aussi un art, que sa pratique est indépendante d'autres sciences telles que la médecine et la biologie. Nous définissons la nutrition comme la science empirique qui étudie la relation de l'homme à l'aliment. Elle est fondamentalement biologique et étudie l'ensemble des procédés (y compris l'acte volontaire de l'alimentation) par lesquels les individus utilisent les aliments pour trouver un état nutritionnel et assurer un état adéquat de santé. Ainsi « nutrition » et « nutrition humaine » doivent être différenciées par rapport à la possibilité d'une nutrition animale ou végétale. En ce sens, une sociologie de la nutrition ou une nutrition publique sont possibles, dans la mesure où les aspects sociologiques ou politiques de la nutrition deviennent des objets d'étude.

Un intérêt particulier doit, cependant, être porté à la nutrition en tant que clinique. Il ne s'agit pas de la simple application des connaissances de la nutrition dans le domaine de la « clinique ». C'est le regard que porte le médecin d'aujourd'hui sur la malnutrition et ses possibilités d'agir avec des nutriments artificiels dans l'ère post-génomique, qui constitue cette discipline comme une entité à part entière. Cette discipline étudie la relation entre santé/état nutritionnel et maladie/ malnutrition et possède comme moyen propre, le support nutritionnel. Le double statut du nutriment en tant qu'aliment et médicament et, par conséquent, l'émergence d'un double statut du support nutritionnel comme un « soin » et comme une « thérapeutique », engendre des enjeux éthiques essentiels pour la pratique de la médecine.

Ce dernier point est central car la distinction entre traitement et soin est en constante tension dans la pratique de la nutrition. C'est en ce sens que le questionnement sur le statut épistémologique de la nutrition nous amène à questionner les enjeux médico-biologiques, mais aussi politiques et sociaux de la relation de l'homme à l'aliment.

Toutefois cette approche reste insuffisante dans la mesure où elle ne pose pas de normes susceptibles de définir l'usage de la nutrition dans une dimension éthique. En effet, si l'épistémologie permet de constituer la nutrition comme science autonome, au croisement d'un questionnement multidisciplinaire, et la nutrition clinique comme une discipline à part entière, elle ne confère pas des critères nécessaires pour décider d'une action éthique dans le champ de la nutrition. Pour cette raison, une nouvelle difficulté se présente : comment

déterminer des critères et des normes qui puissent permettre à la pratique médicale de répondre aux questions éthiques posées par la nutrition et sur lequel l'épistémologie se révèle insuffisante ? Ces difficultés épistémologiques engagent des enjeux éthiques qu'il est nécessaire à présent d'étudier.

## *Deuxième partie*

### **Les fondements et les enjeux éthiques de la nutrition clinique**

## INTRODUCTION

L'analyse épistémologique de la nutrition nous permet d'identifier une discipline, la nutrition clinique, fondée sur une nouvelle conception du nutriment. Cette discipline, centrale en médecine, se traduit par une pratique et une technique de soins qui est aujourd'hui en constante évolution. Elle s'applique de manière transversale, dans la mesure où elle forge des relations étroites avec d'autres disciplines telles que la gériatrie, la cancérologie, la chirurgie, la médecine de réanimation, l'immunologie et la pharmacologie. De ce fait, l'alimentation naturelle ou artificielle concerne des patients de tous les âges et des patients vulnérables, en fin de vie, ce qui implique des situations cliniques aiguës, chroniques et souvent extrêmes. Dans ce contexte, alimenter les patients devient un soin mais aussi un acte thérapeutique, un traitement, soulevant des enjeux éthiques lorsqu'il est appliqué à des situations particulières. Ainsi, l'objet de la deuxième partie de notre réflexion est de répondre à la question suivante : quels sont les fondements éthiques de la nutrition dans la pratique clinique ? Il s'agit de rendre compte des théories et des principes moraux qui justifient rationnellement l'application de normes dans la pratique de la nutrition clinique. Cela permettra ensuite, d'interroger les valeurs du soin et la constitution des normes universalisables possédant une véritable légitimité dans le champ médical.

---

## CHAPITRE 1

---

### 1.1 Le problème de la méthode en éthique

L'éthique fait partie de la philosophie morale, mais lorsqu'elle est appliquée à la médecine et aux sciences du vivant, elle semble recouvrir indifféremment « la bioéthique » et « l'éthique médicale »<sup>1</sup>. Nous nous intéressons à ces deux champs de l'éthique car, au-delà de leurs domaines d'application qui sont souvent contigus, ils ont aussi, dans certaines pratiques cliniques, des champs d'application croisés. Cette position se justifie par le fait que notre objectif en tant que médecin est de mener une analyse relative aux questionnements et aux enjeux éthiques de la pratique professionnelle de la nutrition clinique. Les interrogations éthiques que nous allons étudier concernent donc, en priorité, la pratique médicale, même si la bioéthique fait intervenir une pluralité d'acteurs et de disciplines.

L'éthique médicale est la partie de l'éthique consacrée aux questions morales relatives à la pratique médicale. Elle se réfère à une « certaine forme de comportement de la médecine, au service du malade »<sup>2</sup>. Autrement dit, elle concerne les usages et les valeurs propres à la profession médicale et repose sur la longue tradition du *Serment Hippocratique* qui requiert l'acceptation de certaines valeurs, principes et traits moraux comme la compassion, la compétence et l'autonomie. Elle couvre tout le champ relationnel de la médecine et ne concerne que les médecins. Ces valeurs et principes prennent forme dans les codes déontologiques ou dans d'autres déclarations nationales ou internationales.

Toutefois, la bioéthique se présente comme un ensemble de recherches, de discours (monographies, revues spécialisées, etc.) et de pratiques (enseignement universitaire, participation à des comités d'éthique, institutionnalisation de la bioéthique, etc.), qui permettent, à partir de la description des faits scientifiques, biologiques et médicaux, d'examiner la licéité, le bien ou le mal, la valeur ou l'absence de valeur, de telle ou telle

---

<sup>1</sup> D. Sicard, *L'Éthique Médicale et la Bioéthique*, Paris, PUF, 2009, p.3.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.4-5.

intervention de l'homme sur l'homme<sup>1</sup>. Elle est aussi une entreprise théorique, une analyse axiologique, qui précède les décisions et qui s'affirme comme un instrument de décision normative. La réflexion éthique au sein de la bioéthique est conduite dans des sociétés dont le pluralisme des valeurs est reconnu, dans lesquelles le respect des droits de l'homme est prioritaire, mais laisse chacun juger de la façon dont il doit mener sa vie. Elle est aussi une pratique multidisciplinaire qui suppose le respect d'une méthodologie propre à chaque discipline. Du coup, la bioéthique convoque, pour ses analyses, les sciences biologiques et médicales mais aussi les sciences de l'homme, le droit et la psychologie<sup>2</sup>.

Concernant sa visée normative, celle-ci se conçoit de deux manières. En premier lieu, comme une analyse éthique plus réflexive et qui a comme objectif la clarification et l'explication des enjeux éthiques proprement dits. Sur ce point, notre analyse se propose de cerner la question éthique qui est en jeu, d'indiquer les méthodes de réflexion, de dégager les valeurs et les principes en cause, et de mettre en évidence les arguments contradictoires<sup>3</sup>. En second lieu, comme une analyse éthique de nature normative qui a comme objectif de répondre concrètement à un problème spécifique et circonscrit. Elle conduit donc à une prise de décision pratique ou à une prise de position accompagnée de recommandations précises. Pour atteindre ces objectifs normatifs ou plus réflexifs, deux méthodes sont fréquemment utilisées : le principisme et la casuistique<sup>4</sup>. Ces méthodes sont au cœur des débats philosophiques.

Nous sommes intéressés à ces deux méthodes, parce qu'elles partagent un point de vue commun : elles reconnaissent la nécessité de principes moraux et l'examen attentif des cas afin de voir comment ces principes seront en mesure de s'appliquer à de nouvelles situations. D'après l'analyse de P. Cudney<sup>5</sup>, elles ne sont, en grande partie, que des modalités différentes de parler de la même méthode qui consistent à ajuster les jugements considérés sur les principes (principisme) ou les maximes (casuistique) à des cas particuliers ou à des questions moralement pertinentes.

---

<sup>1</sup> G. Hottois, MH. Parizeau, *Les mots de la bioéthique. Un vocabulaire encyclopédique*, Bruxelles, De Boeck Université, 1993, p. 49-60.

<sup>2</sup> G. Hottois, « Bioéthique » dans *Nouvelle encyclopedie de bioéthique*, Bruxelles, De Boeck Université, 2001, p. 126.

<sup>3</sup> MH. Parizeau, « Bioéthique », dans *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF, 2004, p. 186.

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> P. Cudney, « What really separates casuistry from principlism in biomedical ethics », *Theor Med Bioeth*, 2014, vol. 35, p. 205-229.

### 1.1.1 Le principisme

Le principisme se fonde sur quatre principes :

1. le respect de l'autonomie de la personne ;
2. le principe de non-malfaisance ;
3. le principe de bienfaisance ;
4. le principe de justice.

Dans ce cadre, les situations particulières et les conflits éthiques dans le champ de la pratique médicale sont susceptibles d'être analysés d'après leur application. Tom Beauchamp et James Childress ont toujours soutenu que ces quatre principes constituaient un cadre applicable globalement pour l'éthique biomédicale. Cette affirmation est fondée sur leur conviction que les principes de respect de l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice constituent le cadre d'une «morale commune», c'est-à-dire d'une collection de normes très générales auxquelles tous ceux qui traitent de la morale peuvent souscrire<sup>1</sup>. Chaque fois que l'un de ces principes est pertinent pour un cas, c'est parce qu'il se présente comme une obligation *prima facie* (i.e. de prime abord ou à première vue)<sup>2</sup>. Ces obligations sont *prima facies* en ce qu'elles sont des obligations qui ne doivent être remplies que si elles n'entrent pas en conflit avec d'autres obligations morales plus impératives.

Cependant, cet argumentaire butte contre la difficulté de démontrer que les quatre principes sont bel et bien au fondement de l'éthique et ainsi applicables à l'échelle universelle. En effet, il faut reconnaître que ces principes sont d'abord l'expression d'un contexte culturel particulier, celui de la pensée américaine ou occidentale, ce qui explique pourquoi certains auteurs en Europe pensent qu'il est plus pertinent de formuler les interrogations en bioéthique autour de la notion de vulnérabilité et des principes d'autonomie, de dignité et d'intégrité. La considération d'une morale commune comme fondement du principisme pose du coup un problème indépassable, au regard des considérations subjectives et ethnocentriques qui entrent en jeu. Certains auteurs<sup>3</sup> ont observé qu'après la publication de la 6ème édition de *Principles of Biomedical Ethics*, les auteurs ont tenté de confirmer la fondation de leur théorie sur une

---

<sup>1</sup> TL. Beauchamp, JF. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*. 7th edition. New York: Oxford University Press, 2013, p. 416.

<sup>2</sup> P. Cudney, « What really separates casuistry from principlism in biomedical ethics », *op.cit.*, p. 205–229.

<sup>3</sup> J.R. Karlsen, J.H. Solbakk, « A waste of time: the problem of common morality in *Principles of Biomedical Ethics* », *J Med Ethics*, 2011, vol. 37, p.588-91.

morale commune, d'autant plus qu'il existait une tendance accrue à conjuguer ces principes avec ceux d'une morale commune. Or, identifier la morale commune avec le respect des règles conduit Beauchamp et Childress à se méprendre sur la nature de la morale commune en tant que telle. Ils fondent leur théorie sur des « sables mouvants au lieu d'une roche solide »<sup>1</sup>. En accord avec ce raisonnement, Beauchamp et Childress ont suggéré que la question de savoir si les principes sont, en effet, partie prenante de la morale commune, devrait être l'objet d'études empiriques<sup>2</sup>. Nous avons donc cherché à savoir s'il y avait des études de ce type. L'étude de Markus Christen et de ses collaborateurs visait à montrer, par une étude empirique, la relation entre les valeurs et les principes moraux et non moraux qui définissent des orientations en médecine. Ils ont montré que les principes de la bioéthique, en particulier l'autonomie, n'ont qu'un faible enracinement dans la morale commune. Comparés à d'autres valeurs morales, les principes ne semblent pas être aussi « intégrés » ou intériorisés par les individus dans leur pratique. Toutefois cela ne semble pas très convaincant car l'autonomie est devenue une valeur de notre société. Néanmoins, ces auteurs affirment que cela ne pose pas de difficultés quand les gens sont en mesure de s'engager dans des processus décisionnels qui impliquent de l'effort et à la réflexion. Dans de telles situations, les principes peuvent servir de cadre utile et de moyens de justification morale délibérée. En effet, les dépenses d'effort cognitif sont, par exemple, plus probables dans des situations favorables (prise de décisions sans la pression du temps ou à « faible charge mentale »). Cependant, dans des situations limites comme lorsqu'il faut prendre des décisions rapidement avec une « charge mentale élevée », les individus sont davantage susceptibles de compter sur un processus cognitif spontané, et donc sur les valeurs qui sont plus intériorisées et rapidement accessibles. Dans de telles situations, et dans la mesure où les principes sont intégrés dans l'esprit humain, ils sont moins susceptibles d'affecter la prise de décision.

Au-delà des questions sur l'universalité des principes et la morale commune, d'autres critiques sont possibles. D'abord, les principes sont considérés comme trop vagues et donc difficiles à appliquer à de nombreux cas particuliers. Ces principes doivent alors, selon Beauchamp et Childress, être énoncés de manière plus explicite, par un processus

---

<sup>1</sup> *Ibid.*

<sup>2</sup> M. Christen, Ch. Ineichen, C. Tanner, «How “moral” are the principles of biomedical ethics? a cross-domain evaluation of the common morality hypothesis», *BMC Medical Ethics* 2014, vol. 15, p.47.



qu'ils appellent, d'après Henry Richardson<sup>1</sup>, « spécification ». Ce processus ajoute du contenu aux principes. Ainsi, par exemple, le principe qui préconise de « respecter l'autonomie » peut être spécifié par l'exigence de « respecter l'autonomie des patients en suivant leurs directives anticipées quand ils deviennent incompétents ». Il s'agit ici d'apporter un contenu qui permet de guider l'action au lieu, simplement, de se limiter à une analyse de la signification du principe en question. Cela signifie donc que les spécifications doivent être déterminées par un processus rationnel de délibération<sup>2</sup>. Ensuite, l'idée de savoir quel principe est plus important qu'un autre, est souvent questionnée, sachant que les principes entrent en conflit d'une manière qui ne peut pas être résolue par les « spécifications » existantes de l'un des principes. L'équilibrage (*balancing and weighing*) des principes est un autre élément à considérer. Le processus d'équilibrage a pour visée la construction du raisonnement qui permet de soutenir qu'un principe est prioritaire. Si la spécification concerne davantage la portée, l'équilibrage concerne davantage le poids et la force des normes. Enfin, la difficulté majeure qu'il est possible de rencontrer lors de l'application du principisme, est l'absence d'un guide pour l'action. Plus rigoureusement, il s'agit de soutenir qu'il n'existe pas de théorie morale qui permette de choisir quel principe doit primer sur les autres. D'après les détracteurs du principisme comme J. Harris, cette méthode devient une « *checklist* » des principes, et non une réflexion morale<sup>3</sup>. Sans guide pour l'action, le choix pourrait alors se définir en fonction de nos préférences et de notre culture. Toutefois, lors des conflits éthiques, s'il est vrai qu'il existe des difficultés à obtenir un consensus entre les acteurs des soins sur la priorité à donner à l'un de ces principes, Beauchamp et Childress proposent, pour dépasser cette impasse, les spécifications et l'équilibrage, mais ils recommandent aussi de confronter ces principes avec les théories éthiques déontologiques et conséquentialistes<sup>4</sup>.

Compte-tenu de ces éléments, si le principisme reste l'objet de critiques et d'analyses fondées sur la non-universalité de principes et sur ces difficultés d'application, ces principes d'après Raanan Gillon permettent néanmoins aux professionnels de santé,<sup>5</sup> de

---

<sup>1</sup> HS. Richardson, « Specifying, Balancing, and Interpreting Bioethical Principles », *J Med Philos*, 2000, vol. 25 p. 285-307.

<sup>2</sup>T. Beauchamp, J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics. op.cit.*, p 17.

<sup>3</sup> J. Harris, « Not all babies should be kept alive as long as possible », dans *Principles of Health care Ethics*, Chichester, John Wiley Sons, 1996, p. 319.

<sup>4</sup> G. Hottois, « Principisme », dans *Nouvelle encyclopédie de bioéthique, op.cit.* p. 663.

<sup>5</sup> R. Gillon, « The four Principles Revisited a Reappraisal », dans *Principles of Healthcare ethics, op.cit.*, p. 320.

s'approprier une méthode de réflexion éthique, et au grand public, d'aborder les multiples questionnements suscités par l'évolution des pratiques biomédicales. En conséquence, le choix du principisme comme méthode pour notre étude s'explique par sa pertinence méthodologique pour atteindre notre objectif : mener une réflexion à propos des questionnements éthiques autour de la nutrition clinique, formuler les interrogations et indiquer le positionnement du médecin. Elle s'explique aussi par le constat suivant lequel cette méthode est largement utilisée dans la littérature internationale concernant notre sujet. Afin de tenir compte des différentes particularités de la pratique dans le domaine de la nutrition clinique, nous avons choisi de mener la réflexion à l'aide de cas cliniques.

### 1.1.2 La casuistique

La casuistique est une méthode pour interpréter et résoudre les problèmes moraux. Elle se concentre sur les circonstances des cas particuliers et concerne :

« Une analyse et une élaboration méthodique de cas concrets, réels ou fictifs, visant à déterminer la conduite à adopter tenant compte à la fois des règles générales concernées par le cas considéré et des particularités de celui-ci<sup>1</sup>. »

Autrement dit, il s'agit d'un processus de décision morale en accord avec la nature du champ dans lequel s'inscrit la problématique éthique. Elle a pour visée, comme le principisme, de guider la prise de décision dans des cas complexes, mais elle se veut plus attentive aux aspects individuels, contextuels et vécus des cas et des situations qui pourraient être en général sous-estimés par le principisme.

Dans les pays francophones, la casuistique dans le cadre de la bioéthique désigne le travail de réflexion qui procède par analyse de cas. Elle recouvre de façon globale le travail, par exemple, des comités et commissions de bioéthique. Cette méthode vise, selon la perspective de P. Ricœur, à l'exercice d'une sagesse pratique de morale en situation<sup>2</sup>. Cette méthode est critiquée principalement parce qu'elle favorise des raisonnements moraux éclectiques plutôt que l'établissement d'une conception philosophique cohérente. Dans le cadre de notre thèse, cette méthode est pertinente, en

---

<sup>1</sup> ML. Delfosse, « Casuistique » dans *Nouvelle encyclopédie de bioéthique : médecine, environnement, biotechnologie*, Bruxelles, De Boeck Université, 2001, p. 159.

<sup>2</sup> P. Ricœur, « Les trois niveaux du jugement médical », dans *Le Juste 2*, Paris, Le Seuil, 2001, p. 227-243.

raison de l'attention qu'elle porte à la singularité des situations. Elle ne constitue pas en soi une alternative exclusive, mais elle se révèle complémentaire avec le principisme.

La casuistique se réfère aussi à la méthode de comparaison des cas réels avec des cas paradigmatiques. Les principaux promoteurs de la casuistique contemporaine sont Jonsen Albert et Stephen Toulmin qui la définissent par trois aspects<sup>1</sup>. Premièrement, la morphologie, qui constitue l'étude de la structure du cas. Elle est définie par l'interaction entre les circonstances (description du cas) et les maximes (affirmations morales largement reconnues) auxquelles s'ajoute la structure de l'argument moral pertinent pour le cas étudié. Deuxièmement, la taxonomie qui identifie les types de cas problématiques qui se trouvent ainsi situés dans la série des cas semblables. A partir des différences entre le cas particulier et le cas paradigmatique, cette méthode permet de porter sur le premier un jugement moral qui est fondé sur la manière dont les circonstances et les maximes apparaissent dans la morphologie du cas lui-même et en comparaison avec des cas semblables. Troisièmement, la cinétique qui est le mouvement d'un jugement moral d'un cas à un autre cas. Il s'agit d'un

« déplacement qui s'opère dans le jugement moral entre le cas paradigmatique et les cas analogues de sorte qu'au jugement négatif porté sur le cas paradigmatique peut se substituer un plus nuancé sur le cas particulier<sup>2</sup>. »

La casuistique permet d'obtenir des règles ou des maximes considérées comme générales, non universelles ou invariantes, puisqu'elles ne sont tenues pour bonnes avec certitude que dans les conditions typiques de l'agent et dans les circonstances de l'action.

Il est important de souligner deux caractéristiques particulières inhérentes à notre réflexion. En premier lieu, le champ de notre étude est celui de la clinique, à savoir celui de l'ensemble des activités médicales qui relèvent de l'alimentation en lien avec les patients.<sup>3</sup> Ceci comporte une circonstance initiale, la souffrance humaine, et une dimension pratique, celle de soigner ou de guérir. A cet égard, Paul Ricœur souligne que la caractéristique des jugements concernant une prise de décision thérapeutique (clinique) est qu'elle relève de trois niveaux différents. Le premier niveau est appelé « prudentiel » au sein duquel la faculté de jugement est « appliquée à des situations

---

<sup>1</sup> ML. Delfosse, "Casuistique" dans *Nouvelle encyclopédie de bioéthique : médecine, environnement, biotechnologie, op.cit.*, p. 159.

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> C. Lefève, G. Barroux, *La clinique, usage et valeurs*, Paris, Seli Arslan, 2008, p. 12.

singulières où un patient individuel est placé dans une relation interpersonnelle avec un médecin individuel »<sup>1</sup>. Le deuxième niveau est appelé « déontologique » dans la mesure où les jugements vont au-delà de la singularité de la relation médecin-patient et s'expriment dans les « codes déontologiques ». Le troisième niveau, appelé « téléologique », renvoie aux jugements de type réflexif appliqués à la tentative de légitimation des jugements précédents : il s'agit de choix de sociétés. Cette approximation par trois niveaux de jugement permet de donner une dimension plus large à l'opérationnalité des interrogations éthiques et à l'application des principes. En effet, la méthode du principisme s'applique aux trois niveaux de jugement.

En deuxième lieu, notre réflexion éthique aura comme objectif prioritaire la clarification et l'explication des enjeux éthiques proprement dits. Pour cela, notre réflexion nous permettra de :

1. Cerner la question éthique centrale en jeu correspondant à chaque cas.
2. Indiquer les méthodes de réflexion qui rendront possible la réflexion.
3. Dégager les valeurs et les principes en cause, et mettre en évidence les arguments contradictoires.
4. Questionner en particulier le positionnement des médecins face aux interrogations éthiques dans la nutrition clinique.

Autrement dit, il s'agit d'identifier les fondements et les enjeux éthiques propres à la nutrition clinique.

### **1.1.3 Le choix de cas**

Nous avons choisi quatre cas qui invitent à une réflexion éthique autour de la pratique de la nutrition clinique. Il s'agit de cas fictifs qui serviront de modèle d'étude pour conduire la réflexion éthique. Ces cas sont extraits du programme *Life Long Learning (LLL) program in Clinical Nutrition and Métabolisme*, de la Société Européenne de Nutrition Clinique et Métabolisme (ESPEN)<sup>2</sup>. Ce sont des cas cliniques qui pourraient avoir lieu dans tout hôpital ou au sein de la pratique médicale en France mais aussi à l'étranger. Ils ont pour but de former les médecins et les spécialistes de la santé dans le domaine technique et scientifique de la nutrition clinique. Ces cas cliniques sont présentés à la fin de chaque module d'apprentissage du programme LLL

---

<sup>1</sup> P. Ricœur, « Les trois niveaux du jugement médicale », *op. cit.*, p. 227-243.

<sup>2</sup> Site web de l'ESPEN : <http://www.espen.org/education/lll-programme>

et sont sensés mettre en pratique les connaissances scientifiques acquises. Les cas ne traitent que les aspects pratiques de la discipline et n'abordent pas la réflexion éthique. Nous proposons donc de dépasser la problématique purement biologique et thérapeutique et d'identifier la nature éthique des problèmes sous-jacents à ces cas. Par conséquent, pour réaliser une analyse des enjeux éthiques, ces cas se révèlent représentatifs de la pratique de cette discipline.

Dans ce cadre de réflexion, les cas choisis correspondent à des situations cliniques qui permettront de répondre à nos objectifs. Le premier cas, concernant M. Dn, pose la question des conséquences éthiques relatives à l'absence de diagnostic de la dénutrition. La dénutrition clinique est, en effet, une situation de haute prévalence en France et au niveau mondial, et cela malgré la connaissance scientifique à propos des effets néfastes de la dénutrition et des effets bénéfiques des soins nutritionnels. En effet, d'une part, il a été démontré aujourd'hui que la dénutrition a un impact sur l'augmentation de comorbidités, de la mortalité, du séjour à l'hôpital, des coûts de prise en charge et sur la diminution de la qualité de vie. D'autre part, elle a un impact clinique sur la qualité de vie et sur les coûts des soins nutritionnels. Pourtant, la dénutrition est fréquente.

Les cas numéro 2 et numéro 3 concernent les soins nutritionnels. Ils visent à dégager les enjeux éthiques du support nutritionnel, particulièrement de la nutrition orale (NO), entérale (NE) et la nutrition parentérale (NP). Le cas n°. 2 s'intéresse à la nutrition dans le cadre des maladies chroniques et le cas n°. 3 concerne une situation particulière : la prise en charge nutritionnelle chez un patient atteint de démence. Les enjeux éthiques identifiés dans ces cas concernent trois questionnements : premièrement, ils interrogent le statut du support nutritionnel (NO, NE et NP), à savoir, les conséquences éthiques du double statut en tant que « soin » et « thérapeutique ». Deuxièmement, ils mettent en jeu la question du droit à l'alimentation au sein d'une réflexion sur l'éthique en nutrition clinique. Autrement dit, il s'agit de savoir comment ce droit peut influencer les décisions dans la prise en charge nutritionnelle. Troisièmement, il s'agit d'appréhender le sens du support nutritionnel, plus précisément, de considérer outre l'effet médico-biologique, les raisons pour lesquelles on nourrit un patient atteint de démence. Faut-il considérer le patient comme un simple corps ou une personne dans son ensemble ? Qui décide de l'alimentation, le malade ou les soignants ? L'enjeu de ce questionnement est donc d'évaluer la place de la nutrition dans la préservation de la dignité humaine.

Le cas n°. 4 concerne un malade atteint d'obésité sévère ne répondant pas au traitement diététique et pouvant donc être candidat à la chirurgie bariatrique. Ici, le but

visé est de dégager les difficultés concernant l'alimentation dans le cadre d'une maladie chronique et d'identifier les questionnements éthiques autour de la chirurgie bariatrique. L'enjeu est de questionner les limites de certaines pratiques dans le domaine de la nutrition.

Enfin, la question de l'arrêt du support nutritionnel en soins palliatifs ne sera pas abordée par un cas clinique. Les cours du LLL ne disposent pas d'un tel cas. Nous souhaitons interroger au moyen d'une revue de littérature l'attitude et le positionnement éthique des médecins devant cette pratique. Il s'agit de savoir comment les médecins abordent cette pratique dans ce contexte particulier : nourrir l'homme malade lorsqu'il n'existe plus de traitement pour guérir la personne<sup>1</sup>. En effet, l'aliment dans ce contexte devient un objet de débat pour le patient, la famille, l'entourage et le soignant. Comment et qui décide d'arrêter l'alimentation ? Quels sont les enjeux éthiques d'une telle décision ? Cet examen nous permettra de faire aussi le point de la législation en France et la position particulière des médecins à propos de l'alimentation et l'hydratation en fin de vie.

---

<sup>1</sup> Nous allons nous limiter aux adultes car en néonatalogie les décisions en fin de vie sont différentes en ce qui concerne l'arrêt de la nutrition et l'hydratation artificielles. Ce derniers sont d'avantage considérés comme un soin, difficilement indissociable du lien de parentalité et cela malgré le cadre légal que la loi Leonetti impose.

---

## CHAPITRE 2 : Etudes de cas

---

### 2.1 Cas No. 1 : Les enjeux éthiques autour du diagnostic de l'état nutritionnel

#### CAS No 1<sup>1</sup>.

---

##### *Le cas de Monsieur Dn*

- Patient Dn de sexe masculin, âgé de 71 ans a été admis à l'hôpital pour la première fois en raison de fièvre (38,5 °C), dyspnée et tachycardie. Une broncho-pneumonie gauche d'aspiration est diagnostiquée à la radiographie. Trois mois avant l'admission, il souffrait de douleurs dans la région épigastrique. Une œsophagite par reflux a été diagnostiquée par endoscopie. Le patient a reçu un inhibiteur de la pompe à protons, avec un effet clinique partiel. Cependant, au cours des trois derniers mois, il a perdu 8 kg de poids corporel. La semaine dernière, il était incapable de manger des aliments solides et il pouvait boire seulement des liquides. A l'admission, son poids corporel est de 78 kg, taille 178 cm, IMC à 24,6 kg/m<sup>2</sup>.

Avant de répondre aux questions éthiques que soulève ce cas, il est important d'étudier l'ampleur et l'impact clinique et biologique de la dénutrition.

#### 2.1.1 La prévalence et l'impact de la dénutrition

La dénutrition est la comorbidité la plus fréquente à l'hôpital<sup>2</sup>. Bien que les estimations de sa prévalence varient selon les lieux (type d'hôpital, maison de séjour, consultation), le type de patient (sujet âgé, malade cancéreux, en réanimation, etc.), la méthode d'évaluation (biologique, anthropométrique, etc.) et la définition de la dénutrition, sa prévalence reste particulièrement surprenante. Aujourd'hui, on estime

---

<sup>1</sup> Cas disponible sur LLL thème n° 3 « Topic 3: Nutritional Assessment and Techniques»

<sup>2</sup> KA. Tappenden, B. Quatrara, ML. Parkurst, et al., «Critical role of Nutrition in Improving Quality of Care: An interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition», *op.cit.*, p.1-16.

qu'au moins un tiers des patients adultes arrivent à l'hôpital souffrant de dénutrition<sup>1</sup> et, si elle n'est pas traitée, la plupart de ces patients vont continuer à se dénourrir, ce qui peut influencer défavorablement sur leur récupération et augmenter le risque de complications entraînant une réadmission à l'hôpital. Dans une revue de la littérature de 2008 par K. Norman, la prévalence de dénutrition chez l'adulte<sup>2</sup> varie entre 7 et 50% dans divers pays, selon le type de patient. La moyenne pondérée pour les études européennes et américaines montre qu'environ 31% de tous les patients de l'hôpital sont considérés en état de dénutrition ou à risque nutritionnel (voir tableau 1). La vaste ampleur des valeurs constatée dans les résultats de diverses études n'est probablement pas due aux seuls paramètres médicaux ou géographiques, mais est aussi liée à la population de patients différents et à la diversité des critères utilisés pour diagnostiquer la dénutrition.

Tableau 1. Prévalence de la dénutrition (Adapté de K.Norman et al., *Clinical Nutrition*, 2008.)

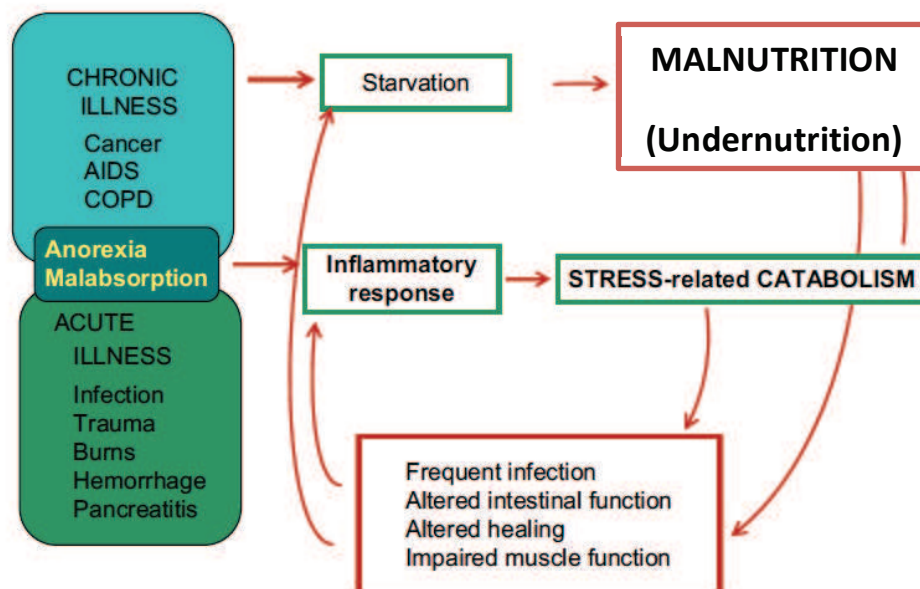
Author	Country	Discipline	N	Prevalence (%)
VA Study Group	USA	Abdominal or thoracic surgery	2448	39
Coats et al.	USA	General medicine	228	38
Lansey et al.	USA	Geriatrics	47	45
Mowe et al.	Norway	Surgery	331	37
McWhirter & Pennington	Scotland	General surgery	100	46
Larsson et al.	Sweden	General surgery	199	35
Cederholm et al.	Sweden	General surgery	205	20
Giner et al.	USA	Intensive Care	129	43
Naber et al.	Netherlands	Internal medicine	155	45
Gariballa et al.	UK	Geriatrics	201	31
Waitzberg et al.	Brazil	Internal medicine	4000	48.1
Bruun et al.	Norway	Surgery	244	39
Corish et al.	Ireland	General surgery	232	7
Kondrup et al.	Denmark	Multidisciplinary	750	22
Kyle et al.	Switzerland	Multidisciplinary	995	31.3
Correia and Campos	Latin America	Multidisciplinary	9348	50
Wyszynski et al.	Argentina	Multidisciplinary	1000	47
Malnutrition Prevalence Group	UK	General medicine & surgery	850	20
Rasmussen et al.	Denmark	Multidisciplinary	590	39.9
Pirlich et al.	Germany	Multidisciplinary	1886	27.4

<sup>1</sup> K. Norman, C. Pichard, H. Ilochs, M. Pirlich, « Pronostic impact of disease-related malnutrition », *op.cit.*, p.5-15.

<sup>2</sup> D'après l'étude EPINUT, de Lucas et collaborateurs, réalisée dans 144 hôpitaux dans 7 pays, 11% des enfants hospitalisés sont dénourtris à l'hôpital.



Malheureusement, malgré la disponibilité des outils de dépistage rapide<sup>1</sup>, la dénutrition est méconnue dans de nombreux hôpitaux. Les patients hospitalisés, indépendamment de leur IMC, souffrent généralement de dénutrition en raison de leur propension à manger peu du fait du manque d'appétit. Celui-ci est induit par la maladie, les symptômes gastro-intestinaux, l'incapacité à mâcher ou à avaler, par les interdictions médicales à l'alimentation *per os* (voie buccale) pour des procédures diagnostiques et thérapeutiques. En outre, les patients peuvent avoir des besoins augmentés en énergie, en protéines et en micronutriments à cause de l'inflammation, d'une infection ou d'autres conditions cataboliques. La figure 1 montre la relation entre le développement et la progression de la dénutrition et de la maladie.



**Figure 1. Relation entre dénutrition et maladie<sup>2</sup>.**

La relation est bidirectionnelle et peut se perpétuer sur le mode d'un cercle vicieux. La plupart des maladies chroniques ou aiguës graves provoquent l'anorexie et conduisent à la dénutrition. L'absence d'une alimentation adéquate et le catabolisme (qui modifie le besoin de nutriments) lié au stress causé par l'inflammation, augmentent

<sup>1</sup> Ces outils de dépistage permettent d'identifier des malades à risque d'être dénutri.

<sup>2</sup> K. Norman, C. Pichard, H. Lochs, M. Pirlich, « Pronostic impact of disease-related malnutrition », *Clinical Nutrition*, op.cit., p.5-15.

le risque d'infections, de dysfonctionnement des organes et d'une mauvaise cicatrisation. Ainsi, toutes les maladies aiguës peuvent être un élément déclencheur d'une réponse inflammatoire et entraîner consécutivement une anorexie et un hypercatabolisme qui aggravent la malnutrition. Les mécanismes biochimiques, métaboliques et moléculaires impliqués sont aujourd'hui étudiés<sup>1</sup>.

Outre les causes pathologiques de la dénutrition, des facteurs socio-économiques comme le faible revenu et l'isolement peuvent également favoriser le développement de la dénutrition. Cette dernière est fréquente chez les personnes âgées, les patients atteints du cancer, de maladies chroniques du foie, de maladies cardiaques chroniques ou d'insuffisance rénale, le VIH / SIDA, la BPCO, de maladies inflammatoires de l'intestin et de fibrose kystique ou même de maladies neurodégénératives. Point important, la situation peut être aggravée à l'hôpital en raison de routines hospitalières défavorables aux apports suffisants en éléments nutritifs. Par exemple, la préparation aux interventions ou examens diagnostics nécessitent l'interruption de l'alimentation orale ou artificielle, créant ainsi des périodes souvent très longues où les apports nutritionnels ne sont pas couverts.

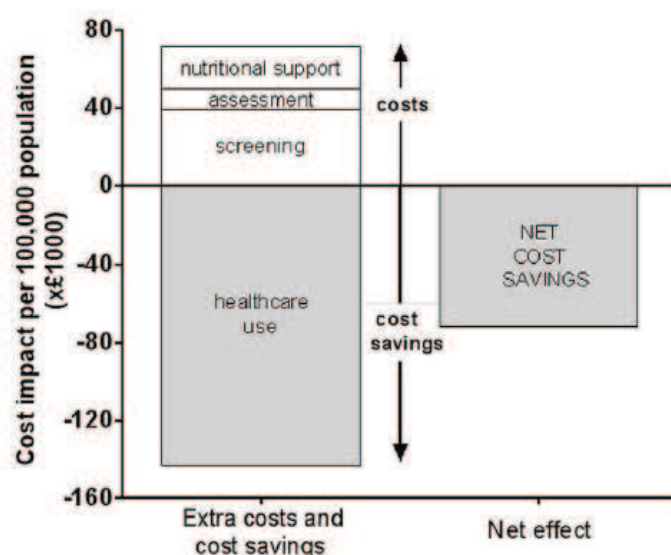
De ce fait, il est important d'identifier les patients en état de dénutrition et à risque comme on le voit en étudiant les données qui montrent que la dénutrition est associée à de nombreux effets indésirables, y compris au risque accru d'ulcères de pression et de mauvaise cicatrisation, d'immunosuppression, d'infections, d'atrophie musculaire et d'une perte fonctionnelle aggravant le risque de chutes. Cela augmente la durée du séjour à l'hôpital, les taux de réadmission, les coûts de traitement et la mortalité.

A titre d'exemple, des études internationales révèlent que la dénutrition liée à la maladie augmente les coûts hospitaliers du 30 à 70 %. Une étude au Royaume-Uni montre que la dénutrition augmente la fréquence des réadmissions et la durée du séjour dans les hôpitaux, ainsi que la fréquence des visites chez un médecin généraliste, les

---

<sup>1</sup> MJ. Tisdale, «Molecular pathways leading to cancer cachexia», *Physiology*, 2005, vol. 20, p. 340–8. DA. Deans, Wigmore SJ, Gilmour H, Tisdale MJ, Fearon KC, Ross JA. «Expression of the proteolysis-inducing factor core peptide mRNA is upregulated in both tumour and adjacent normal tissue in gastro-oesophageal malignancy », *Br J Cancer*, 2006, vol. 94, p.731–6. Bing C, Bao Y, Jenkins J, Sanders P, Manieri M, Cinti S, et al. «Zinc-alpha2-glycoprotein, a lipid mobilizing factor, is expressed in adipocytes and is up-regulated in mice with cancer cachexia», *Proc Natl Acad Sci USA*, 2004, vol. 101, p. 2500–5. Islam-Ali B, Khan S, Price SA, Tisdale MJ. «Modulation of adipocyte G-protein expression in cancer cachexia by a lipidmobilizing factor (LMF) », *Br J Cancer*, 2001, vol.85, p.758–63.

visites ambulatoires des hôpitaux et le temps de résidence dans les maisons de soins. Après l'attribution des coûts représentatifs au niveau national de l'utilisation de ces services, les dépenses publiques causées par la dénutrition liée à la maladie s'élèvent au Royaume-Uni à plus de 7,3 milliards de livres sterling en 2003 <sup>1</sup>. L'implémentation d'un système de soins nutritionnels en 2012, bien qu'il ait exigé un investissement supplémentaire, a produit des économies, avec un impact budgétaire. Les coûts provenant de l'intervention nutritionnelle (dépistage, diagnostic, thérapie, etc.) peuvent conduire à des économies substantielles de coût absolu<sup>2</sup> (Figure 2). Ainsi d'un point de vue économique, il est donc important de concevoir pour chaque malade le diagnostic de son état nutritionnel.



**Figure 2. Impact économique de la dénutrition<sup>3</sup>.**

Par conséquent, la dénutrition fait peser un lourd fardeau sur le patient, le clinicien et le système de soins<sup>4</sup>. Cette prévalence de la dénutrition n'a pas changé au cours des

<sup>1</sup> M. Elia, «The economics of malnutrition», *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme*, 2009, vol. 12, p.29-40.

<sup>2</sup> M. de van der Schueren, M. Elia, L. Gramlich, et al., «Clinical and economic outcomes of nutrition interventions across the continuum of care», *Annals of the New York academy of Sciences*, 2014, vol. 1321, p. 20-40.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 20.

<sup>4</sup> LA. Barker, BS Gout, TC Crowe, « Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system», *Int J Environ Res Public Health*, 2011, vol. 8, p.514-527.

vingt dernières années, bien que le traitement de certaines maladies ait sensiblement été amélioré et qu'on dispose de traitements nutritionnels plus adaptés. Or, l'âge moyen, de plus en plus élevé des patients hospitalisés, pourrait ainsi être considéré comme un obstacle au progrès médical et donc expliquer, au moins en partie, les difficultés à diminuer le nombre de personnes dénutries. Cependant, nous considérons que l'absence d'évolution dans la diminution de la prévalence de la dénutrition s'explique principalement pour trois raisons : le fait que la dénutrition n'est pas considérée comme une « maladie » susceptible d'être guérie, l'absence de formation des médecins et le constat que la nutrition clinique n'est pas reconnue comme une discipline médicale.

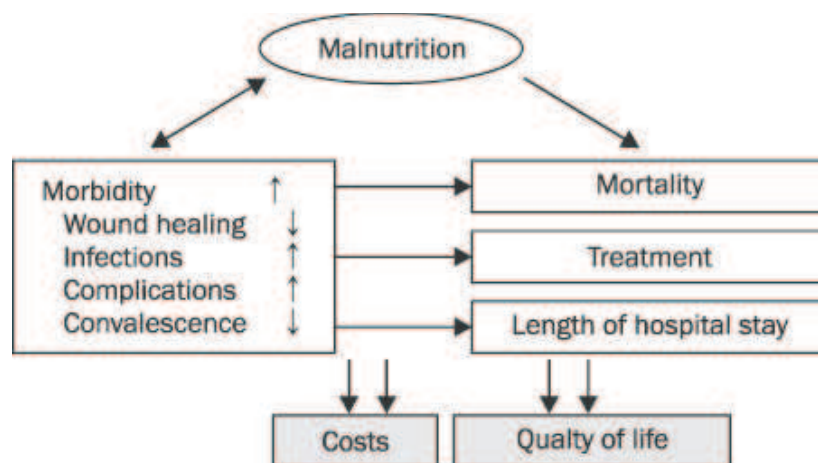
Dans notre cas d'étude, M. Dn est âgé de plus de 70 ans. La prévalence de la dénutrition augmente avec l'âge. Elle est de 4 à 10 % chez les personnes âgées vivant à domicile, de 15 à 38 % chez celles vivant en institution et de 30 à 70 % chez les malades âgés hospitalisés<sup>1</sup>. Des carences protéiques isolées peuvent s'observer même chez des personnes âgées apparemment en bonne santé. Certaines situations peuvent favoriser la dénutrition ou y être associées. Elles peuvent être classées selon les catégories suivantes : psycho-socio-environnementales, troubles bucco-dentaires, troubles de la déglutition, troubles psychiatriques, syndromes démentiels, autres troubles neurologiques, traitements médicamenteux au long cours, toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique, dépendance pour les actes de la vie quotidienne et régimes restrictifs. Ces diverses situations doivent alerter le professionnel de santé, l'entourage et conduire à un diagnostic de dénutrition. Ces données doivent se traduire dans notre cas d'étude, par le fait que les médecins devraient systématiquement chercher à dépister un état de dénutrition quand le sujet malade est âgé de 70 ans. Or, la principale difficulté est qu'il n'y a pas de définition universellement acceptée de la dénutrition.

En effet, la dénutrition, dans sa dimension physiologique, désigne, d'après le dictionnaire de Littré, une « désassimilation », autrement dit, un phénomène par lequel les constituants de la matière vivante se séparent de l'organisme pour devenir des résidus. Au plan clinique, les conséquences de cette absence de diagnostic sont importantes, car si l'on n'identifie pas la dénutrition, il n'y aura pas d'indication pour

---

<sup>1</sup> HAS, Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, 2007. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition\\_personne\\_agee\\_2007\\_-\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf). (consulté le 01 mars 2015).

débuter les soins nutritionnels. Dans le cas présent, l'absence du diagnostic de dénutrition pour M. Dn risque d'aggraver son état nutritionnel et par conséquent, d'augmenter sa morbi-mortalité. Il risque ainsi de voir sa pathologie de base (la pneumopathie) s'aggraver, sa convalescence se prolonger et sa qualité de vie affectée. Les dépenses économiques du système de santé seront également augmentées. Les implications cliniques de la dénutrition sont bien connues (Figure 3).



**Figure 3. Impact de la dénutrition<sup>1</sup>.**

Quant à la morbidité, celle-ci augmente en raison d'une altération de la fonction immunitaire, la diminution de la cicatrisation et la diminution dans la fonctionnalité de l'individu. Les études ont montré une corrélation entre le degré de dénutrition et le risque de complications infectieuses et non infectieuses chez le malade opéré. La dénutrition a été identifiée comme un facteur favorisant l'apparition d'ulcères de pression et associée à un mauvais pronostic chez les patients atteints de maladies chroniques telles que l'insuffisance cardiaque et la broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Une conséquence bien connue de la dénutrition est l'altération de la fonction musculaire avec, par la suite, l'altération de la fonctionnalité. L'augmentation de la morbidité entraîne une augmentation du séjour à l'hôpital. Concernant la mortalité, la dénutrition a été associée à un taux majeur de mortalité dans les maladies chroniques (VIH/SIDA, maladies hépatiques, insuffisance rénale, cancer,

<sup>1</sup> K. Norman, C. Pichard, H. Lochs, M. Pirlich, « Pronostic impact of disease-related malnutrition », *Clinical Nutrition*, op.cit., p.5-15

BPCO) et aiguës (AVC, fracture de la hanche, chirurgies cardiaques et thoraciques). Les malades en réanimation atteints de dénutrition sont ceux dont le pronostic est le plus mal défini et dont le taux de survie est le plus faible (un plus mauvais pronostic et un moindre taux de survie<sup>1</sup>)

### 2.1.2 La question éthique

Les enjeux ne sont pas uniquement cliniques et socioéconomiques, mais ils sont aussi éthiques. Pour aborder ce point, il convient de partir de la relation entre le médecin et le patient. L'engagement moral qu'implique cette relation repose sur la confiance mutuelle. En effet, cette relation entre personnes singulières est unique. Le « noyau éthique » de cette rencontre est, selon Ricœur, un « pacte de soin basé sur la confiance »<sup>2</sup> et la confidentialité. Si au départ cette relation semble être dissymétrique – entre celui qui sait et celui qui souffre – les conditions finissent par s'égaliser par des démarches propres au patient et au médecin. D'une part, le patient exprime dans un « acte de langage » sa souffrance décrite dans une plainte liée à tel ou tel symptôme. Cette souffrance retrace son histoire personnelle. Cette plainte devient alors une demande (de guérison, de santé), adressée à un médecin en particulier. La demande s'accompagne d'une promesse, celle d'observer le protocole du traitement proposé. D'autre part, le médecin, dans les phases de l'établissement du pacte de soin, passant par l'admission du patient, la formulation du diagnostic et la prescription, égalise les conditions du départ en associant le malade à la prise de décision. Le médecin s'engage ainsi à suivre le patient. Un engagement moral est alors établi entre les deux parties, ce qui les conduit chacune à respecter les termes du pacte pour lutter contre un ennemi commun : la maladie. Autrement dit, cet accord bilatéral qu'impliquent deux promesses - de soigner le malade et pour ce dernier d'observer le traitement - est au fondement de la relation du premier niveau.

La formulation du diagnostic est une étape fondamentale qui permet cet engagement et le traitement qui s'ensuit. A partir du diagnostic, le médecin émet une « indication médicale », qui conduit à entreprendre une activité thérapeutique (prévenir, guérir et

---

<sup>1</sup> K. Norman, C. Pichard, H. Iochs, M. Pirlich, « Pronostic impact of disease-related malnutrition », *Clinical Nutrition*, *op.cit.*

<sup>2</sup> P. Ricœur, « Les trois niveaux du jugement médical », *op.cit.*, p. 230.

soigner<sup>1</sup>) et ainsi à lutter contre la maladie et la souffrance. Comme nous l'avons étudié lors de la première partie de cette étude, la nutrition clinique concerne l'utilisation de la nutrition artificielle (nutrition parentérale, entérale et les compléments oraux) et cela dans le cadre d'une problématique particulière : la malnutrition et les altérations du métabolisme propre aux maladies. Il s'agit donc de réaliser le diagnostic de la dénutrition pour ensuite poser l'indication à une thérapeutique nutritionnelle. Le traitement, que le patient s'engage à observer, est donc sensé répondre à la plainte du patient. Un diagnostic approprié semble nécessaire pour que les conditions du départ de ce pacte de soin soient alors remplies. Or, dans le cadre de notre étude, une difficulté se présente : la dénutrition chez le malade adulte est souvent méconnue et non diagnostiquée. Cela s'explique, d'une part, par le manque de reconnaissance de la nutrition comme une discipline concernant les médecins et de ce fait, elle n'est pas suffisamment enseignée dans les facultés de médecine, d'autre part, cela est dû aux difficultés nosologiques concernant la dénutrition<sup>2</sup>.

Depuis le XIXème siècle, comme nous l'avons étudié dans la première partie de notre étude, la dénutrition n'est pas une préoccupation propre à la pratique clinique. Malgré les progrès scientifiques considérables concernant sa physiopathologie et les possibilités thérapeutiques, elle est considérée comme une problématique qui n'est pas propre au clinicien. Le clinicien se sent aussi moins concerné parce que mal formé. Plusieurs études ont montré des résultats qui suggèrent que les malades hospitalisés ne bénéficient pas d'un niveau optimal de prise en charge nutritionnelle en raison du manque d'entraînement et d'intérêt des cliniciens. En conséquence, la dénutrition est un problème sous-diagnostiqué car très souvent méconnu dans la pratique de la clinique<sup>3</sup>.

Compte tenu de ces éléments, il n'y a pas, à ce jour, de définition générale de la dénutrition<sup>4</sup>. Le tableau 2 montre les résultats de 5 consensus d'experts publiés depuis

---

<sup>1</sup> A.R. Jonsen, M. Siegler, W.J. Winslade, *Clinical Ethics, A practical approach to ethical decision in clinical medicine*, 7th Edition, New York, McGraw-Hill, 2010, p. 9.

<sup>2</sup> Nous considérons pour la thèse, d'après les définitions de l'OMS, que la malnutrition est un état englobant divers états possibles tels que la dénutrition, le surpoids, l'obésité, etc.

<sup>3</sup> J. Kondrup, N. Johansen, L.M. Plum, et al., «Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals » *Clinical Nutrition* 2002, vol. 21, p. 461–8. K. Norman, C. Pichard, H. Lochs, M. Pirlich. «Pronostic impact of disease-related malnutrition», *Clinical Nutrition, op.cit.*

<sup>4</sup> Nous allons utiliser le terme de dénutrition et non celui de malnutrition, parce que nous considérons que la malnutrition est un terme plus vaste qu'implique également l'obésité, les carences et autres syndromes comme la sarcopénie.

2010, concernant la définition et ces critères du diagnostic<sup>1</sup>. En premier lieu, force est de constater que, malgré les efforts des sociétés savantes Nord-américaines et Européennes, nous n'arrivons pas à un consensus général. Nous observons, en premier lieu, que la malnutrition (*malnutrition*) est conçue soit comme un synonyme de la dénutrition (*undernutrition*), soit comme un terme plus général englobant la dénutrition, la surnutrition et d'autres états pathologiques comme la sarcopénie et la cachexie. Lors du récent consensus sur le diagnostic et la classification de la dénutrition d'ESPEN publié en juin 2015, les experts n'ont pas atteint de décision consensuelle à propos de l'utilisation de ces termes. Ils ont utilisé néanmoins, à effet de la publication de l'article, le terme « *malnutrition* ». Jensen et ses collaborateurs proposent une classification fondée sur l'approche étiologique qui tient compte de l'absence ou de la présence d'inflammation et du type de maladie associée (aiguë ou chronique). Il s'agit de connaître l'origine de la dénutrition. La dénutrition peut ainsi être étudiée comme étant liée à la famine (*starvation-related malnutrition*), à une maladie chronique (*chronique disease-related malnutrition*) ou à une maladie aiguë ou à des blessures (*acute disease or injury-related malnutrition*).

---

<sup>1</sup> J.M.M. Meijers, M.A.E. van Bokhorst-de van der Schueren, J.M.G.A. Schols, P. B. Soeters, R.J.G. Halfens, «Defining malnutrition: Mission or mission impossible », *Nutrition*, 2010, vol. 26, p. 432–440. GL Jensen, Mirtallo J, Compher C, Dhaliwal R, Forbes A, Grijalba RF, et al. «International consensus guideline committee. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International consensus guideline Committee», *Clin Nutr*, 2010, vol. 29, p.151e3. White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M. Academy malnutrition work Group; A.S.P.E.N. Malnutrition task force; A.S.P.E.N. Board of Directors. «Consensus statement: academy of nutrition and dietetics and american society for parenteral and enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition) », *J Parenter Enter Nutr*, 2012, vol. 36, p.275e83. GL. Jensen, Ch. Compher, DH. Sullivan and GE. Mullin, «Recognizing Malnutrition in Adults: Definitions and Characteristics, Screening, Assessment, and Team», *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 2013, vol. 37, p.802-807. L. Valentini, Volkert D, Schütz T, Ockenga J, Pirlich M, Druml W, Schindler K, Ballmer PE, Bischoff SC, Weimann A, Lochs H, «Suggestions for terminology in clinical nutrition», *e-Espen Journal*, 2014, vol. 9, p. 97e108. T. Cederholm, I Bosaeus, R Barazzoni, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, Caritoli M, Nyulasi I, Ockenga J, Schneider SM, de van der Schueren MAE, Singer P, «Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement», *Clin Nutr*, 2015, vol. 34, p.335-340.



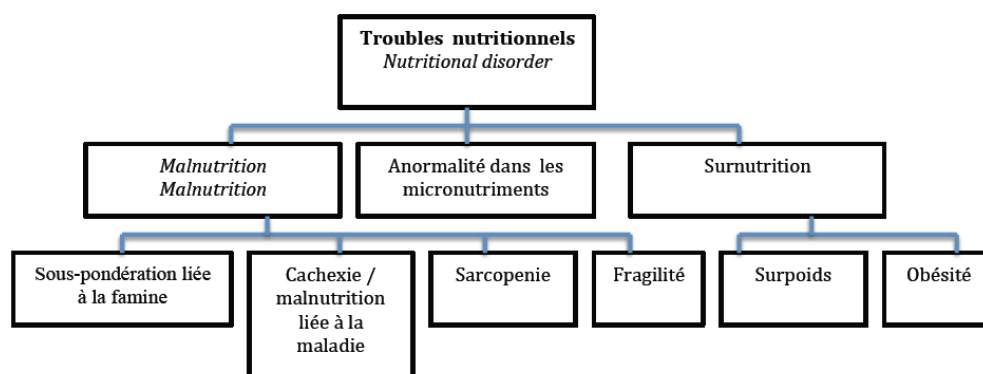
Tableau 2. Définitions et critères diagnostiques de dénutrition

Définition de la malnutrition	Critères diagnostics
Meijers JM, 2010.	
<p>La malnutrition englobe la sous-alimentation et la suralimentation en combinaison avec l'activité inflammatoire.</p> <p>Les critères qui définissent mieux la dénutrition sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la déficience énergétique et protéique ;</li> <li>2. la diminution de la masse maigre ;</li> <li>3. l'inflammation et l'altération dans la fonction.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La perte involontaire de poids.</li> <li>2. L'IMC.</li> <li>3. La prise alimentaire.</li> </ol> <p>Toutefois, aucun consensus n'a été atteint sur les valeurs seuils de ces mesures.</p> <p>Cette étude montre qu'il n'y a pas d'accord entre experts sur les éléments qui définissent et permettent de réaliser le diagnostic de la dénutrition.</p>
Jensen GL, 2010.	
<p>La malnutrition liée à la maladie est la malnutrition causée par la maladie ou des symptômes de la maladie.</p> <p>Elle est subdivisée en trois catégories en fonction de l'étiologie :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la malnutrition liée à la famine - ex. Anorexie nerveuse ;</li> <li>2. la malnutrition liée à la maladie chronique ; - avec inflammation chronique et d'intensité légère à modérée ; - ex. cancer, obésité sarcopenie,</li> <li>3. la malnutrition liée à la maladie aiguë ou au trauma ; - avec inflammation aiguë et de degré sévère ; - ex. patients brûlés, ou traumatisme physique.</li> </ol>	<p>Le développement de critères biologiques, fonctionnels et cliniques, qui peuvent être utilisés dans la pratique clinique de routine nécessitera de la validation.</p>
Jensen GL 2013.	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Un apport énergétique insuffisant.</li> <li>2. Perte de poids non intentionnelle (peut survenir à n'importe quel IMC).</li> <li>3. L'examen physique : La perte de masse musculaire, perte de graisse sous-cutanée...</li> <li>4. La fonction physique diminuée : force poignée main, SPPB (Short Physical Performance Battery) chez les personnes âgées.</li> </ol>
White JV, 2012.	
<p>La malnutrition est synonyme de dénutrition et considérée comme un déséquilibre nutritionnel.</p>	<p>La dénutrition doit se diagnostiquer par la présence de 2, ou plus, des critères suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. un apport énergétique insuffisant ;</li> <li>2. une perte de poids ;</li> </ol>

<p>L'auteur propose une nomenclature fondée sur l'approche étiologique qui incorpore une compréhension actuelle du rôle de la réponse inflammatoire sur l'incidence, la progression et la résolution de la malnutrition.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. une perte de la masse musculaire ;</li> <li>4. perte de graisse sous-cutanée ;</li> <li>5. l'accumulation de fluide localisée ou généralisée peut parfois masquer la perte de poids ;</li> <li>6. un état fonctionnel diminué.</li> </ol>
<p>Valentini L 2014.</p>	
<p>La malnutrition liée à la maladie est la malnutrition causée par la maladie ou par les symptômes de la maladie. Elle est subdivisée en trois catégories en fonction de l'étiologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La malnutrition liée à la famine (dénutrition). Par exemple, chez les personnes qui reçoivent un traitement médical, elle se caractérise principalement par la réduction de l'apport énergétique et des autres nutriments. Il n'y a pas d'inflammation. Entrent également dans cette catégorie les patients souffrant de la malabsorption et une mauvaise digestion, alors qu'ils n'ont pas d'inflammation et que leurs apports énergétiques peuvent être normaux.</li> <li>- La malnutrition liée à la maladie chronique.</li> <li>- La malnutrition liée à la maladie aiguë.</li> </ul>	<p>Terminologie :</p> <p>Conditions nutritionnelles :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Malnutrition liée à la maladie. <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Malnutrition liée à la famine ou « Dénutrition ». <ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC &lt; 18.5 kg/m<sup>2</sup> (&lt;65 ans) ou</li> <li>• &lt; 20.0 kg/m<sup>2</sup> (&gt;§5 ans).</li> </ul> </li> <li>Considérée comme « Importante » si présente 7 critères supplémentaires. (voir dans le texte)</li> <li>1.2 Malnutrition chronique liée à la maladie <ul style="list-style-type: none"> <li>Présence de 7 critères ou</li> <li>• Réduction de la masse musculaire : &lt; 10 percentile de la masse musculaire du bras ou</li> <li>• &lt; 80% de l'index créatinine/taille, ou</li> <li>• signes d'activité inflammatoire (scores des maladies spécifiques ou concentrations sériques de CRP élevée)</li> </ul> </li> <li>1.3 Malnutrition liée à la maladie aiguë <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réponse inflammatoire aiguë pendant la maladie grave ou le trauma</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2. La cachexie. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non réversible par le support nutritionnel</li> </ul> </li> <li>3. La sarcopénie. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution de la force et de la masse musculaire (il y a ou moins 6 autres consensus proposant des critères)</li> </ul> </li> <li>4. Carences en nutriments spécifiques.</li> <li>5. Syndrome de dénutrition.</li> </ol>
<p>Cederholm T 2015.</p>	
<p>La malnutrition est un état résultant du manque d'absorption ou de l'apport de la nutrition conduisant à la modification de la composition corporelle (diminution de la masse maigre) et de la masse cellulaire. Cela entraîne une diminution des fonctions physiques et mentales. Cela a pour conséquence l'altération des résultats cliniques. (D'après Sobotka 2012)</p> <p>Les possibles causes de malnutrition sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la famine</li> <li>2. la maladie</li> <li>3. le vieillissement</li> </ol>	<p>Deux façons de diagnostiquer la malnutrition.</p> <p>Alternative 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC &lt; 18,5 kg / m<sup>2</sup></li> </ul> <p>Alternative 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La perte de poids (involontaire) &gt; 10 % de temps indéfini, ou 5 % au cours des 3 derniers mois combinés avec soit</li> <li>• IMC &lt; 20 kg / m<sup>2</sup> si &lt; 70 ans ou &lt; 22 kg / m<sup>2</sup> si &gt; 70 ans ou</li> <li>• Index de Mass Maigre (IMM) &lt; 15 et 17 kg / m<sup>2</sup> chez les femmes et les hommes, respectivement.</li> </ul> <p>Le « risque » nutritionnel doit être évalué chez tous les malades.</p>

Le consensus le plus récent (de Cederholm et de ses collaborateurs de l'ESPEN) associe une définition de la dénutrition (*malnutrition*) dans une autre approche à celle de

la thérapeutique. Il ne s'agit pas de connaître l'origine de la dénutrition, mais de savoir « à quel point la dénutrition interfère avec les fonctions physiques et mentales de la personne et à quel point le support nutritionnel fait la différence »<sup>1</sup>. Le but est de donner une classification de la dénutrition qui soit valable pour tous les individus, peu importe la cause de l'état de dénutrition, (i.e. la famine ou le jeûne, la maladie aiguë ou chronique, le vieillissement). Ils prétendent ainsi donner une définition semblable aux « diagnostics généraux » comme « l'anémie » afin d'intégrer la classification internationale d'ICD 10. Comme tous les diagnostics généraux, ceux-ci ont besoin d'être élaborés ou organisés en sous-diagnostics pour « indiquer leurs étiologies afin de faciliter le meilleur traitement »<sup>2</sup>. Ainsi, ce consensus fournit un arbre conceptuel où la sous-pondération liée à la famine, la malnutrition liée à la maladie (cachexie) et la sarcopénie sont comprises dans la « malnutrition ». La malnutrition est, comme l'obésité et les carences en micronutriments, partie intégrante des « Troubles nutritionnels » (*Nutritional Disorders*) (Figure 4).



**Figure 4. L'arbre conceptuel de la malnutrition<sup>3</sup>.**

De ce point de vue, la sous-pondération liée à la famine, résulte d'un déséquilibre entre apports et besoins protéino-énergétiques, ce qui entraîne des pertes tissulaires et comporte des conséquences fonctionnelles délétères. La cachexie et la sarcopénie, liées

<sup>1</sup> L. Sobotka, *Basics in clinical nutrition*, Prague, Galén, 2012.

<sup>2</sup> T. Cederholm, I. Bosaeus, R. Barazzoni, et al., «Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement», *Clin Nutr*, 2015, *op.cit.*, p.339.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p.340.

à la réponse métabolique face à l'agression ou au stress, résultent à la fois d'une réponse endocrine et d'une réponse immuno-inflammatoire. Elles vont induire une augmentation des besoins qui peut être interprétée comme une adaptation ou une défense de l'organisme. Ainsi, par exemple, l'organisme puisera dans son capital protéique pour produire le glucose nécessaire, par exemple, pour les cellules immunitaires. La réponse métabolique est différente (faible anabolisme versus augmentation du catabolisme), ce qui conduit à adopter des stratégies thérapeutiques différentes, en favorisant par exemple l'anabolisme ou en luttant contre la résistance à l'anabolisme et l'hypercatabolisme<sup>1</sup>.

En deuxième lieu, il n'y a pas de consensus sur les seuils susceptibles de définir des critères pour diagnostiquer la dénutrition. Dans un premier temps, Meijers et Jensen proposent, certes, trois critères mais sans donner de « valeurs seuils ». Par la suite, en 2013, ils établissent quatre grands critères qui incluent, en plus de ces 3 critères, la diminution de la fonction physique. En 2014, Valentini et ses collaborateurs élargissent à sept les critères nécessaires pour considérer que la dénutrition liée à la famine est potentiellement dangereuse. Ces critères sont :

1. l'apport énergétique réduit de <75 % des besoins énergétiques calculés pendant 1 mois ;
2. l'indice de masse corporelle, <18 kg/m<sup>2</sup> si <65 ans ou <20 kg/m<sup>2</sup> si >65 ans ;
3. la perte de poids involontaire, >10 % le 3 à 6 mois précédents si <65 ans ou >5 % si > 65 ans ;
4. IMC <20 kg/m<sup>2</sup> et perte de poids involontaire, >5 % le 3 à 6 mois (<65 ans) ;
5. l'indication de Nil per os médicale (NPO) ;
6. l'épaisseur du pli tricipital et la perte de poids involontaire, <10 percentile ;
7. le marqueur biologique : l'albumine sérique <30g/dl pour les malades de chirurgie.

En 2015, Cederholm et ses collaborateurs présentent, de manière plus simple, deux options, la première considérant uniquement l'IMC, la seconde mettant au jour trois

---

<sup>1</sup> JP. De Bandt, « Understanding the pathophysiology of malnutrition for better treatment », *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 2015, vol. 15, p. 27-9.

critères qui incluent un indicateur de composition corporelle et un indice de masse maigre (IMM). Tout compte fait, force est de reconnaître qu'il n'y a pas d'homogénéité entre les « valeurs diagnostics », ce qui conduit à une certaine confusion pour les cliniciens qui se perdent dans cet amas de critères. A l'absence de définition consensuelle, de terminologie homogène et de critères robustes, il faut ajouter le fait qu'aucun de ces consensus ne définit rigoureusement la dénutrition. Elle est considérée comme un « état » qui augmente la probabilité statistique de développer une pathologie ou de souffrir d'un traumatisme, ce qui la réduit à un facteur de risque. La question est de savoir si, au-delà de cette approche, la dénutrition doit être considérée comme une maladie. Autrement-dit, faut-il conférer le statut de « maladie » à la dénutrition comme cela a été le cas pour l'obésité<sup>1</sup> ? Quels arguments scientifiques justifient le fait de classer la dénutrition parmi les maladies ? Ce questionnement, nous pouvons l'inscrire dans le débat actuel sur la définition de maladie pour montrer la complexité du débat. En effet, définir une entité comme étant une maladie, a des implications, non seulement sur la pratique de la clinique, mais également sur les décisions éthiques, politiques et sociales.

Le cas de notre étude illustre bien ce problème. Face à la situation de M Dn, deux situations sont possibles. En suivant la pratique courante prédominante, on considèrera la pneumopathie comme le diagnostic principal de M. Dn en ignorant son état de dénutrition. Ou bien, on considèrera que le patient, atteint de pneumopathie, souffre également de dénutrition<sup>2</sup>. L'évolution du patient n'est pas envisagée de la même manière selon ces deux options. Du coup, quelles conséquences éthiques entraîne l'absence de ce diagnostic ? Nous considérons que l'enjeu éthique de la reconnaissance d'un tel statut est considérable dans la mesure où le diagnostic approprié de la dénutrition serait la condition qui permettrait l'engagement du médecin et du patient dans le pacte de soins et par suite, le soin nutritionnel. De notre point de vue, définir et diagnostiquer la dénutrition comme maladie pourrait avoir des conséquences sur les trois niveaux du jugement médical, sur la relation patient-médecin, sur le plan déontologique et relativement sur le coût de la santé.

---

<sup>1</sup> L'obésité a été reconnue comme maladie chronique par l'OMS depuis 1997 et en 2013 par l'*American Medical Association* (AMA), la plus grande association de médecins des Etats Unis.

<sup>2</sup> Dans le spectre de la dénutrition, la notion de « risque de dénutrition » est essentielle. Cederholm et ses collaborateurs proposent que ce diagnostic puisse rentrer dans la classification des maladies, ICD 10.

Si la dénutrition est considérée comme une « maladie », le patient se verra comme souffrant de dénutrition, et le médecin sera dans l'obligation de mettre tout en œuvre pour le guérir de cette maladie. Cependant, la plupart des malades qui souffrent de dénutrition reconnaissent la situation mais ne l'identifient pas comme une maladie. Le Pr E. Fontaine, président de la Société Française de Nutrition Entérale et Parentérale (SFNEP) décrit cela dans un éditorial récent :

« Les patients et leurs familles se sentent, au contraire, (face à l'indifférence générale de nos confrères non nutritionnistes, de nos administrations et de nos tutelles) très concernés (par la dénutrition). Parfois, tellement inquiets de cette “chute libre” dont ils perçoivent bien la fin, certains malades redoutent de se peser<sup>1</sup>. »

En conséquence, les malades ne demandent pas aux médecins de soigner leur dénutrition. Ils ne vont pas demander d'être placés en nutrition artificielle, car ni eux ni leurs familles, ne connaissent l'existence ou l'efficacité de ce traitement. L'absence de nutrition chez les malades à l'hôpital est alors perçue presque comme normale. Or, la dénutrition n'est pas une fatalité, elle peut être prévenue et guérie dans la majorité des cas. La reconnaissance par le patient et le médecin de cet état comme étant une maladie, et la nécessité d'établir un diagnostic et un traitement s'avèrent essentielles dans la relation médecin-patient. Ils pourront s'engager l'un et l'autre à lutter contre cette maladie. Cependant, comme le souligne E. Fontaine dans l'éditorial :

« Combien d'entre eux (les malades), durant leurs parcours de soins, auront la chance de rencontrer un nutritionniste avant qu'il ne soit trop tard?<sup>2</sup>. »

Certains principes éthiques sont en jeu ici. Le *principe de bienfaisance*<sup>3</sup>, entendu comme l'obligation morale d'agir pour le bien d'autrui, n'est pas respecté. Pourrait-il s'agir alors d'un manque de compétences ? Une des causes de ce problème renvoie à la formation des médecins et au nombre réduit de spécialistes de la nutrition. Cette question sera traitée dans la troisième partie de notre thèse. En outre, si on l'évalue sur le plan médical, en considérant le rapport entre les risques et les bénéfices pour le patient, l'évidence scientifique montre clairement l'utilité de diagnostiquer la dénutrition. Si l'on tient compte du fait que le diagnostic de dénutrition implique aussi une économie sur le système de santé, il est nécessaire de dépister et de diagnostiquer

---

<sup>1</sup> E. Fontaine, « La lettre du président : maigrir, c'est mourir », *Nutrition Clinique et métabolisme*, 2015, vol. 29, p.1.

<sup>2</sup> *Ibid.* p.2.

<sup>3</sup> T. Beauchamp, J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, *op.cit.*, 197

systématiquement le malade. Enfin, le *principe d'autonomie*, qui renvoie à la reconnaissance de la valeur de la décision personnelle est également en jeu. Le malade n'ayant pas les informations complètes sur son état de santé ne pourra pas décider, en connaissance de cause, de son traitement. Outre cette atteinte à l'autonomie, au principe de bienfaisance et à celui de justice, peut-on considérer que le patient malade et dénutri soi considéré comme particulièrement vulnérable ?

### 2.1.3 La dénutrition comme vulnérabilité

La notion de vulnérabilité est au cœur de la réflexion en éthique médicale et permet d'accompagner la réflexion sur le principe d'autonomie. Il s'agit de considérer le patient non seulement comme un sujet autonome, mais également comme un être vulnérable. Cela implique que les êtres sont fragiles et qu'ils ont besoin d'autrui. Il est possible, dans certaines situations, que nous ne puissions pas les concevoir comme des êtres totalement autonomes. Ainsi, en plus de reconnaître les individus comme des êtres rationnels, il est aussi nécessaire de les reconnaître<sup>1</sup> dans leur corporéité et comme des êtres soumis à des besoins<sup>2</sup>. La notion de vulnérabilité va de pair avec la reconnaissance de notre responsabilité à l'égard de tout être vivant qui souffre et qui expérimente la passivité, le fait que la vie est marquée par le malgré soi<sup>3</sup>. Il s'agit d'une :

« Responsabilité fondamentale de l'homme, par sa fragilité de vivant et par son privilège de connaissance qui l'ouvre à la complexité du réel, à la dimension éthique de son rapport à l'autre, à tout autre, et au devoir être de son droit<sup>4</sup>. »

Du coup, le sens éthique le plus profond de la vulnérabilité implique l'engagement de la responsabilité envers autrui, le « souci de l'autre ». La vulnérabilité implique : « la responsabilité pour l'autre et elle signifie le besoin que nous avons de l'autre »<sup>5</sup>. Avant d'interroger la pratique de la nutrition clinique sous cette perspective (cas n° 2), il est nécessaire de définir la dénutrition comme vulnérabilité.

---

<sup>1</sup> Les animaux aussi, mais cela sort de notre champ de réflexion.

<sup>2</sup> N. Maillard, *La vulnérabilité : une nouvelle catégorie morale ?* Genève, Labor et Fides, 2011, p. 163

<sup>3</sup> C. Pelluchon, *Eléments pour une éthique de la vulnérabilité, les hommes, les animaux, la nature*, Paris, Cerf, 2011. C. Pelluchon, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, Paris, PUF, 2009.

<sup>4</sup> C. Pelluchon, *Eléments pour une éthique de la vulnérabilité, les hommes, les animaux, la nature*, Paris, Cerf, *op.cit.*, p. 42.

<sup>5</sup> *Ibid.*

La dénutrition est cette condition fragilisante qui implique la perte de masse, de tissus corporels et de fonctionnalité, ce qui peut conduire à des altérations de l'état psychologique et augmenter la morbi-mortalité. Au-delà de l'impact de la dénutrition sur la morbi-mortalité des patients, il est aussi fondamental de questionner ses effets sur la qualité de vie. Les conclusions des diverses études que nous avons analysées ont montré que la qualité de vie est significativement réduite chez les individus souffrant de dénutrition<sup>1</sup>. Ainsi, la relation entre dépression et dénutrition chez la personne âgée est bidirectionnelle. La dépression favorise la dénutrition et la dénutrition entraîne la dépression, ce qui a un impact sur la qualité de vie. La dénutrition implique dans sa dimension physiologique, une « désassimilation », autrement dit, un phénomène par lequel les constituants de la matière vivante se séparent de l'organisme pour devenir des résidus. Un malade dénutri perd du poids, s'affaiblit, ce qui conduit à une altération de son schéma corporel, visible par autrui. Quelles sont les conséquences de ce phénomène sur la personne elle-même ?

L'intégrité<sup>2</sup> de la personne d'après Kemp :

«définit ces aspects de la vie humaine qui constituent son identité personnelle et qui, pour cette raison, ne devraient pas être manipulés ou détruits<sup>3</sup>. »

Il y a ainsi deux dimensions de l'intégrité : la dimension psychologique incluant les raisons, les valeurs, les convictions, les désirs, les motifs et les choix des personnes, et la dimension physique qui concerne le corps. La dénutrition affecte ces deux dimensions qui, pourtant, deviennent des zones intouchables qui requièrent le consentement de la personne pour toute intervention<sup>4</sup>. Le respect de l'intégrité de la personne peut se confondre avec le respect de l'autonomie si la personne est capable de prendre de décisions de façon autonome. Cependant, lorsque les conditions de l'autodétermination sont compromises, il s'agit également de respecter l'intégrité du sujet, en respectant ses habitudes, ses souhaits, ses désirs. L'idée d'intégrité est liée à

---

<sup>1</sup> C. Smoliner, K. Norman, KH. Wagner, W. Harting, H. Lochs, M. Pirlich, « Malnutrition and depression in the institutionalised elderly », *Br J Nutr.*, 2009 vol. 11, p.1663-7. S. Keshavarzi, SM. Ahmadi, KB. Lankarani, « The Impact of Depression and Malnutrition on Health-Related Quality of Life Among the Elderly Iranians », *Global Journal of Health Science*, 2015, vol. 7, p.161-170.

<sup>2</sup> Intégrité : ce terme se définit soit comme la totalité ou l'unité ou la cohérence d'un objet, d'un organisme vivant ou d'un système, mais aussi un sens littéral, peut signifier ce qu'il ne faut pas endommager (du latin *tangere* toucher).

<sup>3</sup> P. Kemp, « Quatre principes éthiques : l'autonomie, la dignité, l'intégrité, la vulnérabilité », *Le discours bioéthique*, Paris, Cerf 2004, p. 119.

<sup>4</sup> N. Maillard, *La vulnérabilité : Une nouvelle catégorie morale ? op.cit.*, p. 160.



celle de dignité comprise comme principe universel qui concerne tous les êtres humains, capables ou non de s'autodéterminer. Il y a ainsi un rapport direct entre l'intégrité, la dignité et l'état nutritionnel<sup>1</sup>.

Ainsi, dans le cas que nous étudions, Monsieur Dn. est souffrant et a perdu 8 Kg avant l'hospitalisation. Son corps est affaibli, sa fonctionnalité est atteinte. Nous ne disposons pas d'information à propos de son état psychologique et il aurait été nécessaire de s'interroger à propos de cela et de l'impact de sa dénutrition sur sa qualité de vie. Monsieur Dn est vulnérable parce que, d'une part, son intégrité est atteinte et, d'autre part, il est fragilisé en raison de sa situation de dépendance. Cela s'explique parce qu'il est affaibli et qu'il a besoin de comprendre sa situation et il a besoin aussi du savoir-faire des autres, notamment des médecins, pour l'aider à aller mieux.

Ainsi, la dénutrition implique pour les patients, au même titre qu'une maladie, la perte de contrôle de son corps, des processus vitaux assurant la santé et l'autonomie. La maladie:

« Oblige à des changements drastiques dans le style de vie, affecte profondément l'identité du malade, l'image qu'il a de lui-même et celle que les autres ont de lui. Se fixant des objectifs plus modestes que ceux qu'il avait lorsqu'il travaillait ou avait une vie sociale bien remplie, visant maintenant le contrôle de la douleur, le changement de régime ou d'activité physique, la récupération de certaines fonctions, le malade constate que son corps, cet ami de toujours, ne lui obéit plus<sup>2</sup>. »

Un corps rendu vulnérable par la dénutrition, par la maladie, implique au-delà de l'affaiblissement physique et de la possibilité de perdre la vie, la perte de l'autonomie :

« Son corps le gêne, il est devenu un obstacle à son action autonome, à son désir de poursuivre les objectifs qu'il s'était fixés. Plus profondément encore que la perte du contrôle de son corps, la maladie désigne l'état d'une « humanité blessée », d'une personne « compromise dans sa capacité fondamentale à gérer sa propre vulnérabilité ». Son autonomie est brisée. Par ce que le malade doit s'en remettre à un autre pour savoir ce qu'il a et comment s'y prendre pour guérir, il est dépendant<sup>3</sup>. »

Dans le cas de la dénutrition cela est encore plus grave, car personne n'identifie son état, on ne le diagnostique pas. Il est donc doublement vulnérable.

---

<sup>1</sup> Voir par la suite l'étude de cas n° 3.

<sup>2</sup> C. Pelluchon, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie, op.cit.*, p. 38-39.

<sup>3</sup> *Ibid.*

Ce qui est particulier ici, c'est le fait que la dénutrition conduit à la nécessité d'une alimentation artificielle ou recommandée par autrui. L'homme perd sa capacité de *se nourrir* par lui-même. Il est alors dépendant d'un soignant, de ses capacités techniques et scientifiques, mais aussi de ses qualités morales pour subvenir à ce besoin vital qui est *se nourrir*. D'ordinaire, nous savons ce que nous devons manger. Ici, le malade doit s'en remettre à quelqu'un pour savoir ce qui lui manque (nutriments) et comment pallier ses carences.

Nous avons évoqué les conséquences biologiques et économiques de l'absence de diagnostic de la dénutrition. Sur le plan éthique, ne pas reconnaître cette vulnérabilité particulière, c'est nier alors la responsabilité du médecin de la soigner, de nourrir le malade. Cette responsabilité de fournir les besoins individuels et spécifiques en nutriments à chaque malade incombe au médecin. Or, l'enjeu pour ce dernier est tout d'abord d'assurer un diagnostic approprié de la dénutrition, pour ensuite assurer ce besoin vital. L'éthique de la vulnérabilité permettrait ainsi de réfléchir au moyen de savoir comment le support nutritionnel qui suit le diagnostic de dénutrition, est censé répondre à cette vulnérabilité et comment le « souci d'autrui » donne un sens éthique à la pratique de la nutrition clinique. Cela sera abordé dans le deuxième cas de notre thèse. Avant cela, il est indispensable de voir si au plan épistémologique on peut définir la dénutrition comme maladie.

#### **2.1.4 La dénutrition : maladie ou facteur de risque ?**

D'un point de vue terminologique, la dénutrition est régulièrement citée dans les publications scientifiques comme un facteur de risque. Est-il possible, d'un point de vue conceptuel, de la considérer comme une maladie ? Dans la pratique clinique, la dénutrition est rarement identifiée comme une maladie. Preuve de cela, la faible codification de la dénutrition, dans le système de tarification à l'activité (T2A)<sup>1</sup>.

Un facteur de risque est d'après l'OMS :

« Tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme<sup>2</sup>. »

---

<sup>1</sup> P. Crenn, « Le droit à la nutrition : un droit de l'homme à promouvoir et à défendre », *Nutrition Clinique et Métabolique*, 2009, vol. 23, p.172-181.

<sup>2</sup> [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/fr](http://www.who.int/topics/risk_factors/fr), consulté le 01 03 2015.

Parmi les facteurs de risque les plus importants, cités par cette organisation, il y a le « déficit pondéral » au même titre que les rapports sexuels non protégés, l'hypertension artérielle, la consommation de tabac ou d'alcool, l'eau non potable, l'insuffisance de l'hygiène ou de l'assainissement des équipements. L'analyse de ces situations en termes de « facteurs de risque » implique la détermination de seuils quantitatifs, fixés de manière plus ou moins arbitraire et qui relèvent d'une décision de santé publique. Les personnes exposées à ces facteurs de risque ne se sentent pas malades, mais elles sont l'objet d'un risque statistique objectif plus important pour tomber malades. L'outil statistique, comme l'affirme Fargot-Largeault, « teste la réalité d'une influence sans rien dire de sa nature »<sup>1</sup>. Or, la modification « arbitraire » de ces seuils de normalité, comme cela a été reconnu, a des conséquences sur la survie des individus.

La « norme pondérale » a été établie depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle par l'indice de masse corporel (IMC). L'IMC ( $IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$ ) décrit la distribution « normale » de la corpulence et ses extrêmes « anormaux ». Au XX<sup>ème</sup> siècle, une dimension médico-économique est conférée à ces valeurs. En se fondant sur ces références statistiques populationnelles, les compagnies d'assurance vont définir des valeurs pour les facteurs de risque afin de déterminer les niveaux de primes. Ainsi, les statisticiens de la *Metropolitan Life Insurance Company* établissent un lien entre la longévité et le poids. Dans ce cadre, l'obésité sera définie comme un excès de poids de 20 % par rapport au poids souhaitable, niveau exposant à des dépenses de santé accrues, et justifiant une prime d'assurance plus élevée. Sont ainsi identifiées les valeurs fixant le « poids idéal » ainsi que les autres facteurs tels que le tabagisme, l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle. Par exemple, l'OMS, en 1997, établit les valeurs normales entre 18 kg/m<sup>2</sup> et 25 kg/m<sup>2</sup> et définit l'obésité par un  $IMC > \text{ou} = 30 \text{ kg/m}^2$ , l'obésité sévère par un  $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ . En ce qui concerne la dénutrition, le seuil est établi pour des valeurs inférieures à 18 kg/m<sup>2</sup>.

Aujourd'hui, cet indice a une place prépondérante dans la pratique clinique, comme nous l'avons montré antérieurement. Il est présent comme critère principal dans les cinq consensus (Tableau 1). Voici ce qu'affirment R. J. Stratton et ses collaborateurs en 2003 concernant son importance :

---

<sup>1</sup> A. Fagot-Largeault, « Quelques implications de la recherche étiologique », *Sciences Sociales et Santé*, 1992, vol. 3, p. 33-45.

« Les valeurs seuils (de l'IMC) ont une importance fondamentale pour la science de la nutrition parce qu'elles déterminent l'incidence et la justification du traitement de la malnutrition<sup>1</sup>. »

Il convient de noter la persistance de l'IMC malgré les critiques à son encontre lorsqu'il est utilisé au niveau individuel. Cela exprime la nécessité de disposer d'un paramètre quantitatif, facile à mesurer. En effet, l'utilité de l'IMC est considérée aujourd'hui comme indiscutable pour les études populationnelles (mesure simple et peu coûteuse et valide que pour les « caucasiens ») mais cet outil rencontre des limites dans son application au niveau individuel<sup>2</sup> et cela pour plusieurs raisons. Son utilisation est fondée sur le mythe de l'homme moyen que nous avons déjà étudié dans la première partie de la thèse. Premièrement, l'IMC ne tient pas compte de la composition corporelle ni de la fonctionnalité de l'organisme, bien que ces critères soient fondamentaux dans la description de l'état nutritionnel. En effet, la valeur prédictive pour caractériser quantitativement la masse grasse ou la masse maigre au niveau individuel est faible. Pour un même IMC, la composition corporelle est variable. Par exemple, la sensibilité de l'IMC pour évaluer la masse grasse n'est que de 50 %, selon différents travaux<sup>3</sup>. Les sportifs de haut niveau peuvent avoir un IMC supérieur au seuil définissant l'obésité en raison non d'une augmentation de la masse grasse mais de la masse musculaire. Des variations de composition corporelle pour un même IMC peuvent se produire aussi bien à l'intérieure d'une population générale qu'entre différentes populations. Les populations asiatiques ont plus de masse grasse que les populations caucasiennes pour un même IMC. Dans la dénutrition, l'important est donc de déterminer la quantité de masse maigre et cela n'est pas possible avec l'IMC. Il a été démontré que des patients avec un IMC normal et un taux important de masse grasse (mesuré par Bioelectrical impédance, BIA) mais avec une perte de masse maigre, avaient un séjour hospitalier plus prolongé, ce qui suggère que l'IMC, pris tout seul,

---

<sup>1</sup> R.J. Stratton, C.J. Green, M. Elia, «Disease-related Malnutrition: An Evidence-based Approach to Treatment», *op.cit.*, p. 2.

<sup>2</sup> A. Basdevant, K. Clément, J.M. Oppert, « Vers de nouveaux phénotypes et de nouvelles nosographies : de l'obésité aux maladies du tissu adipeux », *Obésité*, 2013, vol. 8, p.234-243.

<sup>3</sup> T.V. Barreira, D.M. Harrington, A.E. Staiano, et al «Body adiposity index, body mass index, and body fat in white and black adults», *JAMA* 2011, vol. 306, p. 828–30. N.R. Shah, E.R. Braverman, «Measuring Adiposity in Patients: The Utility of Body Mass Index (BMI), Percent Body Fat, and Leptin», *PLoS One*, 2013, vol. 7, p.4; M.J. Müller, M. Lagerpusch, J. Enderle, et al «Beyond the body mass index: tracking body composition in the pathogenesis of obesity and the metabolic syndrome» *Obes Rev*, 2012, vol. 13 p.6–13; J. Gómez-Ambrosi, C. Silva, V. Catalán, et al «Clinical usefulness of a new equation for estimating body fat», *Diabetes Care*, 2012, vol. 35, p. 383–8.

n'est pas un bon outil pour détecter la dénutrition<sup>1</sup>. En outre, des études épidémiologiques récentes<sup>2</sup> montrent qu'un bon état de santé, entendu comme une morbi-mortalité basse, est compatible avec une plus large gamme des valeurs d'IMC. Ainsi, selon des études de méta-analyse, les personnes avec un IMC entre 30 et 35 kg/m<sup>2</sup> ont un taux de mortalité inférieur en comparaison avec les personnes normales. Il semblerait également que l'obésité est certainement un facteur impliqué dans les maladies cardiométaboliques et le cancer, mais la présence de l'obésité peut aussi protéger contre la mortalité une fois que ces maladies surviennent. Tel est le « paradoxe de l'obésité ».<sup>3</sup> Force est donc d'admettre qu'il ne faut pas considérer tous les patients ayant un IMC supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup> comme des malades et que tous les patients ayant un IMC inférieur à 18 kg/m<sup>2</sup> ne risquent pas de mourir de dénutrition.

Dans notre cas d'étude, M. Dn. est un sujet âgé, avec un IMC de 24,6 kg/m<sup>2</sup> au seuil de normalité et même proche du celui du surpoids. Ce patient peut être dénutri ou présente un risque de le devenir, même si l'IMC se situe dans la fourchette normale. Selon les recommandations de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées de la Haute Autorité Sanitaire en France,<sup>4</sup> pour un sujet âgé, l'IMC < 21 kg/m<sup>2</sup> indique un état de dénutrition. En effet, M. Dn a perdu 10,2% de son poids corporel en trois mois. Selon l'outil de dépistage du risque de dénutrition recommandé par ESPEN, le *NRS 2002*, il est classé comme étant à « haut risque nutritionnel » en raison de la perte de poids qu'il a subie, de son apport alimentaire réduit et de sa maladie (pneumonie). D'après les critères de Cederholm (Tableau 1), le patient n'est pas répertorié comme dénutri : il présente, certes, le premier critère de l'alternative 2, mais il n'existe pas d'information à propos de sa composition corporelle (masse maigre).

En l'absence d'informations concernant la composition corporelle, il n'est guère possible non plus de savoir si le patient est atteint de sarcopénie (diminution dans la fonctionnalité, de la force et de la masse musculaire), un syndrome fréquent chez les

---

<sup>1</sup> UG. Kyle, M. Pirlich, H. Lochs et al. «Increased length of hospital stay in underweight and overweight patients at hospital admission: a controlled population study», *Clin Nutr* 2005, vol. 24, p. 32-42.

<sup>2</sup> K.M. Flegal, « Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories », *JAMA*, 2013, vol. 309, p. 7.

<sup>3</sup> Il existe à ce jour de nombreuses controverses sur le « paradoxe de l'obésité ». D. Haslam, « Obesity in primary care: prevention, management and the paradox », *BMC Med*, 2014, vol. 12, p. 149.

<sup>4</sup> HAS, Recommandations de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées de la Haute Autorité Sanitaire en France.

[http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitration\\_personne\\_agee\\_2007\\_recommandations.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitration_personne_agee_2007_recommandations.pdf). (Consulté le 6 mars 2014).

patients âgés. En conséquence, en se fondant uniquement sur l'IMC pour établir un diagnostic de dénutrition, le risque qui se présente est celui d'une mauvaise classification des individus. Dans notre cas d'étude, M. Dn, selon cette analyse, n'est pas considéré comme dénutri ou « à risque » et, dans ce cas, selon toute vraisemblance, aucune intervention nutritionnelle ne lui sera proposée.

Au-delà du fait qu'elle peut augmenter un risque statistique pour d'autres maladies, la dénutrition est un état pathologique caractérisé par l'altération, d'une part, des paramètres anthropométriques comme la masse maigre (mais aussi la masse grasse) et, d'autre part, par des altérations des fonctions telles que la fonction immunitaire, endocrine et métabolique. L'origine de cet état pathologique n'est pas seulement due à l'absence d'une alimentation adéquate, mais elle est également liée à de mécanismes biologiques (moléculaires, physiologiques, biochimiques). L'absence de dénutrition, ou la présence d'un bon état nutritionnel, est souvent associée à l'état de santé et de bien-être. Pour ces raisons, la question de savoir si la dénutrition doit être considérée comme une maladie, mérite d'être posée. Pour cela, il est nécessaire de reprendre la définition actuelle de la maladie. Nous avons constaté qu'à ce jour, il n'existe pas une définition générale de la maladie et l'ambition elle-même d'en élaborer une, fait l'objet d'un questionnement par la philosophe E. Giroux<sup>1</sup>. En effet, il est possible de trouver diverses notions ambiguës et complexes de la maladie et de la santé. C'est le cas de la définition de l'OMS qui constitue la santé comme une valeur positive :

« Un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité<sup>2</sup>. »

Cette définition est ambiguë : en élargissant le domaine de la médecine au « bien-être », les limites entre la santé et le bonheur deviennent floues. Dans le débat philosophique contemporain, le terme maladie peut avoir trois significations différentes qui sont le reflet des termes anglais « *illness, disease, sickness* ». Même si « *illness* » et « *disease* » peuvent être traduits par « maladie », E. Giroux propose de traduire « *disease* » par pathologie, avec un sens médical et objectif, afin d'inscrire l'analyse

---

<sup>1</sup> E. Giroux, *Après Canguilhem définir la santé et la maladie*, Paris, PUF, 2010.

<sup>2</sup> Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946. <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>. Consulté le 1 décembre 2015.

dans l'optique de Canguilhem qui opère une claire distinction entre « le pathologique » et « la maladie ». « *Illness* » aurait un sens subjectif (côté narratif de la maladie), existentiel et clinique et désignerait le fait d'« être malade ». En ce qui concerne « *sickness* » le terme est socialement considéré comme se référant au fait d'« être un malade ». Il s'agit de la représentation socialement déterminée de la maladie.

Ces trois sens donnés au terme maladie nous permettent de reconnaître les dimensions sociales, politiques et culturelles des phénomènes relatifs à la santé et à la maladie. Cependant, il est important de noter que la médecine reconnaît aujourd'hui comme pathologiques certains états comme le cancer, le diabète, l'hypertension artérielle, etc. et qu'il existe dans ces états des critères objectifs et biologiques robustes et bien établis. Par exemple, un taux de glycémie supérieur à 1.26g/dl est le critère diagnostique pour le diabète. Les médecins ont besoin d'appuyer leurs décisions et leurs jugements sur des notions objectives et non sur critères arbitraires. Or, il n'existe pas une définition générale universellement acceptée de la dénutrition, ce qui favorise l'incertitude, l'ambiguïté et l'arbitraire dans l'établissement de critères<sup>1</sup>. C'est ce que nous avons examiné plus haut en mettant en évidence les limites de l'IMC pour diagnostiquer la dénutrition chez un individu.

La difficulté dans la pratique clinique est de faire la différence entre un état nutritionnel « normal » et un état nutritionnel « pathologique ». D'une manière générale, cette différence permettrait de définir la santé et la maladie<sup>2</sup>. Il existe deux manières d'aborder le normal et le pathologique. Premièrement, selon une différence quantitative, le normal est une valeur de référence correspondant à une moyenne statistique : ce qui est plus fréquent est considéré comme normal. Ce qui s'écarte de cette valeur de référence est considéré comme « anomal ». Deuxièmement, selon une différence qualitative. D'après l'analyse de Canguilhem : l'anormal serait une autre norme, une manière différente de se comporter, une « autre allure de la vie »<sup>3</sup>. Cette nouvelle norme ne doit pas être comprise comme une variante quantitative, mais par rapport au passé de l'individu. Il faudrait alors considérer l'organisme comme une unité globalisante et pas seulement comme une somme d'éléments autonomes. L'état pathologique crée ses propres normes et conduirait à une vie « plus limitée, à une autonomie moindre, au

---

<sup>1</sup> J.M.M. Meijers, M.A.E. van Bokhorst-de van der Schueren, J.M.G.A. Schols, P. B. Soeters, R.J.G. Halfens, « Defining malnutrition : Mission or mission impossible », *Nutrition, op.cit.*, p. 432-440.

<sup>2</sup> E. Giroux, *Après Canguilhem définir la santé et la maladie, op.cit.*, p. 14.

<sup>3</sup> G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique, op.cit.*, p.51.

sentiment de souffrance ». Le philosophe reconnaît la valeur axiologique de la maladie qui d'après lui, est une « valeur biologique négative ». Comme nous l'avons mentionné dans la première partie de la thèse, la normativité organique constitue la capacité de changer de normes de vie. En ce sens, le pathologique est la réduction de ce pouvoir normatif.

Dans la continuité des apports de G. Canguilhem au débat moderne, il existe une opposition entre « *naturalistes* » et « *normativistes* »<sup>1</sup>. Les questions qui se posent concernent les diverses positions concernant les dimensions normatives et axiologiques du concept de santé et maladie<sup>2</sup>. Les naturalistes conçoivent la maladie comme une catégorie objective et naturelle qui s'applique à tous les organismes et à toutes les espèces. Les maladies « interfèrent avec une ou plusieurs fonctions typiquement accomplies par les membres de l'espèce »<sup>3</sup>. La maladie implique un effet incapacitant qui est indésirable et qui justifie un traitement médical spécifique. Elle se fonde sur des critères scientifiques qui permettent de reconnaître un dysfonctionnement de manière objective. Il y a ici aussi une dimension normative qui est surimposée et relative au contexte technique et juridique de la maladie<sup>4</sup>.

Christopher Boorse, le principal représentant des « *naturalistes* », affirme qu'il est possible d'établir une définition de la santé et de la maladie libre de tout jugement de valeur. Selon sa théorie, appelée « *biostatistique* », une condition pathologique est un état statistiquement subnormal de la capacité fonctionnelle partielle biologique (*part-dysfonction*) des espèces au regard du sexe et de l'âge. La santé « théorique » correspond à l'absence totale de conditions pathologiques. Il s'agit, pour lui, d'une notion scientifique libre de tout jugement de valeur<sup>5</sup>. Il distingue un concept théorique et

---

<sup>1</sup> E. Giroux, *Après Canguilhem définir la santé et la maladie, op.cit.* p.14

<sup>2</sup> Pour le « *normativiste* » comme L. Nordenfeltn, les jugements sur la santé et la maladie sont des jugements de valeur mais aussi descriptifs. La maladie est définie comme : « a est malade (ou sens médical) si est seulement si, A est, dans des circonstances standard, incapable de réaliser ses buts vitaux à cause de la présence d'au moins une pathologie que l'on considère en principe comme curable ». Le pathologique est considéré au sens large comme pathologie, déficience, blessure, malformation. En ce sens, des situations controversées, telles que la vieillesse, doivent être considérées non comme pathologiques car il s'agit d'un processus inévitable et incurable. Il s'agit d'une théorie moniste avec une multiplicité de concepts secondaires. Sa principale critique est le lien qu'il établit entre bonheur et santé et l'amalgame entre bien-être et bonheur. Son concept de santé tel que l'affirme E. Giroux « ne laisse la possibilité qu'une personne soit heureuse, bien qu'elle ait une maladie, que si ses buts vitaux sont réalisés par quelqu'un d'autre ».

<sup>3</sup> J. Gayon, « *Epistémologie de la médecine* », dans Dominique Lecourt (dir.) *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, p. 436.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 437.

<sup>5</sup> C. Boorse, *A second rebuttal on health*, *Med Philos.* 2014,39(6):683-724.



un concept pratique<sup>1</sup> : le premier serait indépendant de cette dimension axiologique, le second implique et suppose un jugement de valeur. D'après sa théorie,

« Tout concept pratique de maladie présuppose le concept théorique du pathologique<sup>2</sup>. »

Le sens de ces notions empêcherait que des états soient considérés comme pathologiques comme la masturbation et l'homosexualité. Il s'ensuit que la définition de pathologique est fondamentale d'un point de vue pratique. Par ailleurs, la définition de la maladie dans son sens pratique permettrait de distinguer ce qui est « central et périphérique » à la médecine, ce qui est thérapeutique (traiter les maladies) ou non thérapeutique (contraception, circoncision, chirurgie esthétique, etc.). Il s'agit alors de faire la différence entre ce qui relève d'une médecine visant la guérison, qui implique une maladie à prendre en charge, et une médecine d'amélioration de la santé.

Toutefois, la maladie serait mieux définie selon Boorse par deux critères : d'abord, par un état négatif mais aussi par un état susceptible d'être traité par les médecins. La maladie selon ce philosophe :

« n'est pas une autre chose que le fonctionnement biologique subnormal pour l'espèce ; donc la classification des états humains comme sain ou pathologique est une question objective, que l'on doit résoudre à partir des faits biologiques de la nature sans qu'il soit nécessaire de recourir à des jugements de valeur<sup>3</sup>. »

En ce qui concerne les « normativistes », la maladie suppose aussi une dimension normative mais plus forte<sup>4</sup>. Ainsi, toute entité considérée comme une maladie implique toujours un jugement de valeur<sup>5</sup>. D'après Engelhardt, qui a défendu cette position, il n'y a pas de malades indépendamment de tout contexte, ce qui indique que la normativité de la maladie comporte aussi une dimension sociale. Il souligne ainsi que :

« la maladie est alors toute chose que les médecins traitent dans une société particulière, ce qui rend circulaires les définitions de la maladie et de la médecine<sup>6</sup>. »

Ainsi, selon ce médecin et philosophe, un état pathologique est :

« tout état qu'une société juge devoir faire l'objet d'une prise en charge clinique<sup>1</sup>. »

---

<sup>1</sup> La théorie qu'il définit comme « TBS »

<sup>2</sup> E. Giroux, *Après Canguilhem définir la santé et la maladie*, op.cit., p. 44.

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 437.

<sup>6</sup> *Ibid.*, p. 435.

Il propose de remplacer le terme de maladie par celui de « problème clinique ». Cependant, il faut reconnaître que certains états qui ne sont pas encore susceptibles d'être traités sont reconnus comme pathologiques.

Nous avons montré dans la première partie de notre thèse que la malnutrition est la problématique centrale de la nutrition clinique. Le statut épistémologique de la nutrition clinique en tant que science autonome est fondé sur l'analyse de la transformation du concept de nutriment. La notion de nutriment artificiel avec la possibilité d'un statut de médicament permet d'aborder de manière clinique une problématique concrète : la malnutrition. En conséquence, la malnutrition et en particulier la dénutrition sont des situations susceptibles d'être traitées par les médecins. Elles ont suscité de nombreuses recherches permettant de connaître leur physiopathologie, les mécanismes qui leur sont liés, ainsi que les possibilités de traitement. Il s'agit de données objectives, qui impliquent, dans la notion de dénutrition, la définition d'un « fonctionnement biologique subnormal », sans qu'il y ait des jugements des valeurs. Autrement dit, la dénutrition peut se présenter comme une maladie objectivable. Le problème ici est de déterminer sur quels critères et sur quelles valeurs une telle définition est possible. Il est impossible de s'interroger sur la dénutrition comme on pourrait réfléchir sur une maladie qui possède une normalité statistique (telle que le propose Cerderlhom avec l'anémie). Il n'existe pas de valeur statistique unique de dénutrition, comme c'est le cas pour l'anémie définie par un taux d'hémoglobine inférieur à 12 g/dl. Cette dernière maladie concerne un tissu ou un système unique comme d'autres maladies, par exemple, les maladies immunitaires ou digestives. Il n'est guère possible de considérer l'absence d'un « système » nutritionnel comme un obstacle à la définition objectivable de la dénutrition. En effet, la fonction biologique de la nutrition perturbée dans la dénutrition, est en principe une fonction qui se situe au niveau cellulaire et qui inclut donc différents organes et divers systèmes de l'organisme (endocrinologique, digestif, immunitaire, respiratoire, etc.). Autrement dit, c'est une pathologie qui peut se manifester de diverses manières et qui touche divers organes. Dans le cas de la dénutrition, un critère statistique unique comme pour l'anémie n'est pas envisageable. La malnutrition (au même titre que les autres troubles nutritionnels : dénutrition, sarcopénie, obésité, etc.) serait donc un ensemble de maladies qui pourraient se définir par des critères objectivables : socioculturels (absence /mauvaise alimentation), cliniques (anorexie,

---

<sup>1</sup> *Ibid.*

etc.) biologiques (protéines sériques, etc.), anthropométriques (masse maigre, etc.), fonctionnels (force musculaire, etc.) et anatomopathologiques (lipodistrophies, etc.).

Il faut donc reconnaître la complexité de la dénutrition et l'absence de critère biologique unique. L'utilité de l'IMC comme critère principal doit être dépassé. L'enjeu clinique actuel est de reconnaître la dénutrition en tant que maladie et de lui associer une approche diagnostique multidimensionnelle, plus qualitative et pas seulement quantitative, permettant ainsi un traitement médical adapté à chaque individu. Une telle reconnaissance permettra de légitimer cette condition et les actions des spécialistes de la nutrition clinique. Cela permettrait aussi d'envisager également à un investissement économique plus important de la part des décideurs politiques. L'ampleur de cette problématique est telle que cette reconnaissance est une priorité.

Prenant en compte notre analyse, force est de reconnaître que M. Dn., selon les critères d'ESPEN 2015, n'est pas dénutri. Selon la première option (voir tableau 2), il a un IMC qui ne le situe pas au seuil de dénutrition, il est plutôt proche du surpoids. Selon la deuxième option, il présente une perte de poids involontaire > à 10 % en 3 mois mais son IMC n'est pas < 22 kg / m<sup>2</sup>. Ce patient serait donc classé comme non dénutri. Il ne serait probablement pas pris en charge nutritionnellement. Le cas ne présente pas les données concernant la composition corporelle. Or, chez les personnes âgées, la sarcopénie est fréquente. Si la dénutrition avait un statut et était reconnue dans la pratique courante en médecine, on devrait pouvoir appliquer un outil de dépistage de dénutrition (NRS 2002) qui conduirait à formuler que ce patient est confronté à un « risque de dénutrition ». Cela pourrait amener à une prise en charge nutritionnelle et à des soins adaptés. Cependant, actuellement, son état nutritionnel n'inquiétera pas son médecin dans la mesure où son IMC est normal. Il aura donc très peu de chance de rencontrer un nutritionniste. Ce patient risque d'aggraver son état nutritionnel et, par conséquent, sa pathologie de base (la pneumopathie) va certainement s'aggraver. En effet, la résistance à l'infection est compromise dans la dénutrition ; la fonction musculaire (y compris les voies respiratoires) et la fonction mentale peuvent aussi être affectées. Il s'ensuit que la convalescence peut se prolonger, sa qualité de vie être affectée et les dépenses économiques du système de santé augmentées. Au mieux, il va avoir un séjour prolongé à l'hôpital. Au pire, il va mourir de l'infection. Il est prouvé que fournir un support nutritionnel approprié pourrait diminuer les risques associés à la dénutrition et aider au traitement optimal de sa pathologie sous-jacente. Le diagnostic de dénutrition est donc une exigence pour le médecin.

Cependant, considérer la dénutrition comme une maladie participe au débat actuel sur la « médicalisation » de la société. Or, notre position implique qu'une telle reconnaissance aurait un effet double : reconnaître la vulnérabilité de la personne dénutrie, et permettre aux sociétés savantes d'avancer dans la définition de la dénutrition. Il s'agirait de donner à la définition de la dénutrition, non seulement un caractère fondé sur des paramètres statistiques, reconnaissant aussi ses dimensions qualitatives et sociales et un engagement moral à travers la prise en charge de la dénutrition. Sur le plan éthique, le médecin devrait se soumettre à l'exigence de reconnaître cette situation. Sur le plan scientifique, la nécessité est d'établir un consensus à propos des critères diagnostiqués pertinents qui tiennent compte de la réalité des malades et des possibilités des traitements. Enfin, la dénutrition peut être impliquée dans les définitions de la santé et de la maladie. En effet, nutrition et santé sont étroitement liées. En cas de maladie, l'état nutritionnel peut se voir affecté et donc être associé à la maladie de dénutrition, et réciproquement, la dénutrition ne permet pas d'être en bonne état de santé. Ainsi, une alimentation naturelle (par voie orale) ou artificielle (nutrition entérale et parentérale) pourrait apparaître comme une des conditions du rétablissement de la santé. L'ampleur de la dénutrition nécessite ainsi sa reconnaissance comme maladie afin de mobiliser la communauté scientifique, les administrateurs, les patients et leurs familles et d'avoir un discours homogène qui soit mieux entendu par les décideurs politiques. Ainsi, les choses pourraient changer et la dénutrition pourrait être prise au sérieux dans la pratique clinique.

## 2.2 Cas No. 2 : Nourrir l'homme malade : quels enjeux éthiques ?

### CAS No 2<sup>1</sup>

---

#### *Le cas de Monsieur Johnson*

Monsieur J, âgé de 46 ans, présente une maladie chronique, la maladie de Crohn. Il a été hospitalisé pour une sténose intestinale, qui cause des douleurs abdominales et une diminution de l'alimentation. Il a été programmé pour une résection de l'intestin grêle. Il présente une perte récente de poids de 76 à 68 kg et sa taille est de 1.72 m. L'équipe de nutrition est consultée pour des conseils sur la nutrition préopératoire pour rétablir les déficits, afin d'optimiser l'état du patient avant l'opération et de stabiliser son poids. L'indication de la nutrition artificielle a été présentée car le patient a perdu 10 % de son poids corporel et présente un risque de dénutrition sévère. Cela peut augmenter son risque de complications postopératoires. Une semaine de nutrition préopératoire peut réduire ces risques.

Un cathéter veineux central est inséré. Le patient a été placé sous nutrition parentérale centrale pendant au moins une semaine en préopératoire et quelques jours après l'opération, (la nutrition par voie périphérique n'était pas possible). En raison de la sténose et de la douleur, la voie orale ou entérale n'était pas envisageable. Le patient reçoit une nutrition parentérale complète conformément au protocole. Il est fondé sur les résultats de la mesure des besoins énergétiques par calorimétrie indirecte, multipliée par un facteur de 1,3. Les apports en protéine sont estimés à 1.2 - 1.5 g/kg/jour.

M. Johnson est autorisé à boire des liquides, en plus de la nutrition parentérale, mais la douleur l'empêche de boire. Après l'opération (résection de 60 cm de jéjunum), le patient développe un iléus paralytique<sup>2</sup>. La nutrition parentérale est poursuivie jusqu'à ce que l'iléus soit résolu. La nutrition entérale a commencé dès que les résidus gastriques ont diminué et elle est progressivement

---

<sup>1</sup> Cas disponible sur LLL thème No 11.1 : « Organisation of a Nutritional Support Team »

<sup>2</sup> Iléus paralytique : occlusion intestinale due à une paralysie ou arrêt plus ou moins complet du transit intestinale alors qu'il n'existe pas d'obstacle matériel.

augmentée. Huit jours après la résection intestinale, la nutrition parentérale est arrêtée. La nutrition entérale est administrée durant la nuit (1500 kcal, 60 g de protéines) jusqu'à ce que la prise orale soit suffisante.

Deux semaines après l'opération, le patient est sorti de l'hôpital et s'alimente par voie orale. Il sera suivi par la diététicienne du département de gastro-entérologie. Il n'a pas perdu davantage de poids au cours de l'hospitalisation. L'objectif est qu'il reprenne du poids jusqu'à atteindre le poids qu'il avait avant sa maladie.

### 2.2.1 Le problème éthique

Aujourd'hui, il est possible de fournir les besoins en nutriments à tous les malades par divers moyens et dans différentes situations cliniques. Il est également possible de moduler les réponses immunitaire et inflammatoire chez les patients grâce aux immunonutriments associés à la nutrition. Les patients qui bénéficient de cette technique définie comme technique de « soutien »<sup>1</sup> ou « support nutritionnel »<sup>2</sup> sont ceux qui sont atteints de maladies aiguës ou chroniques, nécessitant des soins de réanimation, des soins de suite ou de convalescence et, cela, en excluant le fait que le malade soit capable ou non de décider. Cela concerne un contexte particulier que nous avons défini dans la première partie de la thèse, qui est celui de la « nutrition clinique ». Cela ne signifie aucunement qu'il s'agit là de la seule application des principes et des théories de la nutrition dans le domaine de la « clinique ». Il s'agit d'une discipline résultant de l'interaction entre la nutrition et la médecine, ce qui a permis l'évolution technique et conceptuelle de la notion de « nutriment ». Le lieu de cette « clinique » est l'hôpital, l'institution de santé, mais cela a également du sens dans la vie de la personne malade en dehors des établissements de santé. Cette discipline si particulière est subjective puis qu'elle implique la relation entre le patient et le médecin. Elle n'exclut

---

<sup>1</sup> Le rapport du Conseil Européen ( ResAP(2003)3 sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux ) utilise "soutien nutritionnel artificiel" et le définit comme l'introduction directe dans l'intestin (alimentation entérale) ou dans une veine (alimentation parentérale) de nutriments liquides spécialement préparés.

<sup>2</sup>Autre termes possibles: « Assistance nutritionnelle » employé dans la rapport français du « Bilan de l'expérimentation des Unités transversales de nutrition clinique 2008-2011 et propositions ». «Nutrition médicale» et «intervention nutritionnelle» sont synonymes dans le Dictionnaire médical en ligne de l'Académie Nationale de Médecine 2013. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>. Il s'agit, pour tous ce termes, comme nous l'avons étudié dans la première partie de l'application de la technique connue aujourd'hui comme « nutrition artificielle ».

pas d'autres acteurs, comme on le voit avec l'industrie pharmaceutique qui est très présente. Cette conception de la nutrition clinique et donc la manière actuelle de nourrir l'homme malade posent dans la pratique clinique de nouveaux défis éthiques que nous allons à présent examiner.

Le cas de monsieur J. permet d'aborder une situation particulière et fréquente en médecine : une complication d'une maladie chronique (la maladie de Crohn) qui nécessite une intervention chirurgicale d'urgence. Cette complication ne permet pas une alimentation orale, ce qui conduit à l'adoption d'une alimentation par voie artificielle. Le patient a eu recours à la nutrition parentérale et entérale avant de reprendre une alimentation orale. L'objectif principal du support nutritionnel est celui de nourrir l'homme malade. Nourrir au plan biologique signifie donner au corps les besoins en nutriments nécessaires pour maintenir les fonctions organiques de la personne, reconstituer sa masse et ses tissus corporels et enfin assurer sa vie. Nourrir de manière artificielle implique que les soignants doivent intervenir afin de subvenir aux besoins en nutriments d'autrui. Nourrir de manière « naturelle » à l'hôpital implique également la participation de plusieurs soignants : le médecin dans la prescription du régime, l'aide-soignant qui amène le plateau, l'infirmier ou diététicienne qui vérifient la consommation du repas, etc. Dans ce contexte, une question fondamentale se pose : nourrir l'homme malade constitue-t-il un acte thérapeutique ou un soin de support ? Autrement-dit, s'agit-il de guérir ou de soutenir une fonction vitale ou de confort ?

Pour répondre à cette question, nous allons d'abord montrer qu'il existe une tension constante entre ces deux conceptions du support nutritionnel dans la pratique de la nutrition clinique. Nous définirons ensuite ce qu'on appelle le « soin » et préciserons ce qu'impliquent pour le malade et pour le soignant un « soin thérapeutique » et un « soin de support ».

### **2.2.2 La nutrition artificielle, entre soin et thérapeutique**

La nutrition entérale (NE), les suppléments nutritionnels oraux (SNO) et la nutrition parentérale (NP) correspondent à la technique connue aujourd'hui comme « nutrition artificielle » et à son application intitulée « support nutritionnel »<sup>1</sup>. Nous avons étudié,

---

<sup>1</sup> Le Dictionnaire médical en ligne de l'Académie Nationale de Médecine 2013 considère les expressions de « nutrition médicale » et « intervention nutritionnelle » comme synonymes dans <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>. (consulté le 10 avril 2014).

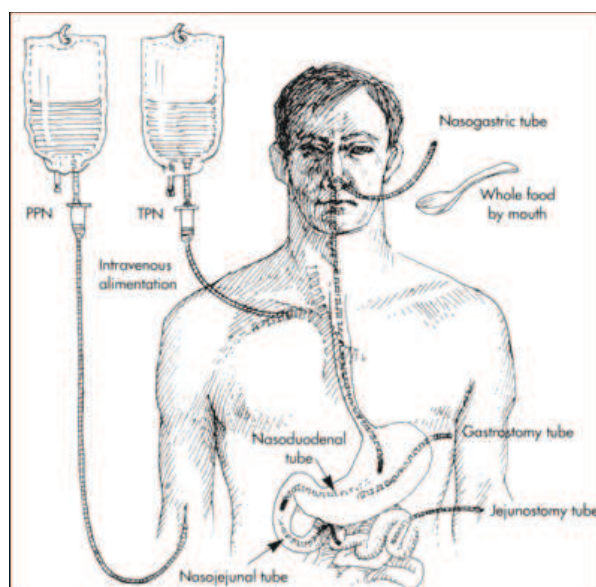
dans la première partie, le statut épistémologique de cette pratique et avons constaté qu'elle est au centre de la pratique de la nutrition clinique. Cette discipline s'est constituée à partir de l'intégration des théories et des notions de la médecine et de la nutrition, en particulier de la transformation de la notion de nutriment. En effet, l'utilisation des nutriments s'est transformée de manière essentielle au XXème siècle. Les nutriments ne concernent plus seulement un régime alimentaire administré par la voie orale, mais ils renvoient aussi à l'alimentation artificielle. Cette voie artificielle implique un geste invasif, à savoir les poses d'un cathéter dans la voie parentérale ou intraveineuse et d'une sonde (naso- gastrique ou de gastrostomie) pour la voie entérale. Ce qui est significatif ici, c'est l'idée que l'adjectif « artificiel » ne fait plus uniquement référence à une propriété des aliments, mais à la méthode particulière d'administration des aliments. Les nutriments (macro et micronutriments) administrés par voie artificielle sont obtenus après une production et une mise en forme industrielles. Du point de vue réglementaire et épistémologique, force est de reconnaître la fusion entre la notion de nutriment et celle de médicament.

Afin de mieux interroger sur le plan éthique la pratique du support nutritionnel, en particulier, les enjeux liés à l'appréciation de cette technique thérapeutique, il est nécessaire au préalable de montrer ses bénéfices sur le plan scientifique.

Chacune de ces techniques de nutrition artificielle présente des spécificités, des indications et des risques respectifs qui obligent à les étudier séparément. La NE concerne l'alimentation par voie gastrique ou jéjunale dès que le patient ne peut s'alimenter par voie orale. Il s'agit de produits catégorisés comme Aliments Diététiques Destinés à des Fins Médicales Spéciales (ADDFMS). L'utilisation des suppléments nutritionnels oraux (SNO) est indiquée lorsque la voie orale est possible, mais les apports ne sont pas suffisants. La NP, considérée d'un point de vue réglementaire comme un médicament, après les développements pharmaceutiques de ces cinquante dernières années, est disponible soit sous forme d'une poche unique contenant tous les nutriments (*all in one bag*), soit sous forme de poches ou flacons de nutriments individuels (glucose, aminoacides, triglycérides, vitamines et oligoéléments) qui sont ensuite mélangés et administrés ensemble par un cathéter dans une veine centrale ou périphérique. Les poches uniques peuvent être préparées dans la pharmacie de l'hôpital ou par les laboratoires pharmaceutiques. La NP est administrée si l'intestin ne peut pas



être utilisé ou en même temps avec la NE (nutrition artificielle mixte) si les apports ne sont pas suffisants par cette dernière voie.



**Figure 5. Les voies du support nutritionnel<sup>1</sup>.**

Les bénéfices du support nutritionnel ( NP, NE ou SNO) en termes d'amélioration des marqueurs biochimiques et fonctionnels de l'état nutritionnel<sup>2</sup> mais aussi en termes de résultats cliniques<sup>3</sup>, sont bien documentés dans la littérature scientifique<sup>4</sup>. Par exemple, concernant les SNO, il existe de nombreuses études qui ont montré leur potentiel sur le plan clinique : ils améliorent l'état nutritionnel, la masse, la force, et la performance musculaire, la qualité de la vie et réduisent ainsi les complications cliniques, et même la mortalité. (Tableau 3) Sur le plan économique, les études

<sup>1</sup> Source :<http://conceptosnutricionales.blogspot.com/2015/01/nutricion-enteral-y-parenteral-con.html>

<sup>2</sup> Depuis environ trois ans, les études incluent de plus en plus des résultats cliniques importants comme la qualité de vie et la mortalité.

<sup>3</sup> « Clinical outcomes » est traduit ici par « résultats cliniques ». Il est important de souligner que le terme «outcome» n'est pas uniformément défini dans le domaine médical. On l'utilise ici dans le sens de «résultat» des effets d'une thérapie.

<sup>4</sup> KA. Tappenden, B. Quatrara, ML. Parkurst, et al., «Critical role of Nutrition in Improving Quality of Care : An interdisciplinary call to action to adress adult hospital malnutrition », *JPEN*, 2013, 37, p.1-16.

montrent qu'il est possible de réduire significativement la durée du séjour à l'hôpital, les taux de réadmission et le coût des soins<sup>1</sup>.

Force est de constater que les études publiées sur le support nutritionnel s'appuient en général sur de petits essais et des études observationnelles plutôt que sur des essais multicentriques randomisés. Cela se traduit par une évidence scientifique « faible », si on l'évalue sous le paradigme de la médecine fondée sur l'évidence (*evidence-based medicine*). Depuis les années 80, cette approche se réfère à « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles dans la prise de décision sur les soins des patients »<sup>2</sup>. En effet, la majorité des recommandations en matière de soins nutritionnels reste fondée sur des preuves de bas niveau ou sur des consensus d'experts. C'est le cas des directives (*guidelines*) de ASPEN de 1993 dans lesquelles seulement 16 % des recommandations ont été fondées sur un niveau d'évidence scientifique considéré comme étant de qualité (niveaux de preuve scientifique I : méta-analyse d'études contrôlées randomisées ou essai contrôlé randomisé (ECR)), 29 % sur un niveau de preuve de type II ou III et 55% des recommandations fondées sur l'opinion d'experts. Vingt-cinq ans après, les recommandations d'ESPEN de 2009 sont semblables, à savoir, niveau I : 15,8% ; niveau II ou III: 28,2%, fondées sur l'opinion d'experts 56,0 %.

Tableau 3. Impact de l'intervention nutritionnelle sur les coûts économiques et les résultats médicaux des patients.

Table 3  
Impact of Nutrition Intervention on Economic Outcomes

Benefit	Study	Description	Results
Length of stay	Philipson 2013 <sup>26</sup>	Retrospective data analysis with a propensity-matched patient episodes (n = 1.2 million) of patients with or without oral nutrition supplements (ONS) during hospitalization	ONS patients had shorter length of stay (LOS) by 2.3 days (from 10.9 to 8.6 days or 21% shorter; 95% confidence interval [CI] of -2.42 to -2.16).
	Cawood 2012 <sup>24</sup>	Meta-analysis of high-protein ONS versus controls in 9 randomized controlled trials (RCTs) of patients with hip fracture and acutely ill patients (n = 1227) and across hospital and community (7 RCTs)	There was significant reduction in LOS of ONS patients versus controls (-3.77 [95% CI -7.37 to -0.17] days; P = .040 random-effects model).
	Lee 2012 <sup>29</sup>	Retrospective observational comparison of records for hospitalized older patients (n = 37) who did or did not receive dietitian-recommended nutrition plan	Older adult patients who did not receive a dietitian-recommended plan had a mean LOS of 26.4 ± 15.5 days, which was two-thirds longer (15.8 ± 6.9 days) than those who received the feeding recommended by the dietitian (P = .0074).

<sup>1</sup> MI. Correia MI, RA Hegazi, Ti Higashiguchi, JP. Miche, B. Ravinder Reddy, KA. Tappenden, M Uyar, M. Muscaritoli. « Evidence-Based Recommendations for Addressing Malnutrition in Health Care: An Updated Strategy From the feedM.E. Global Study Group », JAMDA 2014, vol. 15, 544e550.

<sup>2</sup> Sackett DL, Rosenberg WMC, Haynes RB, « Evidence-based medicine: what it is and what it isn't » BMJ, 1996, vol. 310, p. 71.

**Table 2**  
Impact of Nutrition Intervention on Patient Outcomes

Benefit	Study	Description	Results
Nutritional status	Cawood 2012 <sup>24</sup>	Meta-analysis of 4 randomized controlled trials (RCTs) (n = 118; 1 RCT in hospital and 3 RCTs in community patients)	High-protein oral nutrition supplements (ONS) use improved patients' total protein and energy intake compared with nonsupplemented controls in all but 1 trial, and significantly so on meta-analysis. Intervention also improved mid-arm muscle circumference (mean difference 0.47 cm [95% confidence interval (CI) 0.30–0.64]; $P < .05$ ).
Strength	Cawood 2012 <sup>24</sup>	Meta-analysis of 4 RCTs (n = 219; community patients with chronic obstructive pulmonary disease, gastrointestinal (GI) disease, and hip fracture)	High-protein ONS significantly improved handgrip strength compared with the controls (1.76 kg [95% CI 0.36–3.17]; $P = .014$ random-effects model).
Complications	Cawood 2012 <sup>24</sup>	Meta-analysis of 3 RCTs (n = 932; hospitalized patients with hip fracture, leg and pressure ulcers, and acute illness)	High-protein ONS significantly reduced the incidence of complications compared with controls.
	Milne 2009 <sup>25</sup>	Meta-analysis of 24 trials (n = 6225) in older people treated with ONS compared with usual care; also reported a subgroup analysis of patients with hip fracture (6 trials, n = 298)	There was a reduction in complications in people treated with ONS (relative risk [RR] 0.86; 95% CI 0.75–0.99), including those with hip fractures (RR 0.60; 95% CI 0.40–0.91).
	Stratton 2005 <sup>23</sup>	Meta-analysis of 4 RCTs with ONS vs routine care in patients at risk of pressure ulcers (4 RCTs, n = 1224, elderly, postsurgical, chronically hospitalized patients)	ONS use (250–500 kcal, 2–26 weeks) was associated with a significantly lower incidence of pressure ulcer development (odds ratio 0.75; 95% CI 0.62–0.89).
Quality of life	Starke 2011 <sup>55</sup>	RCT of patients at risk of malnutrition who received individualized nutrition support or standard hospital care	Patients who got individualized nutrition support had significantly higher scores on the Quality of Life (QoL) Short Form-36 function summary scale compared with those who received standard care (37% vs 32%; $P = .03$ ).
	Norman 2008 <sup>53</sup>	RCT of 3-month posthospital nutrition intervention in malnourished GI patients who received ONS + dietary counseling (n = 38) or counseling alone (n = 42)	All 8 scales of the QoL improved in patients who received ONS in addition to dietary counseling compared with only 3 scales in patients who received dietary counseling alone.
Mortality	Milne 2009 <sup>25</sup>	Meta-analysis of 50 RCTs comparing patients with or without ONS; subgroup analysis of trials with older adults who met criteria of "undernourished"	No mortality benefits for ONS when all 50 trials were combined, but mortality results were statistically significant or approaching statistical significance in undernourished adults (RR 0.79; 95% CI 0.64–0.97).
	Barr 2004 <sup>52</sup>	Prospective sequential study design in critically ill patients in the intensive care unit before and after implementing a nutrition management protocol (n = 200)	Risk of death was 56% lower in patients who received enteral nutrition (hazard ratio, 0.44; 95% CI, 0.24–0.80; $P = .007$ ).

Néanmoins, nous ne devrions pas conclure que ces « *guidelines* » soient de mauvaise qualité. Il s'agit de comprendre que les essais nutritionnels ne peuvent pas être comparés à ceux qui sont utilisés pour un agent pharmacologique. Il est dans la plupart des cas impossible de réaliser des études avec la référence ou « *gold standard* »<sup>1</sup> de la méthodologie. Il existe de multiples difficultés pour mettre en œuvre des études en nutrition clinique<sup>2</sup>. En premier lieu, dans la majorité des cas, les interventions nutritionnelles sont considérées comme des thérapies adjuvantes ou complémentaires (*adjunct therapy*) et leurs effets sont confondus avec ceux de la thérapie « primaire ». Par exemple, chez le patient sous chimiothérapie, les paramètres de la croissance de la tumeur et la survie du patient sans tumeur sont sans aucun doute des paramètres utiles. De tels patients, cependant, pourraient bien profiter de l'amélioration de leur qualité de

<sup>1</sup> Essai contrôlé randomisé et double aveugle.

<sup>2</sup>M. Koller M, T. Schütz, L. Valentini, I. Kopp, C. Pichard, H. Lochs; Clinical Nutrition Guideline Group. « Outcome models in clinical studies: implications for designing and evaluating trials in clinical nutrition », *Clin Nutr*, 2013, vol. 32, p.650-7.

vie et de la performance physique causée par la thérapie nutritionnelle même si cela n'est pas exprimé par les premiers paramètres. Ensuite, la stratification des patients est habituellement réalisée selon le degré de leur maladie primaire plutôt qu'en prenant compte leurs troubles nutritionnels et métaboliques. Par exemple, en réanimation, les patients atteints du syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) sont stratifiés selon le score APACHE plutôt que selon leur degré de malnutrition. Enfin, il existe des difficultés dans la conception de groupes de contrôle adéquats dans les études de nutrition clinique. Il n'y a pas de consensus général sur leur définition. Dans de nombreux cas, un groupe placebo « non-alimentation » n'est ni techniquement faisable ni éthiquement acceptable.

En effet, effectuer un essai contrôlé par placebo, dans lequel certains patients se voient délibérément refusés l'alimentation, est d'un point de vue éthique, inadmissible, même si l'alimentation artificielle peut être considérée comme un traitement. L'alimentation, surtout artificielle, même si elle peut être connue, sur le plan réglementaire et épistémologique, comme un médicament, a pour fonction principale de nourrir la personne pour couvrir ses besoins vitaux (et l'empêcher ainsi de mourir). En ce sens, il n'est pas éthique de réaliser des études avec un groupe placebo « non-alimentation ». Dans le contexte particulier de la NP qui est appliquée aujourd'hui principalement comme une technique « de substitution » lorsque la voie entérale est indisponible, sa non-administration pourrait causer la mort du patient. En conséquence, dans la plupart des situations, il est impossible de faire des études comparant alimentation vs « non-alimentation ». Cependant, il existe certaines situations où les effets de la NP peuvent être étudiés dans un cadre structuré et comparé au placebo : 1) lorsque la durée de la NP est si courte qu'il serait possible de la comparer à un groupe « non-alimentation », par exemple, dans l'état post-opératoire immédiat. En effet, un tiers des recommandations d'ESPEN de niveau I (Recommandation grade A) entre dans ce cadre. Le domaine de la nutrition préopératoire, chez le patient oncologique, a été le plus étudié par des études randomisées et contrôlées. En effet, les chirurgiens, traditionnellement, utilisent en postopératoire des solutions salines (avec ou sans glucose et acides aminés) et ils peuvent utiliser ces patients comme groupe de contrôle à comparer avec les patients recevant NP ou NE<sup>1</sup> ; 2) lorsque, dans un groupe, l'enquêteur ajoute un ou plusieurs substrats spéciaux (par exemple, les immunonutriments,

---

<sup>1</sup> F. Bozzetti. « Nutritional support in oncologic patients: Where we are and where we are going », *Clinical Nutrition* 2011, vol. 30, p.714e717.

différents types de lipides) au régime nutritionnel classique (groupe contrôle sans substrat spéciaux) ; 3) lorsque l'enquêteur compare différents régimes nutritionnels (par exemple à base de lipides ou à base de glucose) ou différentes voies d'administration (par exemple PN contre NE, etc.) ou différents moments de l'administration (précoce ou tardif, qui elle est continue ou intermittente, etc.).<sup>1</sup> Cependant, même dans ces conditions, réaliser des études doubles aveugles est difficile.

Ainsi, les patients souffrant de malnutrition et ceux qui ont un intestin non fonctionnel – ceux qui sont susceptibles de bénéficier du support nutritionnel - ne peuvent pas être normalement randomisés dans un groupe de « non-alimentation ». Ils sont donc exclus de l'évaluation. Seuls les patients qui sont des candidats pour une éventuelle NP, (souvent des patients non dénutris) ont pu être randomisés dans un groupe « non-alimentation » et donc inclus dans les études, ce qui potentiellement pourrait masquer les avantages de l'alimentation artificielle.

Il est aussi possible aujourd'hui d'appeler le support nutritionnel thérapie nutritionnelle ou « *Medical nutrition therapy* »<sup>2</sup>. Cela peut être interprété comme une manière d'affirmer la volonté de considérer en priorité la dimension thérapeutique et la visée curative de ces techniques. En 1996, en plein essor de la NP il était possible d'envisager que :

« Dans l'avenir, TPN peut ainsi être utilisé comme un agent pharmacologique plutôt que comme une intervention nutritionnelle ».<sup>3</sup>

Ainsi, la nutrition artificielle a été évaluée et continue à être évaluée comme un traitement avec les mêmes exigences que les autres interventions pharmacologiques.

Considérer de manière exclusive qu'il relève de la thérapie a des conséquences importantes sur le plan scientifique, économique et éthique. Il serait pertinent de considérer qu'il ne faut utiliser la « thérapie » nutritionnelle que dans le cas où l'évidence scientifique est forte, c'est-à-dire d'après les « gold standard » des études pharmacologiques contrôlées et randomisées. Or, comme cela a été analysé

---

<sup>1</sup> F. Bozzetti, A. Forbes. «The ESPEN clinical practice guidelines on Parenteral Nutrition: Present status and perspectives for future research» *Clinical Nutrition* 2009, vol. 28, p.359–364.

<sup>2</sup> L. Valentini, Volkert D, Schütz T, Ockenga J, Pirlich M, Druml W, Schindler K, Ballmer PE, Bischoff SC, Weimann A, Lochs H, «Suggestions for terminology in clinical nutrition», *e-Espen Journal*, 2014, vol. 9, p.97e108.

<sup>3</sup> SB. Archer, RJ Burnett, Fischer JE. «Current uses and abuses of total parenteral nutrition », *Adv Sur*, 1996, vol. 29, p.165-89.

antérieurement, il n'est pas possible d'évaluer la nutrition artificielle comme les autres traitements pharmacologiques. Cela conduit par exemple, dans le cas de M. J, à considérer qu'après la résection intestinale, son grêle ne pouvant pas assurer sa fonction normale, la NP serait le traitement de sa défaillance intestinale. Or, il n'y a pas d'évidence scientifique « forte » concernant l'effet de la NP chez ce type de malades. Plus précisément, il n'y a pas d'études randomisées, contrôlées (NP vs « non-alimentation ») et aveugles (les malades et le soignant ne savent pas à quel groupe ils appartiennent) évaluant l'efficacité de la NP dans cette maladie. En considérant la NP uniquement comme une thérapeutique médicale, il ne serait pas justifié de l'utiliser compte tenu de la faible évidence scientifique. Or, la nutrition artificielle est un traitement essentiel qui pallie la défaillance intestinale. L'enjeu éthique du statut de la nutrition artificielle est donc majeur.

A ces enjeux s'ajoutent les enjeux économiques. En effet, si l'on considère exclusivement la NP comme une thérapie, reconnue comme telle à la fois par la communauté médicale et par les autorités de santé publique, il faudra s'attendre à ce qu'elle soit validée par les études randomisées et contrôlées avant leur approbation par le financement public. Dans la plupart des pays, le système de santé nécessite une preuve de l'efficacité et du rapport coût-bénéfice. L'absence d'études contrôlées avec placebo et les incertitudes qui ont surgi des études qui semblent montrer les dommages causés par NP ont rendu difficile le financement de la NP, la recherche sur la NP et son application clinique. Une série d'études réalisées par des équipes de renommée ont montré des dommages causés par la NP. Cela a donné une mauvaise réputation à la NP à la fin des années 90, et pendant plus d'une décennie, l'administration de la nutrition par cette voie on suscité la crainte<sup>1</sup>. Or, ces études qui avaient pour but de montrer une évidence scientifique « *gold standard* » ont porté seulement sur des patients qui étaient des candidats éventuels pour la PN, souvent non dénutris. Elles ont éliminé les patients dénutris qu'il n'était pas possible de randomiser dans un groupe « non-alimentation ». Cela a généralement conduit à démontrer la morbidité de la PN (infection principalement). Cependant les bénéfices potentiels pour ceux qui en ont le plus besoin (les patients dénutris et nécessitant véritablement la NP) ont été passés sous silence.

---

<sup>1</sup> Aujourd'hui encore, ces peurs existent dans plusieurs services.

A titre d'exemple, nous citons deux publications qui ont eu des conséquences sur la pratique clinique<sup>1</sup>. Une méta-analyse de 26 études (1000 patients) a conclu que la NP a été associée à un taux augmenté de complications totales et infectieuses. Cette étude a conduit l'Association Américaine de Gastroentérologie à considérer la NP comme étant préjudiciable aux patients cancéreux<sup>2</sup>. Toutefois, les patients souffrant de dénutrition sévère ou d'hippophagie ont été exclus et la pertinence scientifique de la NP chez ces patients a donc été ignorée. L'étude des « Anciens Combattants » sur la NP préopératoire a rencontré des problèmes similaires : sur 459 patients qui auraient pu être randomisés, 97 (17%) ont été exclus parce la NP a été considérée comme « cliniquement essentielle », à savoir que les patients, en raison de leur état nutritionnel, ne pouvaient pas se passer de la NP. Dans ce cas, la randomisation à un groupe « non-alimentation » était inadmissible du point de vue clinique et éthique. L'étude a montré, dans l'ensemble, que la NP conduisait à une augmentation des complications infectieuses. Toutefois, dans un sous-groupe de 50 patients sévèrement malnutris, la fréquence des complications infectieuses était similaire dans les deux groupes, et la complication non infectieuse était huit fois plus fréquente chez les témoins (« non-alimentation ») que chez ceux qui ont reçu la NP (43% contre 5%)<sup>3</sup>.

Le cas de M. J nous permet de réfléchir aux critères nécessaires pour initier la nutrition artificielle. La nutrition a un but précis : en préopératoire, il s'agit d'améliorer le statut nutritionnel du patient afin de minimiser le risque chirurgical (l'évidence scientifique le démontre) ; en postopératoire, il s'agit de traiter la défaillance intestinale temporaire. Grâce à ce traitement, le patient n'a pas perdu davantage de poids et a pu récupérer une alimentation normale : il a donc tiré un bénéfice clinique de ce traitement. Le maintien d'un minimum de plaisir et de confort en s'hydratant par la bouche est une manifestation de l'égard que l'équipe soignante lui manifestait. Cela peut être considéré comme une preuve que la nutrition est un aussi soin de support.

Les soins du support sont définis par la loi, dans la circulaire DHOS 2005/101 du 22 février 2005, comme:

---

<sup>1</sup> F. Bozzetti, A. Forbes. «The ESPEN clinical practice guidelines on Parenteral Nutrition: Present status and perspectives for future research», *Clinical Nutrition*, *op.cit.*

<sup>2</sup> RL. Koretz, TO. Lipman, S. Klein. «AGA technical review on parenteral nutrition», *Gastroenterology* 2001, vol. 121, p. 970–1001.

<sup>3</sup> The Veterans Affairs Total Parenteral Nutrition Cooperative Study Group. «Perioperative total parenteral nutrition in surgical patients», *N Engl J Med* 1991, vol. 325, p. 525–32.

« l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a<sup>1</sup>. »

La prise en charge des « problèmes nutritionnels », de la douleur, de la fatigue, des troubles digestifs, des troubles respiratoires et génito-urinaires, des troubles moteurs et des handicaps, des problèmes odontologiques, des difficultés sociales, de la souffrance psychique et des perturbations de l'image corporelle en font partie. Ces soutiens peuvent être apportés tout au long de la maladie, en phase curative, mais aussi en phase palliative. Ils s'appliquent aux patients ainsi qu'à leur entourage. Ils s'opposent partiellement aux soins curatifs qui cherchent à :

« guérir les personnes atteintes d'une maladie, potentiellement mortelle ou non, par l'application de toutes les méthodes diagnostiquées et thérapeutiques possibles. Ils cherchent parallèlement à préserver la qualité de vie des personnes malades et celle de leur entourage en prévenant et en traitant les séquelles et toute souffrance sans diminuer les chances de guérison<sup>2</sup>. »

Ce qui distingue fondamentalement ces deux types de soins est la finalité: guérir ou soulager en accompagnant. Ils ont en commun de chercher à préserver la qualité de vie du patient et celle de son entourage. Pour le médecin, ces deux types de soins encadrent et définissent leur pratique mais ils soulèvent aussi des problèmes éthiques lorsqu'il s'agit de limiter ou d'arrêter des soins qui ont ce double statut, comme le support nutritionnel. Si, d'après la loi française du 22 avril 2005, c'est au médecin que revient la responsabilité de définir la convenance des traitements, le patient qu'il soit ou non en fin de vie, a la liberté de refuser n'importe quel traitement au titre du nouvel article L. 1111-4 du Code de la Santé Publique, et ratifiée dans la loi Léonetti de 22 avril 2005 :

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables<sup>3</sup>. »

Le « tout traitement » justifie aussi l'arrêt de l'alimentation artificielle. Dans le rapport de 2015 d'Alain Claeys et de Jean Léonetti, la création de nouveaux droits en

---

<sup>1</sup> Circulaire DHOS/SDO n° 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, Journal Officiel n. 3 de 15 avril de 2005.

<sup>2</sup> JC. Desport, « Nutrition en situation palliative », dans *Traité de nutrition artificielle*, Paris, Springer, 2007, p. 1130.

<sup>3</sup> Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, JORF n. 95 du 23 avril 2005.



faveur des malades et des personnes en fin de vie ont renforcé et ratifié le droit du patient de limiter ou de refuser les traitements en particulier en fin de vie. Ils proposent surtout une avancée majeure : la possibilité pour tous les malades en phase terminale, dont le pronostic vital est engagé à court terme, de demander une sédation profonde et continue qui permettra en altérant totalement la conscience, de prévenir toute souffrance jusqu'à leur décès. Tous les traitements de maintien en vie, y compris la nutrition doivent obligatoirement être arrêtés<sup>1</sup>.

Le cas de monsieur J. nous permet de mettre en lumière une réalité de la pratique clinique courante : on passe souvent trop vite de l'alimentation orale, qui est considérée comme un simple acte de restauration ou d'hôtellerie, à l'installation d'un traitement par nutrition artificielle. Si les problèmes éthiques se posent en nutrition clinique, c'est d'une part, parce que l'alimentation à l'hôpital n'est pas considérée comme un soin et, d'autre part, parce que le support nutritionnel est considéré tour à tour comme un « soin » ou comme un « traitement ». Comprendre ce que signifie le terme de « soin » nous permettra du coup de réfléchir aux enjeux éthiques posés par ces questions.

### **2.2.3 Le support nutritionnel, un véritable soin**

Le terme « soin » peut prendre plusieurs sens. D'après la définition de F. Worms, ce terme désigne :

« Toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela par égard pour cet être même<sup>2</sup>. »

Cette définition implique deux éléments indissociables. D'une part, on soigne quelqu'un, un être qui souffre de « quelque chose », un besoin ou une souffrance isolable comme tel et que l'on peut traiter (soins thérapeutiques). Dans le cas du support nutritionnel, il s'agit d'un besoin vital de nutriments auquel il est possible de répondre par les techniques de nutrition artificielle. D'autre part, on soigne « quelqu'un », ce qui comporte une dimension intentionnelle et relationnelle (soins relationnels). Nous avons étudié dans la première partie de notre thèse comment la nutrition clinique se caractérise par l'interaction patient-soignant, ce qui soulignait la dimension relationnelle du soin. La pratique du support nutritionnel peut se constituer

---

<sup>1</sup> Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 crée de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Journal Officiel n. 0028 du 3 février 2016.

<sup>2</sup> F. Worms, *Le moment du soin, à quoi tenons-nous ?* Paris, PUF, 2010, p. 21.

comme une manifestation d'un « égard » envers autrui qui implique d'aller au-delà de la dimension purement biologique pour maintenir l'aspect symbolique et affectif qu'implique l'acte de *se nourrir*.

Ainsi, nous voulons montrer que nourrir l'homme malade, naturellement ou artificiellement, doit être considéré comme un véritable soin. Cela implique une pratique objectivable, comme c'est le cas avec les différentes techniques d'alimentation artificielle ou les différents types de régimes, et une relation qui se fonde sur la particularité du sujet dénutri ou en risque de le devenir, et qui engage le soignant à faire face à sa vulnérabilité, au besoin qu'a cette personne d'un autre pour se nourrir. Ainsi, nous voulons interroger la pratique de la nutrition clinique dans cette double dimension des soins, à la fois médicale et liée à la reconnaissance de la vulnérabilité de la personne. Comme « soin thérapeutique », il s'agit de fournir à chaque malade son besoin en nutriments en étant attentif à sa situation particulière. Dans le cas de monsieur J. la NP, la NE et les SNO se sont succédés avant l'alimentation orale. La nutrition avait pour but de traiter et de prévenir la dénutrition. L'expertise et la compétence technique du soignant, en l'occurrence du médecin, sont indispensables pour aider le malade à guérir. Il est cependant fondamental de reconnaître deux aspects qui caractérisent cette dimension du soin. Premièrement, elle est partielle ou dissociative, c'est-à-dire qu'elle consiste :

« d'abord à isoler « le mal », la partie du corps ou la fonction de l'organisme qui est atteinte pour pouvoir y répondre de manière approprié<sup>1</sup>. »

Deuxièmement, un lien cognitif ou technique constitue la deuxième caractéristique de cette dimension du soin, c'est-à-dire qu'il est nécessaire de le vouloir, mais aussi de « savoir »<sup>2</sup>.

La fonction ici compromise est la fonction nutritionnelle. Il s'agit d'une fonction globale ou systémique et non d'une fonction localisée dans un seul « système ou appareil structuré »<sup>3</sup>. L'altération de cette fonction (dénutrition), concerne alors divers tissus, organes et systèmes. Diagnostiquer cette altération nécessite alors l'articulation

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p.30.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 31.

<sup>3</sup> Nous avons admis dans la première partie que l'absence de reconnaissance d'un tel système (système ou appareil « nutritionnel ») ne doit pas être un obstacle à la reconnaissance de la nutrition comme une discipline. Il est nécessaire de reconnaître l'existence d'une fonction globale inter-système et qui se traduit dans un état particulier appelé « nutritionnel ».

de diverses fonctions. Autrement dit, il est nécessaire de considérer l'organisme et l'individu comme un tout, dans sa globalité. Les soins qui s'ensuivent font appel à un majeur « degré de soin global, intégratif ou réintégratif ».<sup>1</sup> Cela signifie qu'il n'est guère possible d'appréhender l'hypo albuminémie<sup>2</sup>, la dénutrition des muscles ou des parties du corps comme des affections isolées. Il est nécessaire de soigner l'organisme dans son ensemble. Cette particularité de la nutrition s'oppose à la tendance de la médecine contemporaine à délimiter des spécialités<sup>3</sup> et à soigner alors des parties du corps. En effet, la médecine va « dans le sens d'une spécialisation, qui est aussi une désarticulation »<sup>4</sup>. Cela implique une atteinte à « une image de soi qui est globale par principe ». En conséquence, il est nécessaire de considérer les soins nutritionnels, comme des soins qui concernent l'organisme entier.

Le « soin relationnel » est global et intégratif, cela signifie que les soins nutritionnels doivent considérer non seulement le caractère biologique mais aussi la globalité du patient dans sa dimension psychologique et sociale. Nous avons vu dans la première partie comment ces dimensions sont facilement négligées dans la pratique de la nutrition clinique. Il n'y a pas de place pour la convivialité, le plaisir, ni pour les aspects symboliques et affectifs de l'alimentation dans l'espace clinique<sup>5</sup>. Or, l'enjeu majeur ici est de savoir comment ces deux dimensions du soin peuvent rester reliées, et comment faire en sorte que cette dimension « relationnelle » ne soit pas mise à l'écart. Est-il possible de donner de la place à cet aspect de l'alimentation dans l'acte de soin d'un patient par sonde ou par cathéter ? Dans le cas de monsieur J., il a été autorisé à boire des liquides, en plus de la nutrition parentérale, pour permettre un minimum de plaisir. La deuxième caractéristique de cette dimension de plaisir implique un lien de type expressif (en opposition au lien cognitif ou technique de la dimension thérapeutique) entre le corps et l'individu. Les cris d'un bébé qui réclame à manger, ou dans le cas de monsieur J., la possibilité d'une expression de la sensation de faim ou de soif ou tout simplement l'expression de son souhait d'avoir un moment de convivialité à l'hôpital,

---

<sup>1</sup> F. Worms, *Le moment du soin, à quoi tenons-nous ? op.cit.*, p. 30.

<sup>2</sup> Diminution de l'albumine dans le plasma. Il s'agit d'un marqueur biologique de l'état nutritionnel.

<sup>3</sup> D'un point de vue historique, ce processus débute au XVII<sup>e</sup> siècle (le passage la théorie humorale à la conception « localiste » de la maladie) et implique la constante différenciation des activités médicales. Le nombre des spécialités augmente, même la médecine générale en France, est une spécialité aujourd'hui. Les spécialités les plus anciennes se divisent en sous-spécialités.

<sup>4</sup> F. Worms, *Le moment du soin, à quoi tenons-nous ? op.cit.*, p. 30

<sup>5</sup> JP. Corbeau, « S'alimenter à l'hôpital : les dimensions cachées de la commensalité », dans *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital XVe-XXe siècles*, o.cit., p. 101-114

doivent être entendus par les médecins. C'est pourquoi il convient de s'interroger sur les qualités morales requises de la part des soignants pour assurer de bons soins nutritionnels. Pour cela l'éthique du *care* nous permet de mener la réflexion.

#### 2.2.4 Le « *care* » ou le souci de l'autre

La notion du *care* recouvre et dépasse les deux dimensions « thérapeutique » et « relationnelle » du soin, et permet ainsi d'interroger l'importance morale mais aussi politique et sociale des qualités d'attention à autrui.<sup>1</sup> Le mot « *care* » est considéré comme difficilement traduisible car il peut prendre divers sens à savoir soigner et prendre soin<sup>2</sup>. Nous utilisons le mot en anglais et préciserons, lorsque ce sera nécessaire, la traduction proposé par S. Paperman: « souci des autres ». Cette notion est définie par B. Fisher et J. Tronto comme :

« Une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre « monde » de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités (*selves*) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutienne la vie<sup>3</sup>. »

Ainsi, le *care* est un soin intégré. Il valorise et fait du souci des autres l'élément essentiel de l'éthique. Ainsi, l'éthique du *care* permet de reconnaître l'importance des valeurs morales nécessaires à chaque étape des soins nutritionnels. Nous allons en premier lieu voir comment ils sont conçus en Europe, notamment en France, pour ensuite montrer qu'il s'agit d'une activité clinique qui relève du *care*.

Les soins nutritionnels (*nutritional care*) ont été récemment définis par des experts européens. La campagne « Soins Nutritionnels Optimaux Pour Tous (*optimal nutritional care for all, ONCA*)<sup>4</sup> » a été lancée en 2014. Son but est de faciliter un plus grand dépistage du risque de malnutrition/dénutrition et la mise en œuvre de soins nutritionnels à travers l'Europe. Cette campagne est une initiative promue par ESPEN et

---

<sup>1</sup> P. Paperman, S. Laugier, *Le Souci des Autres*, Paris, éditions de L'EHESS, 2011, p. 10.

<sup>2</sup> F. Worms, « le soin et la care » dans *Le moment du soin, à quoi tenons-nous ?*, op.cit. , p. 245. P. Paperman, S. Laugier, *Les Souci des Autres*, op.cit. , p. 22.

<sup>3</sup> J. Tronto « *Care démocratique et démocraties du care* », dans *Qu'est-ce que le care ?*, Paris, Payot et Rivages, 2009, p. 37.

<sup>4</sup> <http://www.european-nutrition.org/index.php/activities>

d'autres sociétés scientifiques nationales en Europe. Leur vision a été décrite dans une chartre signée en 2014 par tous ceux qui soutiennent ONCA :

« Chaque patient dénutri ou à risque de dénutrition est systématiquement dépisté et a accès aux soins nutritionnels appropriés, équitables et de qualité.<sup>1</sup> »

Leur ambition est que les soins nutritionnels intègrent les soins de santé en général. Ils formulent les exigences suivantes:

- *Améliorer les soins nutritionnels* est une responsabilité de tous les acteurs, à savoir les patients, les professionnels soignants, les gouvernements, les décideurs politiques, les éducateurs, l'industrie.
- *Améliorer les soins nutritionnels* requiert une approche multidisciplinaire.
- *La meilleure pratique de soins nutritionnels* doit être adoptée partout en Europe.

En France, à la fin des années 90, la réflexion sur l'alimentation dans le milieu hospitalier conduit à mettre en place deux dispositifs d'offre de soins nutritionnels. Leur mise en œuvre a été progressive et soutenue par les trois Programmes Nationaux Nutrition-Santé (PNNS)<sup>2</sup>. Le « Comité Liaison Alimentation Nutrition » (CLAN) est organisé comme une structure consultative à l'intérieur de chaque hôpital et il a pour mission d'apporter son conseil sur la prise en charge de l'alimentation et de la nutrition, mais aussi de soutenir des actions pour résoudre les problèmes dans ce champ et de former le personnel impliqué. Depuis 2002, il est recommandé de mettre en place des CLAN dans tous les établissements de santé. Cette démarche fait suite à l'initiative des établissements, mais elle n'est pas obligatoire. Depuis 2008, des Unités Transversales de Nutrition Clinique (UTNC)<sup>3</sup> existent de manière expérimentale. Il s'agit de concevoir la nutrition clinique comme une activité transversale qui

---

<sup>1</sup> <http://www.espen.info/wp/wordpress/wp-content/uploads/2014/11/ENHA-Charter.pdf>

<sup>2</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé et Direction générale de l'offre de soins, *Synthèse pédagogique sur l'organisation transversale de la nutrition au sein des établissements de santé et médico-sociaux, Bilan de l'expérimentation des UTNC 2008-2011 et propositions*. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_pedagogique\\_organisation\\_transversale\\_nutrition\\_etablissements\\_de\\_sante\\_et\\_medico-sociaux.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_pedagogique_organisation_transversale_nutrition_etablissements_de_sante_et_medico-sociaux.pdf). (consulté le 4 septembre 2015).

<sup>3</sup> Cette organisation des soins nutritionnels existe depuis 1975 dans différents pays comme l'Allemagne, la Suisse, le Portugal, les Etats Unis et la Colombie. En France, elles existent manière expérimentale depuis 2008.

« s'attache à répondre à une large diversité de situations cliniques, de sévérité variable et réparties de façon disparate dans tous les secteurs de soins aujourd'hui identifiés en pôles<sup>1</sup>. »

L'organisation transversale de la nutrition clinique a pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en organisant l'évaluation systématique de l'état nutritionnel des patients dans les 48 premières heures d'hospitalisation; sa surveillance ainsi que l'intégration du traitement nutritionnel et l'éducation du patient dans le projet de soins afin de répondre aux objectifs suivants :

- Améliorer les capacités d'adaptation et de résistance aux agressions physiques, toxiques, infectieuses et psychologiques aggravées par les troubles nutritionnels et accroître les chances de succès thérapeutique.
- Réduire la consommation médicamenteuse et les coûts de prise en charge des pathologies.
- Diminuer la durée d'hospitalisation.
- Améliorer la qualité de vie des personnes présentant des troubles nutritionnels.

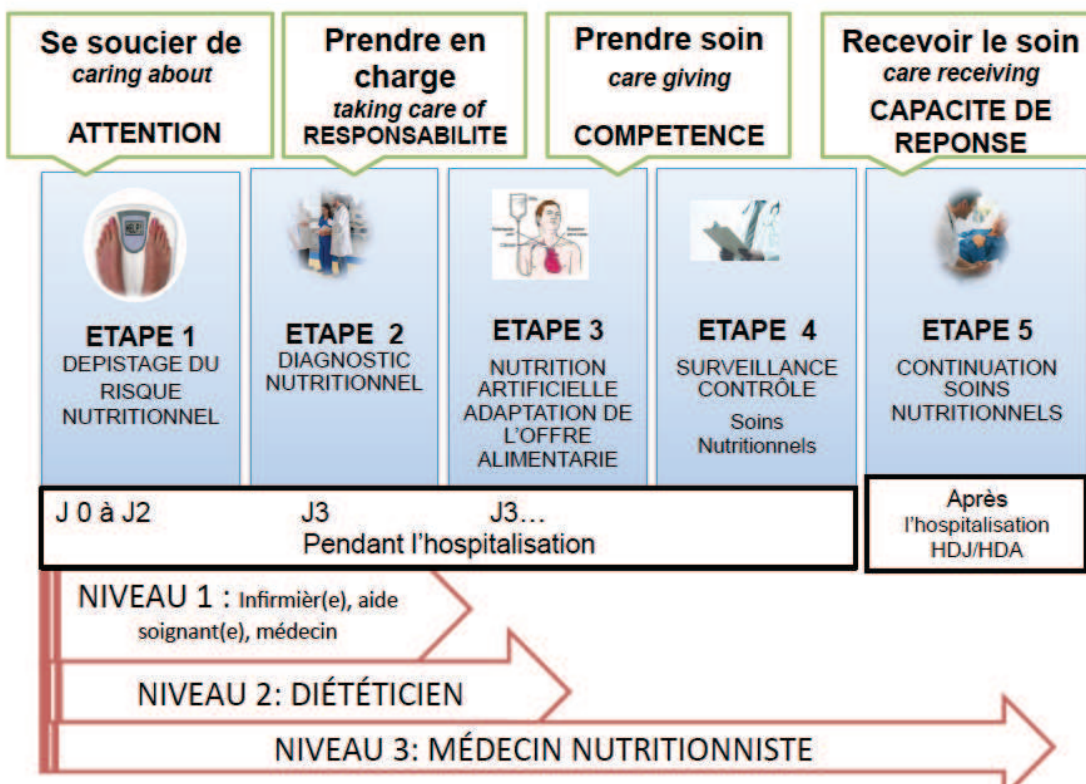
Elle doit aussi contribuer à

- l'amélioration des prestations de la chaîne alimentation – nutrition dans les établissements de santé, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation mais également dans les établissements Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en lien avec la médecine de ville.
- l'information et à la formation des différents acteurs de la filière de soins.

Cette organisation de la nutrition clinique peut se décliner sur trois niveaux (figure 6): le dépistage et l'adaptation de l'offre alimentaire, la prise en charge spécialisée et la prise en charge experte. Chacun de ces niveaux concerne différents acteurs.

---

<sup>1</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé et Direction générale de l'offre de soins, *Synthèse pédagogique sur l'organisation transversale de la nutrition au sein des établissements de santé et médico-sociaux, Bilan de l'expérimentation des UTNC 2008-2011 et propositions. op.cit. p.5*



**Figure 6. L'organisation des soins nutritionnels et le processus du *care*.**

Nous pouvons faire correspondre chaque étape de ce modèle et ses niveaux avec les étapes du processus du *care* décrites par J. Tronto<sup>1</sup>. (Figure 6) Cela nous permettra de déterminer les qualités morales nécessaires aux soins nutritionnels et du coup de définir un acte de *care* intégré ou holistique c'est-à-dire bien accompli. L'identification du risque et le diagnostic de l'état nutritionnel (étapes 1 et 2) implique le fait de se soucier de quelqu'un et de quelque chose : cela correspond au « *caring about* » au fait de « se soucier de », ce qui est la première des quatre phases du *care*. Cette première exigence requiert une compétence morale, celle de l'attention, à savoir un « regard juste et affectueux porté sur une réalité individuelle<sup>2</sup> ». Cela suppose une « pensée vide... prête à recevoir dans sa vérité nue l'objet qui va la pénétrer<sup>3</sup> ». Autrement-dit, l'attention selon Tronto, citant S. Weil, implique pour le soignant d'identifier les besoins du patient

<sup>1</sup> P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman, « Care et politique chez Joan Toronto », dans *Qu'est-ce que le care ?* Paris, Payot et Rivages, 2009, p. 75.

<sup>2</sup> J. Tronto « *Care démocratique et démocraties du care* », dans *Qu'est-ce que le care ?*, Paris, Payot et Rivages, 2009.

<sup>3</sup> Simone Weil cité par J. Tronto, *Un monde vulnérable*, Paris, La Découverte, 2009, p. 174.

vulnérable, en respectant sa singularité et en oubliant ses *a priori*<sup>1</sup>. Le care suppose aussi le souci de soi parce

« qu'il ne faut pas être trop encombré par ses propres angoisses pour être capable d'entendre l'autre<sup>2</sup>.»

Il est nécessaire que le médecin oublie ses peurs qui pourront l'empêcher de connaître les attentes et les désirs du patient. Il s'agit pour le médecin de reconnaître le besoin spécifique d'une personne afin d'opérer une prise en charge nutritionnelle (besoin en nutriments). Il s'agit aussi d'identifier les habitudes alimentaires de la personne et de prendre en compte les besoins affectifs et sociaux liés à l'alimentation. Le patient recevant le support nutritionnel ne doit pas être un récepteur passif du soin. Il pourrait orienter le soin en fonction de ses préférences et de ses choix. Le médecin doit ainsi constater ce besoin et évaluer sa capacité de réponse. Les qualités d'empathie et de solidarité sont essentielles pour ne pas imposer aux malades ses propres préférences nutritionnelles.

Cela conduit à l'établissement d'un type de réponse appropriée (étape 2), le « *taking care of* » ou « prendre en charge » qui implique de reconnaître la responsabilité qu'il y a à nourrir la personne malade. Cette responsabilité est partagée et concerne tous les acteurs du soin. Le médecin devrait alors s'assurer qu'il existe toutes les conditions nécessaires pour faire face aux besoins de la personne et instaurer le support nutritionnel qui lui est nécessaire. Cela inclut la mise en place de politiques institutionnelles de prise en charge de la dénutrition, de programmes d'éducation thérapeutique<sup>3</sup>, la disponibilité permanente des produits nutritionnels, la disponibilité et la formation du personnel soignant. Dans cette phase, les actions visent un but bien précis : lutter contre la dénutrition. Cela permet l'activité directe du contact avec le patient, la rencontre avec autrui à travers son besoin. Le médecin doit être en mesure de répondre de la meilleure manière, soit par une alimentation orale adaptée, soit par une nutrition artificielle selon chaque situation particulière. Il s'agit de la phase du « *care giving* » ou « prendre soin ».

---

<sup>1</sup> C. C. Pelluchon, *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité, les hommes, les animaux, la nature*, Paris, Cerf, *op.cit.*, p. 289.

<sup>2</sup> C. Pelluchon, « La vulnérabilité en fin de vie », *JALMAV*, 2013, n° 111, p. 27-46.

<sup>3</sup> Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. » Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, *Thérapeutique Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998.



Le trait moral nécessaire dans cette phase est la compétence. Cela nous amène à souligner l'importance de la formation des médecins dans la constitution d'une bonne éthique professionnelle. Nous reviendrons sur ce point dans la troisième partie de la thèse. L'étape 4 correspond au dernier moment moral, le « *care receiving* » ou « recevoir le soin » qui permet l'évaluation de la qualité du processus du *care* par tous les acteurs. La qualité morale requise est la capacité de réponse, de réactivité. Le médecin est ici en mesure de reconnaître la manière dont le patient réagit aux soins nutritionnels et si le soin prodigué correspond vraiment à ce dont le patient avait besoin.

Dans ce cadre, un « bon » soin nutritionnel permet de donner une réponse à la dénutrition, à cette double vulnérabilité caractéristique de la dénutrition que nous avons décrite plus haut. C'est, en effet, une attitude qui suppose pour les soignants des qualités morales : l'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse. Pour les patients, dans le cas de Monsieur J., l'attention portée à son état nutritionnel dès son arrivée à l'hôpital a permis de mettre en place, avant et après la chirurgie, les soins nutritionnels. Ces soins ont nécessité une nutrition artificielle, mais aussi une attention à son besoin d'hydratation et au maintien d'un minimum de confort et de plaisir, éprouvés par la bouche. La prise en charge nutritionnelle s'est intégrée aux soins médicaux généraux. Cette attitude initiale du « *caring* » est donc indispensable pour cette intégration. Les soins nutritionnels ont été le fait d'une équipe multidisciplinaire de nutrition qui a fait appel aux compétences techniques et aux qualités morales de ses membres. Cependant, la réalité aujourd'hui montre que la nutrition clinique est ignorée par la médecine dans la plupart des institutions, en France et à l'étranger. Comment, dans ce contexte, développer cette « *caring attitude* » dans la nutrition ? Quel sens donner aux soins nutritionnels ?

L'attention est le premier aspect moral du soin, qui permet de définir les besoins et d'y répondre. J. Tronto la définit d'abord en opposition à l'ignorance et à l'indifférence,

« L'éthique du *care* devrait traiter l'ignorance des autres comme une forme de mal moral. Dans les sociétés modernes complexes, nous disposons de sources d'information sans égal sur la situation des autres. Cependant, il est tentant de les ignorer, de les écarter, et de nous préoccuper exclusivement de nous-mêmes. La simple reconnaissance des besoins de ceux qui nous entourent est une tâche difficile, et l'attention aux autres représente donc bien un accomplissement moral<sup>1</sup>. »

---

<sup>1</sup> J. Tronto, *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, Paris, Editions La Découverte, 2009, p. 173.

Le *care* suppose donc, un sujet qui n'est pas seulement autoréférentiel mais qui s'intéresse au sort d'autrui. Les informations sur la situation nutritionnelle sont connues et bien documentées depuis plusieurs décennies. Il convient aussi de noter que la médecine continue à ignorer et à écarter encore aujourd'hui cette problématique. Comment la nutrition clinique pourrait-elle être intégrée dans la pratique mise en œuvre par les soignants ? L'attention, bien que première dans l'ordre du processus du *care*, n'est pas une priorité pour le soignant. Cette attitude semble, selon J. Tronto, être soit un acte volontaire, soit un acte acquis d'après une transformation progressive par imitation ou par invitation<sup>1</sup>. Comme acte volontaire, elle se manifeste comme l'attention portée aux personnes les plus vulnérables. Les médecins privilégient les malades ayant des diagnostics et des maladies qui correspondent à leur sensibilité et à leur formation, ceci afin de les soigner, sans prendre en considération la dénutrition : la dénutrition est donc « invisible » pour les médecins. Donner de la visibilité à cette problématique implique de reconnaître non seulement un acte technique, mais cela exige aussi de la part des médecins une sensibilité particulière à ce problème. Pour rendre les médecins sensibles et qu'ils puissent être attentifs à cette problématique, il est nécessaire des premières années de médecine de mettre en place des formations théoriques et pratiques en nutrition. Il faut les éduquer à rendre visible la problématique nutritionnelle et à lui conférer un véritable statut thérapeutique dans la pratique soignante. Nous aborderons cette question particulière de la formation à la nutrition des médecins dans la troisième partie de la thèse.

Si la transmission et l'éducation des médecins ne suffisent pas pour lutter contre cette invisibilité, l'empathie, considérée comme la conscience d'un soi vulnérable, pourrait alors s'avérer essentielle. Il s'agit de considérer que nous sommes tous vulnérables et donc que nous sommes ou serons tous bénéficiaires du *care*. La vulnérabilité est donc « celle de tout un chacun du fait de son appartenance à l'espèce humaine.<sup>2</sup> » C'est en reconnaissant que nous avons tous eu besoin d'autrui pour nous alimenter, (comme nous nourrissons, par exemple) qu'il deviendrait envisageable d'être davantage capables de prendre soin d'autrui et d'acquérir les traits moraux liés au *care*. Cependant, il y a là une frontière qu'il est nécessaire de reconnaître, entre le souci des autres et la reconnaissance de la réciprocité des besoins.

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p.175

<sup>2</sup> P. Paperman, « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel », dans *Le Souci des Autres*, op.cit. , p. 329.

La philosophie de E. Levinas permet de concevoir la responsabilité envers autrui comme passivité, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un appel qui vient de l'extérieur et qui m'oblige à répondre à autrui. La source de l'éthique est extérieure à moi<sup>1</sup>. C'est son visage, l'existence d'autrui qui convoque la responsabilité. Cela s'explique par le fait que l'origine de la responsabilité n'est pas en moi, mais en autrui : son existence et sa vulnérabilité m'obligeant. Autrui prend la première place. C'est la parole ou la détresse d'autrui qui est première et qui attend donc, de ma part, une réponse, une prise en compte de cette détresse devant laquelle il me revient de réagir<sup>2</sup>. La responsabilité n'est pas relative à une obligation ou à un engagement préalable ni le fruit d'une décision volontaire<sup>3</sup>. Ce qui est premier, ici est un appel qui est perçu : on n'attend pas une *action* qui puisse m'être ou non attribuée, mais je reçois « l'appel » de l'autre. La responsabilité suppose donc l'asymétrie dans la relation. Il y a une obligation non dans le sens classique du terme, mais dans la relation entre l'appel et la réponse. Dans cette passivité, le sujet responsable est l'otage d'autrui car pour être vraiment sujet, « pleinement humain », il doit être responsable d'autrui. Cependant, cette responsabilité n'est pas attribuée au sujet d'une action passée, elle ne se réfère pas non plus à une action jugée comme bonne ou mauvaise. Il s'agit ici pour l'auteur d'« inventer une attitude à l'égard d'autrui ». Autrui n'est pas victime d'une action, mais il est vu comme infiniment vulnérable. Ainsi, la conception éthique de Levinas permet de penser l'interdiction du meurtre, « tu ne tueras pas ». Cela doit se comprendre comme l'interdiction de faire mourir mais aussi comme l'interdiction d'autres formes possibles de la disparition et de l'humiliation, ou de la réduction de l'autre homme à un objet, déchu de sa dignité. Cela se traduit par une action : faire le bien à autrui, mais avant tout, par le fait de *donner de soi*. Selon l'expression de Levinas : « Pour l'autre, malgré soi, à partir de soi »<sup>4</sup>.

Avec Levinas, la responsabilité de nourrir l'homme malade se conçoit comme une disposition. La souffrance de l'autre est une charge :

---

<sup>1</sup> C. Pelluchon, *Tu ne tueras point*, Paris, Cerf, 2013, p. 43.

<sup>2</sup> Je peux à mon tour devenir cet autre qui a besoin d'aide.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 44.

<sup>4</sup> E. Levinas, *Autrement qu'être, ou, Au-delà de l'essence*, Martinus Nijhoff, La Haye, 1974, p. 71.

« " Laisser des hommes sans nourriture est une faute qu'aucune circonstance n'atténue ; à elle ne s'applique pas la distinction du volontaire et de l'involontaire" dit Rabbi Yochanan<sup>1</sup>. »

L'origine de cette responsabilité n'est pas dans le médecin lui-même, mais en autrui – dans le fait de son existence vulnérable. Ainsi, à partir du constat que ma responsabilité consiste à répondre à l'appel d'autrui, non seulement je ne peux le laisser mourir de faim, mais de plus, je dois être en mesure de définir quelle est la meilleure nourriture que je dois lui proposer. Du coup, il est nécessaire de nous interroger sur le sens à donner alors à l'aliment lorsqu'il est artificiel et qu'il s'agit de nourrir l'homme malade. Il est question ici de savoir comment le médecin doit concevoir l'intégration des soins nutritionnels dans la prise en charge globale du malade.

Pour Levinas, la nourriture n'a pas pour finalité uniquement de couvrir un besoin ou de répondre au manque physiologique.

« La vie ne consiste pas à rechercher et à consommer les carburants fournis par la respiration et la nourriture, mais, si l'on peut dire, à consommer des nourritures terrestres et célestes. (...) Ce dont nous vivons ne nous asservit pas, nous en jouissons<sup>2</sup>. »

Le monde de nourritures constitue le milieu où l'homme baigne et où se trouvent les choses dont l'homme vit et qui sont à la fois naturelles et culturelles<sup>3</sup>. Il s'agit d'une notion qui interroge non seulement les rapports entre les hommes, mais aussi la manière dont ils s'approprient les éléments ou nourritures et se partagent les ressources. Dans le monde des nourritures, où les aliments ne sont pas de simples carburants ou des moyens pour obtenir l'énergie nécessaire à la vie, la nourriture est « jouissance », « vivre de... ». C'est « la modalité selon laquelle s'accomplit le rapport au monde de la subjectivité sensible et corporelle »<sup>4</sup>. L'homme jouit de ce qu'il consomme : « d'air, de lumière, d'aliments, de travail, de spectacle »<sup>5</sup>. Pour comprendre cette thèse, Levinas souligne que la relation de l'homme au monde doit être comprise à partir de la corporéité et, plus précisément, de la nature de la sensibilité qui est en jeu. La corporéité doit être comprise comme ce qui se pose dans le monde avant toute intentionnalité. Avant de se rapporter à l'extériorité, la réalité du corps se fonde sur un contact avec la terre elle-même afin de pouvoir s'orienter et d'accueillir au sein de cette position

---

<sup>1</sup> E. Levinas, *Autrement qu'être, op.cit.*, p 219, *Totalité et infini (1961)*, Paris, Ed Le Livre de Poche 1994, p.219, Levinas cite à Rabbi Yochanan, *Traité Synhedrin* 104b.

<sup>2</sup> E. Levinas, *Totalité et infini*, Paris, biblio essais, 1971, p. 117-118.

<sup>3</sup> C. Pelluchon, *Les Nourritures, Philosophie du corps politique*, Paris, Seuil, 2015, p. 286.

<sup>4</sup> J. P. Zander, *Les Vocabulaires des Philosophes*, Paris, Ellipses, 2002 p.835.

<sup>5</sup> C. Pelluchon, *Les Nourritures, Philosophie du corps politique, op.cit.*, p.10.

l'expérience avec les objets extérieurs. Ainsi, le corps, en tant que position originale et première, se conjugue avec le fait de se tenir debout, dans un présent au sein duquel le sujet coïncide avec lui-même. De ce point de vue, le monde est sensible, au sens où il est donné. Cette sensibilité ne cherche pas à connaître, à appréhender par les sens, les données de la réalité extérieure qui affectent le corps mais à contenter le corps lui-même. La sensibilité est aussi ce qui permet un regard de celui qui mange envers la nourriture. Ceci est essentiel car, dans ce contexte, ce n'est pas la faim qui motive le besoin, mais la sensibilité. La nourriture n'est pas seulement un moyen mais une fin, au sens où on a du plaisir à manger, au sens où le fait de manger l'aliment reconstitue une force mais nourrit aussi une vie. Manger, c'est apaiser sa faim mais aussi goûter aux aliments en éprouvant du plaisir. La nourriture n'est pas un « ustensile »<sup>1</sup> selon le sens de Heidegger, à savoir une chose qui nous entoure, ce qui peut servir à quelque chose. Elle assure le souci d'être, mais répond à une dimension de l'existence ce qui est le plaisir.

Or, dans le cadre clinique, la nutrition quand elle n'est pas ignorée, est conçue, soit comme un simple acte de restauration afin de remplir un besoin physiologique, soit comme un médicament qui a pour but de guérir la dénutrition, excluant la notion de plaisir et ses significations phénoménologiques affectives, sociales et culturelles. Comme dans le cas de monsieur J. après l'alimentation orale la NP, la NE et les SNO se sont succédés avec le but de traiter et de prévenir la dénutrition. Il a été autorisé à boire des liquides, en plus de la nutrition parentérale, pour permettre un minimum de plaisir. Cela peut sembler peu, mais maintenir le sens de l'alimentation dans toutes ses dimensions peut signifier beaucoup pour le patient. Ainsi, l'oralité :

« dessine un rapport au monde qui nous installe au cœur de notre existence, dans des activités où le biologique et le symbolique, l'intime et le social, le naturel et le culturel, le matériel et le spirituel se rejoignent, comme dans la cuisine, l'érotisme et l'art<sup>2</sup>. »

Par l'aliment, nous sommes reliés aux autres êtres humains. L'aliment ne nous parvient pas tout de suite par nature, il requiert le travail d'autrui et pose le problème du partage avec les autres hommes et les autres espèces<sup>3</sup>. Nous mangeons avec les autres, en famille et avec les amis dans la convivialité, et parce que quelqu'un prépare notre

---

<sup>1</sup> M. Heidegger *Etre et temps*, Trad. Rudolf Boehm et Alphonse De Waelhens, éditions Gallimard, Paris, 1964, p.70.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 52.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 22.

aliment (ou non) qui est issu d'une production agricole parfois industrielle. Nous sommes donc, dès que nous mangeons, responsables à l'égard d'autrui. Ainsi, avant de rencontrer le visage d'autrui qui me désigne comme responsable, l'aliment et de manière générale les nourritures, soulignent le caractère relationnel au sujet et le fait que « l'existence est d'emblée une position éthique »<sup>1</sup>. Selon C. Peluchon,

« Mon rapport aux nourritures est le lieu originaire de l'éthique. L'éthique n'est pas seulement la dimension de mon rapport à autrui ; elle dépend aussi de mon rapport aux nourritures<sup>2</sup>. »

Sur ce point, l'enjeu est de savoir comment le fait de nourrir l'homme malade, modifie son rapport à l'aliment. En transformant l'aliment en alimentation artificielle, la tendance est alors d'exclure la convivialité de cet acte alimentaire qui se réduit à une prise alimentaire. Toutefois, cela ne nous déresponsabilise pas de nourrir les hommes malades. En effet, la nutrition artificielle est issue d'une production industrielle qui implique de concevoir la nutrition dans un marché pharmaceutique liée à la concurrence des prix et à des stratégies commerciales. Notre responsabilité dans le fait de nourrir artificiellement l'homme malade est de nous assurer de la disponibilité de la nutrition pour tous les malades. L'homme malade ne sort pas du monde des nourritures par le fait de se nourrir artificiellement. La nutrition clinique doit se placer au centre des préoccupations de la médecine parce que **l'acte de nourrir constitue en lui-même une exigence éthique.**

Par conséquent, il n'y a pas de place pour un clivage entre « *cure* » et « *care* ». La nutrition de la personne malade par voie orale ou artificielle, doit être évaluée dans la perspective du *care* et participer à la guérison (*cure*) du patient. Cette pratique doit être conçue par le médecin comme un acte ayant un unique objectif, celui du « soin ». Nourrir l'homme malade nécessite un engagement éthique qui se conçoit comme la mise en œuvre d'une pratique des soins nutritionnels, mais aussi comme une « attention soutenue à l'égard de l'autre »<sup>3</sup>. En outre, l'analyse de Levinas s'avère indispensable, dans la mesure où le rapport de l'homme à la nourriture se double d'un rapport éthique, voire fraternel à autrui. La position de C. Pelluchon souligne la dimension éthique de l'acte même de manger, et cela est également vrai lorsqu'il s'agit de nourrir l'homme malade.

---

<sup>1</sup> *Ibid.*

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.21-22.

<sup>3</sup> P. Peperman, S. Laugier, *Le Souci des Autres*, op.cit. , p.15.

## 2.3 Cas No. 3 : Nutrition clinique et dignité humaine

### CAS No 3<sup>1</sup>.

#### ***Le cas de Monsieur DS, Maladie de Parkinson***

- DS, un homme de 78 ans, souffre de la maladie de Parkinson (MP) depuis six ans. Il est atteint d'un diabète de type 2 depuis 2 ans. Traité initialement par le seul régime, il est, depuis quelques mois, traité par insuline en raison de la néphropathie diabétique débutante (protéinurie). Les symptômes de la MP ont progressé au fil du temps et le patient est maintenant incapable de marcher. Il présente des dyskinésies sévères, avec des épisodes d'akinésie / rigidité plus réguliers malgré le traitement pharmacologique. Sa taille est de 1,70 m et son poids de 57 kg, soit un IMC de 19 kg / m<sup>2</sup>.

Un médecin lui recommande un régime alimentaire faible en protéines afin de limiter l'interaction avec le traitement de la MP. DS débute le régime faible en protéines, avec seulement une petite portion de protéines animales pour le dîner (environ 20g de protéines / jour). Le patient manifeste une intolérance aux produits laitiers.

DS perd du poids après 2 semaines de régime. Son taux de glycémie s'aggrave. Aucune différence n'a été notée dans la fréquence et la durée des épisodes d'akinésie. Il a été recommandé qu'il arrête le régime alimentaire faible en protéines. Deux ans plus tard, il est admis à l'hôpital en raison d'une infection respiratoire. La MP a progressé avec une dysphagie modérée à sévère et la déficience cognitive s'aggrave. Au cours de l'admission à l'hôpital, le patient est incapable de manger à cause de la dyspnée. Une nutrition artificielle s'impose.

Lors de l'hospitalisation, le patient présente des troubles cognitifs modérés qui n'ont pas empêché de l'interroger sur sa volonté de recourir à la nutrition artificielle. Il a accepté comme sa famille, la mise en place d'une sonde d'alimentation. Comme il fallait s'y attendre, un traitement à long terme (dysphagie modérée / sévère), avec

---

<sup>1</sup> Cas disponible sur LLL, Topic 25 : Nutritional Support in Neurological Diseases.

une sonde gastrique percutanée (PEG), a été mise en place. Au cours de l'hospitalisation, la gastroparésie (complication du diabète et de la thérapie médicamenteuse) est devenue évidente. En dépit d'un traitement procinétique et de l'assistance en continu d'une pompe pour la nutrition entérale, une pneumonie d'aspiration est apparue, associée aux volumes gastriques résiduels élevés. La nutrition a été rétablie avec succès en utilisant une extension de jéjunostomie et le patient a quitté l'hôpital avec une nutrition entérale à domicile. Pendant les mois suivants, la situation clinique s'est progressivement détériorée et il a développé une démence avancée qui a généré une détresse considérable chez les membres de la famille. Le patient a été transféré vers un centre de soins de longue durée.

### 2.3.1 Le problème éthique

La démence n'est pas synonyme de fin de vie. Cependant, la démence<sup>1</sup> est une maladie progressive et incurable qui conduit à une perte complète de la fonction cognitive et à une mort subséquente. Elle se caractérise par une détérioration progressive et/ou épisodique de la capacité décisionnelle, ce qui entraîne une altération de son autonomie, condition requise pour que le patient puisse exprimer son consentement<sup>2</sup>. Il existe plusieurs stades évolutifs allant du stade pré-démontiel au stade terminal<sup>3</sup>. Le stade terminal se caractérise par une altération profonde des fonctions supérieures (aphasie, apraxie, non-reconnaissance de l'entourage proche) associée, notamment, à des troubles du comportement, une incontinence urinaire et fécale, un état grabataire et des troubles de l'alimentation. La sociabilité des patients déments est altérée, mais une communication bilatérale avec le soignant est possible. Il faut reconnaître que ces patients sont capables d'exprimer leur volonté, même si cela passe par une communication souvent non verbale<sup>4</sup>. Il ne faut pas le confondre avec l'état des patients en états de conscience altérée (état végétatif chronique et état pauci relationnel). Ces patients, en raison de leurs troubles moteurs et cognitifs majeurs, sont dépendants

---

<sup>1</sup> Syndrome démentiel, dont l'étiologie la plus connue est la maladie d'Alzheimer. Il existe d'autres démences apparentes comme la démence de Parkinson, la démence vasculaire ou la démence à corps de Lewy. Ceux-ci répondent à des critères diagnostiques précisément du DSM-IV et de la CIM 10.

<sup>2</sup> La notion de consentement est fondamentale en éthique et en droit. Article 16-3 du Code civil, l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique ou encore l'article 37 du Code de déontologie médicale, intégré au Code de la santé publique.

<sup>3</sup> B. Duzàn, P. Fouassier, « Maladie d'Alzheimer et fin de vie : aspects évolutifs et stratégies thérapeutiques », *Médecine palliative* 2011, 10, p.230-244.

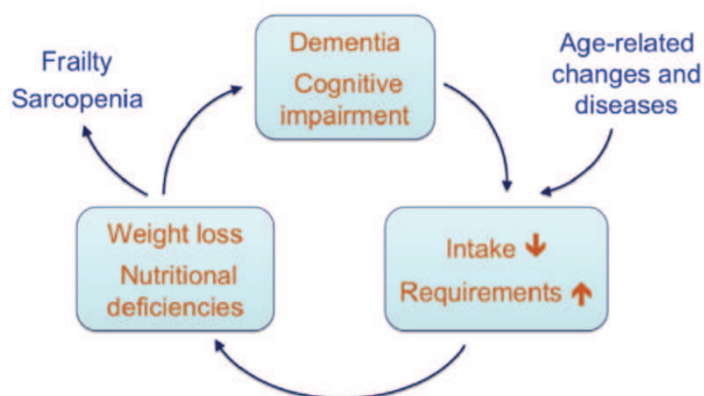
<sup>4</sup> C. Pelluchon, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, op.cit. p. 179.



pour toutes les activités de la vie et présentent un défaut de communication et d'interaction avec le monde extérieur.

Les décisions cliniques pour les patients déments doit tenir en compte du pronostic de la maladie. Il faut savoir que la survie moyenne après le diagnostic est de huit ans pour les patients ayant entre 65 et 70 ans. La phase de démence sévère peut durer de une à trois années selon la gravité, mais souvent les patients peuvent vivre plus de vingt ans.<sup>1</sup> Le risque de décès augmente avec la sévérité de la démence ou l'âge de la personne. Toutefois, la « fin de vie » ou la phase terminale est souvent difficile à pronostiquer.

La démence et les maladies associées entraînent un impact sur l'apport nutritionnel<sup>2</sup>. (Figure 7) Dans le cas de Monsieur DS, l'évolution de la maladie de Parkinson, de la démence et du diabète ainsi que les régimes restrictifs ont entraîné un état de dénutrition. La dénutrition et la perte de poids dans la démence sont corrélées avec le déclin cognitif et la progression de la maladie<sup>3</sup>. La dénutrition aggrave la démence et la démence aggrave la dénutrition. Ainsi, la démence et les problèmes nutritionnels provoquent une forte charge de souffrance pour les patients qui aggravent leur dépendance, l'anxiété, la dépression et les comorbidités.



**Figure 7. Cercle vicieux de dénutrition et démence<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup> *Ibid.*

<sup>2</sup> D. Volkert, M. Chourdakis, G. Faxen-Irving, T. Frühwald, F. Landi, M. H. Suominen, M. Vandewoude, R. Wirth, S.M. Schneider, «ESPEN guidelines on nutrition in dementia», *Clinical Nutrition* 2015, vol. 34, p.1052-73.

<sup>3</sup> S. Guerin, S. Andrieu, S.M. Schneider, M. Milano, R. Boulahssass, P. Brocker, B. Vella. «Different modes of weight loss in Alzheimer's Disease: A prospective study of 395 patients » *Am. J. Clin. Nutr.* 2005, vol. 82, p. 435–441.

<sup>4</sup> D. Volkert, M. Chourdakis, G. Faxen-Irving, T. Frühwald, F. Landi, M. H. Suominen, M. Vandewoude, R. Wirth, S.M. Schneider, «ESPEN guidelines on nutrition in dementia», *op.cit.*, p.1052-73.

Nous avons déjà analysé la double vulnérabilité qu'implique la dénutrition : il s'agit de l'affaiblissement physique (avec la possibilité de perdre la vie et la perte de l'autonomie), mais aussi de l'absence de reconnaissance de ce diagnostic. La dénutrition et la démence affectent non seulement les patients mais également leurs familles. Pour ces dernières, ce problème est une véritable source d'anxiété et de stress car cette situation peut devenir une charge lourde si l'on pense au temps passé à soigner le malade. Les altérations de l'humeur propres aux étapes évolutives de la démence entraînent des altérations du goût et du caractère. La progression de la démence

« Inflige à l'entourage une blessure importante, parce que au-delà de la dépendance et de la nécessité de s'occuper du malade en veillant à la sécurité de la maison, les enfants et les petits enfants ne le reconnaissent plus du tout et s'éloignent parfois de lui<sup>1</sup>. »

Pour la société, ce problème est vécu comme un énorme fardeau financier vu la charge de soins de santé nécessaires et les coûts associés. Une prise en charge nutritionnelle adéquate et raisonnable est alors nécessaire, et en particulier dans le cas d'un patient atteint de démence dont la capacité de décision est compromise.

Pour étudier ce cas, il faut tenir en compte des résultats des analyses des cas précédents. Le cas clinique n° 1 nous a permis de mettre à jour la modalité selon laquelle le support nutritionnel qui suit le diagnostic de dénutrition est censé répondre à la vulnérabilité particulière qu'implique ce diagnostic. Le cas clinique n° 2 nous a montré que le fait de nourrir l'homme malade nécessite un engagement éthique qui suppose une « attention soutenue à l'égard de l'autre » et une conception du support nutritionnel comme un véritable soin. Il s'agit alors pour le cas n° 3 de concevoir les soins nutritionnels des personnes atteintes de démence dans une perspective du respect des principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice. Autrement dit, le support nutritionnel par régime alimentaire spécial ou par sonde doit se faire en respectant le souhait d'alimentation du patient, ses goûts et ses préférences, mais aussi dans la perspective d'un bénéfice clinique au sens où l'amélioration de la dénutrition doit lui permettre d'être en meilleure santé et d'avoir une meilleure qualité de vie. Elle doit aussi faire en sorte que l'évolution de sa démence n'altère pas trop son confort et que les risques de complication liés à la maladie soient réduits. Ces effets bénéfiques et

---

<sup>1</sup> C. Pelluchon, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, op.cit., p. 177.

la diminution des risques ont des implications économiques importantes dans le sens où ils pourraient contribuer à baisser les coûts en santé grâce à une moindre utilisation des médicaments et à des séjours moins fréquents à l'hôpital.

Dans ce contexte-là, nous avons identifié deux questionnements. Le premier problème concerne les difficultés à respecter le principe d'autonomie. S'il est possible de considérer que ce principe est respecté car monsieur DS a donné initialement son consentement, l'absence de consensus à propos de la pratique du support nutritionnel pourrait se traduire par des difficultés dans l'information au patient. En effet, le consentement du patient à tout acte médical est forcément lié à l'information. Cela veut dire que la condition pour que le patient puisse donner son consentement libre et éclairé est l'adéquation de l'information sur les soins proposés. Ainsi, le médecin est dans l'obligation d'informer de manière détaillée le patient (ou la famille dans certains cas) sur les caractéristiques, les bénéfices et les risques des soins (code de déontologie médicale et loi de mars 2002), information qui, nous allons le voir, est aujourd'hui controversée dans ce type de cas. Deuxièmement, si l'on considère que le principe d'autonomie est respecté car monsieur DS a donné initialement son consentement à la pose de la sonde pour l'alimentation artificielle, il s'agit également de savoir comment le respect de ce principe est maintenu au cours de l'évolution de la maladie. Ces deux questionnements nous amènent à nous questionner sur les raisons pour lesquelles un patient, dont la capacité de décision est compromise et le pronostic incertain, continue d'être nourri.

### **2.3.2 Le support nutritionnel dans la démence**

Lorsque les patients âgés présentant des troubles cognitifs ne peuvent plus s'alimenter de manière naturelle (risques vitaux en lien avec la dysphagie comme le risque d'aspiration), le médecin a souvent recours à la limitation de l'alimentation par la bouche (*Nil per os*) et à la nutrition artificielle par voie entérale. Ainsi, la sonde nasogastrique permet le passage des solutions de nutrition entérale (poches de nutrition industriellement préparées), mais aussi de l'hydratation et des médicaments jusqu'à l'intestin. Si la situation clinique se détermine irréversible, une alimentation et hydratation artificielles sont envisagées au long terme, comme c'est le cas pour Monsieur DS. Il est alors nécessaire de poser une sonde de gastrostomie percutanée endoscopique (GPE). La pose d'une sonde nasogastrique de nutrition entérale ou d'une PEG chez la personne âgée atteinte de démence est une situation clinique fréquente en

médecine<sup>1</sup>. Ce geste, du fait de sa dimension percutanée, semble facile à mettre en place et est donc devenu dans certaines situations, un acte technique presque banal. Cependant, il faut souligner qu'il ne s'agit pas d'un geste sans risques. Par ailleurs, ses bénéfices réels sont aujourd'hui controversés. En outre, ce type d'alimentation artificielle favorise l'agitation, une plus grande utilisation des contentions physiques et chimiques. Il va de pair avec une utilisation plus grande des ressources économiques et du personnel de soins en raison des complications liées aux tubes.

Les risques relatifs à la nutrition par sonde et par GEP sont de 3 à 15 % et concernent le risque de péritonite, d'hémorragie, de déplacement de la sonde, d'infection, d'abcès, de fuites et d'obturation et la bronchopneumonie d'aspiration<sup>2</sup> qui est la principale cause de mortalité de ces patients<sup>3</sup>. Les bénéfices de la nutrition entérale relèvent de divers ordres. Du point de vue nutritionnel, l'apport de calories et de nutriments permettrait de maintenir ou d'améliorer l'état nutritionnel du patient. Au plan clinique, la nutrition entérale, par ses effets sur l'état nutritionnel et son action sur d'autres systèmes tels que l'immunologique, permettrait d'améliorer les résultats cliniques, en diminuant la fréquence des infections, des escarres, et en limitant la durée de séjour à l'hôpital. Le moindre risque d'aspiration bronchique, de pneumonie de déglutition s'affirme souvent comme un des avantages de cette technique. Cependant, les pratiques concernant la nutrition artificielle par GEP chez les patients atteints de démence ne sont pas unanimes à cause des controverses sur le bénéfice réel et sur les risques attribués à cette pratique.

Deux revues systématiques de la littérature scientifique, publiées récemment, ont évalué les effets de la nutrition entérale chez des patients atteints de démence<sup>4</sup>. Les principaux résultats cliniques (la mortalité, la pneumonie de déglutition, les escarres, les marqueurs nutritionnels et la qualité de vie) et les taux de survie ont été examinés. La revue publiée par Goldberg en 2014 a évalué dix études publiées entre 1995 et 2012. Les études comparaient la survie des patients déments avec dysphagie qui étaient alimentés par GEP et les patients non alimentés par GEP. Aucune étude n'a montré que

---

<sup>1</sup> MJ Annear, C Toye, F McInerney, C Eccleston, B Tranter, K Elliott, A Robinson. «What should we know about dementia in the 21st century? A Delphi consensus study», *BMC Geriatr.* 2015, vol. 6, p. 15-51.

<sup>2</sup> Inhalation de contenu gastrique dans le tractus respiratoire.

<sup>3</sup> D. Westaby, A. Young, P. O'Toole, G. Smith, DS Sanders, «The provision of a percutaneously placed enteral tube feeding service», *Gut*, 2010, vol. 59, p.1592-605.

<sup>4</sup> L. S. Goldberg, Kenneth W Altman, «The role of gastrostomy tube placement in advanced dementia with dysphagia: a critical review», *Clinical Interventions in Aging* 2014, vol. 9, p. 1733–1739. J. Brooke, O Ojo, «Enteral Nutrition in Dementia: A Systematic Review», *Nutrients*, 2015, vol. 7, p. 2456-2468.

les patients s'alimentant par GEP avaient un meilleur taux de survie à long terme. Deux études ont fait apparaître un moins bon taux de survie à moyen terme chez les patients de plus de 80 ans atteints de démence et s'alimentant par GEP. La revue systématique de la littérature de Brooke publiée en 2015 a évalué cinq études qui comparaient les effets de la GEP chez des patients âgés déments et chez des patients non déments. Deux de ces études n'ont pas indiqué de différence dans le taux de mortalité chez les deux groupes de patients ; une étude a fait état d'une meilleure survie chez les patients déments tandis que deux autres études ont constaté une moins bonne survie chez les patients déments. L'auteur conclut en affirmant que les résultats de cette revue systématique permettent de « dépasser la vision traditionnelle selon laquelle la nutrition entérale administrée par GEP augmente le taux de mortalité chez les patients atteints de démence ». Cette conclusion reste toutefois très controversée.

Aujourd'hui, il n'y a donc pas de consensus sur les pratiques de l'alimentation artificielle chez ce type de patients. A cet égard, la Société européenne de nutrition clinique (ESPEN) a récemment donné ses recommandations ou lignes directrices relatives à la nutrition dans la démence<sup>1</sup>. L'ESPEN confirme l'utilisation de la nutrition entérale chez les patients atteints de démence légère ou modérée si la dénutrition est le résultat d'un état réversible et seulement pour une durée limitée. Les états réversibles sont des maladies concomitantes secondaires telles que la dépression, l'infection, l'utilisation de sédatifs, la douleur ou une mauvaise santé buccodentaire. L'ESPEN ne recommande pas l'utilisation de la nutrition entérale dans la phase terminale de la démence, bien qu'elle reconnaisse que les décisions sont relatives à chaque patient atteint de démence et que le pronostic général et les préférences du patient devraient être pris en considération. Enfin, il est important de constater que les deux revues de la littérature et les recommandations de l'ESPEN signalent l'absence d'études concernant les effets de la nutrition entérale par GEP sur la qualité de vie.

---

<sup>1</sup> D.Volkert, M. Chourdakis, G. Faxen-Irving, T. Frühwald, F. Landi, M. H. Suominen, M. Vandewoude, R. Wirth, S.M. Schneider, «ESPEN guidelines on nutrition in dementia», *op.cit.*, p.1052-73. Autres recommandation de sociétés savantes qui vont dans le même sens: American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee, «American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement», *J Am Geriatr Soc* 2014 vol. 62, p.1590-1593. Feeding tubes for people with Alzheimers disease. Philadelphia: ABIM Foundation, 2013 (<http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/feeding-tubes-for-people-with-alzheimers-disease>). Alzheimer's Association Statements. 2011 ([http://www.alz.org/about\\_us\\_statements.asp](http://www.alz.org/about_us_statements.asp)). Fischberg D, Bull J, Casarett D, «Five things physicians and patients should question in hospice and palliative medicine», *J Pain Symptom Manage* 2013, vol. 45, p.595-605.

A ce sujet, le cas de Monsieur DS témoigne de la difficulté qu'il y a à appliquer de telles directives. En effet, la nutrition artificielle par sonde nasogastrique s'est au départ instauré lors d'une complication aiguë (infection pulmonaire) typique de l'évolution de sa maladie chronique, lorsque les troubles cognitifs étaient modérés et que le patient avait toujours la faculté de décider de sa volonté de recourir à la nutrition artificielle. D'un côté, les directives de l'ESPEN ont été appliquées car il s'agissait d'un patient atteint d'une démence modérée et que la dénutrition ou le risque nutritionnel était secondaire par rapport à son état réversible. Cependant, le trouble principal qui conduit à poser plus tard une sonde de GEP (qui, elle, est définitive) est la dysphagie. La dysphagie (difficulté à mastiquer et à déglutir) est un trouble caractéristique des maladies de Parkinson<sup>1</sup>. La déglutition est une activité motrice complexe nécessitant un haut niveau de coordination musculaire sous le contrôle de nombreuses régions du cerveau. Des problèmes de déglutition peuvent survenir avec les aliments, les boissons et la salive. En général, les troubles de déglutition surviennent à un stade avancé de la maladie de Parkinson, mais ils peuvent également survenir aux stades précoces. Certaines études montrent que la durée de la survie des personnes est corrélée avec l'apparition tardive de la dysphagie. La dysphagie peut être contrôlée avec la rééducation et l'adaptation alimentaire, mais lorsque le trouble de déglutition est majeur et que le risque de broncho aspiration et de pneumopathie secondaire est élevé (première cause de mortalité)<sup>2</sup>, comme dans le cas de monsieur DS, la nutrition artificielle s'impose. Malgré une prise en charge adéquate par un traitement prokinétique et de l'assistance en continu d'une pompe pour la nutrition entérale, le patient présente une complication de la nutrition entérale qui n'est pas rare : une pneumonie d'aspiration qui est associée aux volumes gastriques résiduels élevés et à la gastroparésie. Cette complication a mis en jeu le pronostic vital du patient et, elle a eu un impact sur sa qualité de vie, sur la durée de son séjour à l'hôpital et sur les coûts d'hospitalisation. Le risque de pneumopathie associée à la dysphagie ne pas diminue donc pas avec la nutrition artificielle.

En fonction de l'évolution de la maladie, quelques mois après la pose de la sonde nasogastrique, le patient est nourri par sonde de GEP et il a été placé en maison de long séjour. Il faut tenir en compte de deux aspects fondamentaux qui ont dû être évalués lors

---

<sup>1</sup> E. Michoy, S. Hamdy, «Dysphagia in Parkinson's disease: a therapeutic challenge? » *Expert Rev Neurother*, 2010, vol. 10, p. 875-8.

<sup>2</sup> *Ibid.*

de la pose de la GEP. D'une part, les risques de présenter de nouvelles complications sont élevés, les bénéfices cliniques sont souvent controversés et l'amélioration de la qualité de vie incertaine. D'autre part, le pronostic et l'appréciation de l'évolution de la maladie sont indispensables lorsqu'on décide de poser la GEP. L'évolution et le pronostic à court terme des patients atteints de démence sont cependant difficiles à déterminer. Cependant, d'après l'information sur ce cas, il est probable que Monsieur DS soit en phase avancée de sa démence. Cela signifie que son espérance de vie se situe entre six mois et deux ans. Toutefois, comme nous l'avons vu plus haut, elle peut être plus longue. Par conséquent, sur le plan clinique, la nutrition artificielle se présente comme une solution adaptée pour faire face aux complications des troubles de déglutition (pneumopathies d'inhalation, impression de mourir étouffé, etc.), mais elle comporte des risques non négligeables et des bénéfices incertains.

Sur le plan éthique, si le principe d'autonomie est respecté (car Monsieur DS a donné initialement son consentement à la pose de la sonde pour l'alimentation artificielle), le problème est de savoir comment le respect de ce principe est maintenu au cours de l'évolution de la maladie. Le cas clinique ne donne pas d'informations à propos de directives anticipées. Il est clair que malgré le fait que les capacités de jugement et de discernement sont altérées et avec elles la capacité de prendre de décisions, la communication, souvent non verbale, est possible avec ces patients<sup>1</sup>. Il existe, assurément, diverses approches (visant à stimuler les sens, comme le toucher, le massage, la musicothérapie, l'aromathérapie)<sup>2</sup> qui contribuent à favoriser la communication non verbale entre le patient et le soignant, mais elle nécessiteraient des formations spécifiques pour les professionnels de santé. En effet, le soignant peut se trouver souvent en difficulté et déstabilisé, lorsqu'il s'agit d'échanger avec ces malades. Or, l'alimentation orale peut être un moment favorable pour permettre cet échange et établir une communication entre le patient et le soignant, et pour elle, est aussi un moment de sociabilité avec les familles et les proches. Avec l'alimentation artificielle, on prive le patient de ce moment privilégié de partage. La question est donc de savoir comment les soins nutritionnels même artificiels peuvent maintenir ce moment de partage. Comment faire pour que le geste du démarrage d'une pompe de nutrition

---

<sup>1</sup> MJ Annear, C Toye, F McInerney, C Eccleston, B Tranter, K Elliott, A Robinson. «What should we know about dementia in the 21st century? A Delphi consensus study», *BMC Geriatr*, 2015, op.cit., p.9.

<sup>2</sup> B. Duzàn, P. Fouassier, « Maladie d'Alzheimer et fin de vie : aspects évolutifs et stratégies thérapeutiques », *Médecine palliative*, op.cit., p. 230-244.

entérale, dans le cas de Monsieur DS, ne soit pas uniquement un geste technique vidé de tout contenu social et symbolique lié à l'alimentation ? Nous identifions deux obstacles : d'une part, le manque de personnel hospitalier, en particulier d'infirmières, et la surcharge de travail dans les établissements en Europe, et particulièrement en France<sup>1</sup>. D'autre part, le fait que le soignant assimile la nutrition entérale au médicament est un autre problème. Le soignant, soucieux d'optimiser le temps de travail et considérant que la nutrition entérale est uniquement un médicament, ne favorise aucun type d'échange avec le malade autour de l'alimentation. Le début de la nutrition artificielle devient ainsi un simple geste technique, effectué rapidement et qui économise du temps de soins. Or, il suffirait que le démarrage de la pompe de nutrition s'accorde avec un temps de soins qui permettrait au soignant d'être attentif aux gestes, expressions et diverses manifestations du patient. En outre, même s'il est difficile de savoir si le patient a soif ou faim, des manifestations d'inconfort ou de satisfaction apparaissent, ce qui pourrait conduire le soignant à adapter les différents soins aux besoins pressentis du malade. L'autonomie du malade, conçue au-delà de la simple capacité à s'autodéterminer et appréhender, comme la double capacité à avoir des valeurs et des désirs, serait ainsi respectée. Il s'agit ici d'envisager et concevoir une conception de l'homme différente de celle qu'implique l'éthique de l'autonomie, liée à la valorisation de la maîtrise de soi et de la performance. Il est alors nécessaire de considérer une attention particulière à la vulnérabilité de ces patients. Ainsi l'éthique de la vulnérabilité invite à penser le sujet à la lumière d'une triple expérience de l'altérité : l'altérité du corps propre, l'altérité liée à l'autre homme et à la responsabilité pour lui et l'autre par les institutions de soin<sup>2</sup>. L'enjeu est de promouvoir un humanisme qui affirme notre responsabilité vis-à-vis d'autrui. Cet idéal d'humanité, d'après Pelluchon:

« N'est pas lié à la possession de certains capacités ou à l'appartenance à une espèce, mais il dépend de l'affirmation de certains valeurs<sup>3</sup>. »

L'éthique de la vulnérabilité nous permet de reconnaître alors l'importance de la pratique du support nutritionnel comme un soin, indépendamment de la capacité du patient de décider de son alimentation et la capacité à s'alimenter tout seul. Cela implique que l'expérience d'une certaine souffrance, qu'impliquent la faim et la

---

<sup>1</sup> LH. Aiken, for the RN4CAST consortium, «Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study», *The Lancet*, 2014, vol. 383, p: 1824–1830.

<sup>2</sup> C. Pelluchon, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, op.cit.

<sup>3</sup> C. Pelluchon, *Eléments pour une éthique de la vulnérabilité, les hommes, les animaux, la nature*, op.cit., p.56.



dénutrition, suscite chez nous la compassion et le souhait que cette souffrance soit soulagée.

Ainsi, lors du démarrage de la nutrition entérale chez des patients comme Monsieur DS, il est nécessaire de se poser les bonnes questions concernant la finalité de la pose de la sonde de GEP : est-ce pour améliorer la qualité de vie ou pour prolonger sa survie ? Des études qualitatives et quantitatives doivent évaluer de manière prospective l'impact de la nutrition artificielle sur ce type de patients. En outre, il faut considérer si elle pourrait favoriser ou pas la réapparition de nouvelles complications liées aux troubles de la déglutition. Enfin, on ne peut pas nier le prix de la nutrition entérale et les enjeux économiques associés à la répartition des ressources. Dans ce contexte, il convient de se questionner sur la pertinence qu'il y a à nourrir un patient atteint d'une démence avancée jusqu'à la fin de sa vie : est-il envisageable d'arrêter la nutrition de ces patients ? Autrement dit, il s'agit de savoir si le maintien de la nutrition artificielle dans le cas de Monsieur DS, qui se trouve en institution de long séjour et en phase terminale de sa maladie, pourrait être considéré comme de l'obstination déraisonnable. En effet, d'après l'article 37 du code de déontologie médicale, le médecin doit en toutes circonstances :

« S'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations et la thérapeutique ».

L'alimentation et l'hydratation artificielles font partie de ces traitements susceptibles d'être arrêtés chez une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, qu'elle soit ou non en fin de vie, surtout lorsque leur poursuite traduirait une « obstination déraisonnable »<sup>1</sup>. Celle-ci doit être estimée au cas par cas en fonction des valeurs supposées du patient. Cependant, la démence nous place face à une double difficulté, celle de définir si le patient est ou non en phase de fin de vie, et si la nutrition artificielle est un traitement qualifié d'« obstination déraisonnable ».

Dire si un patient dément est en fin de vie et évaluer ce diagnostic est très difficile<sup>2</sup>. Même si l'on sait que le risque de décès augmente avec la sévérité de la démence et l'âge du patient, on ne peut pas déterminer ce risque sur un délai de six mois. Ces

---

<sup>1</sup> Il n'y a pas de définition universellement partagée de l'obstination déraisonnable. Code de santé publique dans l'article L.1110-5, des articles L.1111-4 et R.4127-37 et la loi du 22 avril 2005.

<sup>2</sup>B. Duzàn, P. Fouassier, « Maladie d'Alzheimer et fin de vie : aspects évolutifs et stratégies thérapeutiques », *Médecine palliative*, op.cit. p. 230-244.

patients ne suivent pas en général une phase d'aggravation brutale comme, par exemple, les patients cancéreux, mais ils ont des fluctuations, avec des phases d'aggravation, de stabilisation et d'amélioration. En général, ces patients ne meurent pas de l'évolution cérébrale de la démence, mais d'autres maladies chroniques liées à l'âge et aux pathologies intercurrentes comme les infections pulmonaires associées aux troubles de la déglutition<sup>1</sup>.

L'évolution clinique de la démence avancée a été décrite par l'étude *Choices, Attitudes, and Strategies for Care of Advanced Dementia at the End-of-Life*<sup>2</sup> (Les choix, les attitudes et les stratégies pour les soins de la démence avancée à la fin de vie) qui a suivi de façon prospective 323 résidents de maisons de soins infirmiers ayant cette maladie pendant 18 mois. La médiane de survie était de 1.3 an. Les complications cliniques les plus fréquentes relevaient de problèmes d'alimentation (86 % des patients), d'épisodes fébriles (53 % des patients), et de pneumonie (41 % des patients). Une des principales recommandations et conclusions de l'auteur de l'étude est la suivante :

« Given the challenge of predicting life expectancy among patients with advanced dementia, access to palliative care should be determined on the basis of a desire for comfort care, rather than the prognostic estimates<sup>3</sup>. »

« Etant donné le défi qui consiste à prédire l'espérance de vie chez les patients atteints de démence avancée, l'accès aux soins palliatifs devrait être déterminé sur la base d'un désir de soins de confort, plutôt que sur les estimations pronostiquées. »

Ainsi, il est fondamental d'être très clair sur la finalité des soins. Concernant Monsieur DS, la description du cas ne nous indique pas la présence ou l'absence de directive anticipée ou d'écrit manifestant ses volontés. Comme dans la plupart des cas, on peut supposer qu'il n'y a pas ce genre de documents. Dans ce contexte, les soignants auraient dû informer sa famille de son état, ce qui aurait été l'occasion de revoir les objectifs de soins, avant que le patient ne commence le traitement, en particulier avant la pose de la GEP. Si les objectifs sont clairs, le confort doit être la priorité et seuls les traitements pour soulager les symptômes, devraient être prescrits. La famille doit comprendre que la pneumonie d'aspiration est un signe de gravité et d'avancement de la

---

<sup>1</sup> S.L. Mitchell , «Advanced Dementia», *N Engl J Med* , 2015, vol. 372, p. 2533-2540.

<sup>2</sup> Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, «The clinical course of advanced dementia», *N Engl J Med*, 2009, vol. 361, p. 529-1538.

<sup>3</sup> *Ibid.*

maladie, précipitée par des problèmes de déglutition qui sont fréquents chez les patients atteints de démence avancée et qui ne cesseront pas. Si la famille pense qu'offrir une tentative de prolonger la vie est en accord avec les préférences du patient, les futures pneumopathies devront être traitées par l'administration d'antibiotiques par la voie la moins invasive possible. Les objectifs de soins doivent être revus avec l'évolution de la maladie. Dans ce cas, la persistance de l'alimentation par sonde de GEP peut-elle être considérée comme de l'obstination déraisonnable ?

Les critères qui permettent de qualifier des traitements comme de l'obstination déraisonnable ont été repris dans les « Observations du CCNE à l'attention du Conseil d'Etat »<sup>1</sup> en mai 2014. Les traitements qui entrent dans cette catégorie sont ceux qui sont considérés comme :

« inutiles, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie<sup>2</sup>. »

Les traitements inutiles sont ceux qui n'améliorent pas l'état de santé. Ceux définis comme disproportionnés, correspondent aux risques courus par le patient et à la disproportion entre le traitement et son efficacité, le bienfait ou bénéfice qu'il représente pour le patient :

« Les actes de prévention, d'investigation et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté<sup>3</sup>. »

Parmi les risques, il s'agit de considérer, en plus des risques vitaux ou organiques, les risques concernant la douleur et la souffrance. Pour Monsieur DS, on considère alors la

---

<sup>1</sup> Les « Observations du CCNE à l'attention du Conseil d'Etat », 2014. « Dans sa décision n° 375081 du 14 février 2014, le Conseil d'Etat, statuant au contentieux a invité l'Académie de Médecine, le Comité Consultatif National d'Ethique, le Conseil National de l'Ordre des Médecins ainsi que Monsieur Jean Leonetti à lui présenter « avant la fin du mois d'avril 2014 des observations écrites d'ordre général de nature à l'éclairer utilement sur l'application des notions d'obstination déraisonnable et de maintien artificiel de la vie au sens de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, en particulier à l'égard des personnes qui sont, comme Monsieur Lambert, dans un état pauci-relationnel. » « Cette demande est faite pour les besoins de l'instruction des requêtes, « en raison de l'ampleur et la difficulté des questions d'ordre scientifique, éthique et déontologique qui se posent à l'occasion du présent litige ». [http://www.ccneethique.fr/sites/default/files/publications/observations\\_generales\\_du\\_ccne\\_pour\\_le\\_conseil\\_detat\\_-5\\_mai\\_2014.pdf](http://www.ccneethique.fr/sites/default/files/publications/observations_generales_du_ccne_pour_le_conseil_detat_-5_mai_2014.pdf). (consulté le 2 février 2016).

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> Article L. 1110-5 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

pneumopathie et les autres risques liés à l'alimentation par la sonde de GEP, mais également la gêne et l'inconfort des sondes d'alimentation. Ainsi, le patient sans espoir d'amélioration de son état de santé est protégé contre l'acharnement thérapeutique. A cet égard, *l'Observations du CCNE à l'attention du Conseil d'Etat* du 2014 estime que :

« lorsque l'on considère que le maintien de la nutrition et de l'hydratation artificielles relève d'une obstination déraisonnable, ce n'est pas tant d'une obstination à traiter une maladie dont on parle, que véritablement d'une obstination déraisonnable à maintenir la personne en vie<sup>1</sup>. »

Il s'agit, lorsqu'on décide d'arrêter ou non la nutrition artificielle, de savoir quel est le but des soins en général. Le double statut et la dissociation possible de la nutrition artificielle comme soin et comme thérapeutique confèrent une « nature particulière » à cette technique lorsqu'il s'agit de nourrir l'homme malade mourant. Cela implique une difficulté lorsqu'il existe une pluralité de conceptions conduisant à confronter des valeurs opposées liées à la dimension symbolique de la nutrition. Ainsi, par exemple, pour les familles, la nutrition artificielle est davantage un soin, comme le montre le commentaire de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens :

« L'alimentation entérale et l'hydratation assurent des besoins élémentaires sans constituer un maintien en survie artificielle. Les interrompre, au contraire, consiste à faire mourir de faim et de soif<sup>2</sup>.»

Cependant, ce qu'il faut savoir c'est que la nutrition orale ne doit pas être proscrite. Elle est toujours une option et doit être privilégiée lorsque le patient est en fin de vie. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, d'après certaines études, la nutrition orale peut avoir les mêmes résultats que l'alimentation par sonde relativement à la mortalité, la pneumonie d'aspiration, l'état fonctionnel et le confort. Ainsi, notre point de vue est qu'il est nécessaire d'améliorer l'alimentation orale en modifiant l'environnement, en intégrant la nutrition dans les soins habituels pour les personnes âgées atteintes de démence avancée. Cependant, il est de la responsabilité de tous les membres de l'équipe soignante de prendre en compte les souhaits précédemment exprimés par les individus (grâce à l'examen des directives anticipées) qui concernent l'alimentation artificielle et d'intégrer ces souhaits dans le plan de soins.

---

<sup>1</sup> Observations du CCNE à l'attention du Conseil d'Etat, 2014.

<sup>2</sup> Publié dans « État végétatif chronique ou pauci relationnel Parcours de soin jusqu'au terme de l'existence. Contribution à la concertation nationale sur la fin de vie », Espace Ethique, 20 juin 2014 2e édition augmentée, p. 52. <http://www.espacethique.org> (consulté le 4 octobre 2015).

Toutefois, en l'état actuel du droit, la décision d'arrêter la nutrition relève de la responsabilité du médecin d'après une décision collégiale. Elle associe la famille, mais la décision d'arrêt de soins de support n'est pas prise par la famille. D'où l'importance dans la version adoptée de la loi Leonetti, des directives anticipées qui auraient alors une valeur contraignante. Il s'agit d'une procédure de consultation où le médecin prend sa décision, après avoir consulté les différents intervenants, (la famille, les proches, les autres soignants, le médecin consultant) et recueilli leur avis.

« La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient après concertation avec l'équipe de soin, si elle existe, et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant... La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée, ainsi que celui de la famille, ou, à défaut, celui d'un de ses proches<sup>1</sup>. »

Par conséquent, on peut considérer que, pour le médecin, il ne s'agit pas uniquement de décider de l'utilisation ou non d'une technique avec ses risques et ses bénéfices. La discussion va supposer la confrontation d'une pluralité des conceptions de la nutrition artificielle<sup>2</sup>, dans une phase de la maladie semblable à ce qui se passe à la fin de la vie. Nourrir l'homme malade, en particulier quand il est dans une telle vulnérabilité, renvoie fondamentalement aux notions de vie et de qualité de vie. Nous avons étudié comment la fonction de nutrition est essentielle à la vie. Cela implique pour le soignant de prendre en compte ce que représentent pour le patient la vie et une vie de qualité, de considérer ses valeurs et sa fin de vie. L'acte de nourrir, de se nourrir, comme nous l'avons déjà analysé, implique d'autres facteurs que les seules dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Se nourrir est indissociable du plaisir, de l'affectif et de la convivialité. Il faut rappeler que l'indication de « Nil per os » et une alimentation par GEP privent le patient des sensations de plaisir et augmentent la sensation d'inconfort. De plus, l'inconfort peut s'accroître lorsque la cavité buccale n'est pas régulièrement humidifiée. La sonde, en général, agite le malade. Il n'y a pas de place pour le plaisir ni pour la convivialité associés aux actes de manger et boire. Cela signifie que les soins nutritionnels doivent porter une attention non seulement aux résultats biologiques et cliniques, mais aussi aux autres dimensions de la vie de l'individu. Il s'agit de

---

<sup>1</sup> Article R. 4127-37 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Nous avons étudié dans le cas n. 2 la tension entre le *care* et le *cure* dans les soins nutritionnels et il s'avère que les soins nutritionnels intègrent ces deux notions de manière indissociable.

considérer l'individu dans son intégralité et cela même s'il n'est pas autonome. Nous avons étudié cela avec le cas n. 1 en analysant comment la dénutrition représente une atteinte à l'intégrité du patient, les notions d'intégrité et de dignité étant intimement liées. Il est nécessaire de dire précisément comment les soins nutritionnels participent au respect de l'intégrité et de la dignité de l'homme malade.

### **2.3.3 Nourrir l'homme malade et la question de la dignité humaine**

La notion de dignité humaine est centrale dans la bioéthique européenne<sup>1</sup>. Ce principe est considéré comme fondamental pour la réflexion mais il a été également l'objet de questions et de critiques, notamment en étant évalué comme une notion vague et contradictoire. Pour G. Hottois, il s'agit d'une notion complexe et évolutive et non

« l'expression principielle univoque et définitive du fondement moniste qui serait la source de tous les autres principes éthiques et juridiques<sup>2</sup>. »

Pour cela, il nous semble nécessaire d'explicitier de manière claire le sens qu'il convient de donner à la notion de dignité, préalable indispensable pour réfléchir à la relation entre « nourrir l'homme malade » et le concept de « dignité ».

La dignité se réfère essentiellement à la valeur intrinsèque de tout être humain et se définit avant tout comme une notion morale à partir de l'analyse kantienne :

« Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme fin, et jamais simplement un comme moyen »<sup>3</sup>.

Dans cet impératif catégorique, Kant interdit à chaque être raisonnable moral de traiter les autres êtres raisonnables moraux ou lui-même seulement comme moyen. L'homme a une valeur, et non pas un prix et il doit être considéré comme une fin en soi. Il ne peut être jamais regardé comme un simple moyen pour les fins d'autrui ou pour les siennes propres. De cette manière, la dignité est un principe lié à une valeur intrinsèque et absolue, au-delà de tout prix, que seul l'homme (rationnel) possède, les autres êtres ayant une valeur relative ou échangeable. De cet impératif découle l'obligation de

---

<sup>1</sup> Le principisme américain ignore le principe de dignité. G. H. Dignité et Diversité, Vrin, 2009, p. 21. Ruth Macklin, « Dignity is a useless concept », *British Medical Journal*, 2003, vol. 327, p. 1419

<sup>2</sup> G. Hottois, *Dignité et Diversité*, Paris, Vrin, 2009, p 21.

<sup>3</sup> E. Kant, *Fondements de la Métaphysique des mœurs*, Traduction et notes de V. Delbos, Delagrave, Paris, 1957, p. 150.

respecter la dignité. La dignité est ainsi considérée comme une obligation de toujours tenir compte de cette valeur spéciale qui est en chaque personne. Il s'agit de respecter l'autre et de se respecter soi-même. Cela implique l'estime de soi, de ne pas se faire mal de ne pas se vendre. Respecter la dignité d'autrui, c'est aussi ne pas favoriser les conditions matérielles qui empêcheraient que l'estime de soi devienne possible.

Pour Kant, l'autonomie de l'être rationnel est le fondement même de la dignité. Elle désigne la capacité d'être soi-même l'auteur de sa propre loi de pouvoir s'autodéterminer. L'autonomie est ainsi considérée comme condition de possibilité du plus haut degré de liberté. Celle-ci se définit comme la possibilité, pour l'homme, d'obéir à la loi de sa propre raison, étant entendu que, chez Kant, la loi morale est considérée comme un fait de la raison (elle est donnée à chacun par la raison et confère à la loi morale une existence). La dignité de l'homme, autrement dit le fait de se considérer et de considérer autrui comme une valeur absolue, est ce qui permet de s'affirmer comme une personne et non plus comme une chose. Cette précision est d'importance car, à la différence d'une chose, privée de liberté et réduite à un simple prix, à une simple valeur d'échange, la personne s'affirme dans la possibilité de s'autodéterminer, par le pouvoir de sa raison, comme un être intelligible ayant la mesure du bien et du monde. C'est précisément en ce sens que la dignité est une manifestation de la liberté dans la mesure où elle permet à l'homme, dans sa dimension intelligible de suivre sa raison normative. Dignité et autonomie sont ainsi intimement liées : parce qu'il est autonome, capable de suivre les lois de sa propre raison, l'individu devient un objet de respect et s'affirme ainsi comme une personne libre et digne. Par-là, il s'agit de reconnaître que la dignité de l'homme se fonde sur la capacité que la personne a de trouver dans sa propre volonté les lois qui vont régir sa vie. Il ne faut pas comprendre la liberté kantienne comme simple arbitre, capacité que l'homme a de faire ce qu'il veut, de choisir, mais bien plus comme un arbitre libre qui lui permet de devenir autonome en reconnaissant une valeur morale absolue à la raison qui est la faculté de l'universel conçue par Rousseau : l'homme devient alors son propre législateur à partir d'une raison normative universelle. La liberté n'est donc pas soumise à des lois qui lui seraient imposées par une force extérieure ni par les caprices d'un sujet régi par ses désirs et exprimant ainsi une volonté hétéronome (une volonté autre que celle qui obéit à la loi morale de la raison).

Ainsi, pour mieux cerner la notion de dignité, il faut reconnaître deux caractéristiques. Premièrement, la dignité est une définition constitutive de l'homme et de toutes ses parties (gènes, gamètes, cellules, organes, le corps), à travers toutes les étapes (de l'embryon à l'individu Age) et de tous les états (le cadavre, la mort cérébrale, la démence). Du coup, la dignité est une caractéristique de l'homme mais aussi de son appartenance à une communauté : l'humanité. Deuxièmement, il s'agit d'une notion qui peut s'appliquer à la manière d'assumer certains processus comme la conception, la vie et la mort. Cette notion pourrait s'appliquer alors au processus physiologique de la nutrition. La nutrition implique la formation et transformation de la « chair » de l'homme. La chair de l'homme qui appartient à son humanité<sup>1</sup>, à cet « irréductible humain », est au centre de la notion de dignité. Cela implique alors des droits mais également des devoirs. Ainsi, dans ces cas-là, comment nourrir l'homme malade et participer au maintien de la dignité humaine ? Les soins nutritionnels sont un processus que nous avons défini dans le cas n° 2, et qui doivent être considérés comme un véritable « soin ». Cela implique une pratique « tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela par égard pour cet être même ». Cela signifie donc bien que l'homme est considéré ici comme une fin en soi-même. Les soins nutritionnels mettent en jeu aussi une relation qui se fonde sur la particularité du sujet dénutri ou qui risque de le devenir, ce qui engage le soignant à faire face à sa vulnérabilité, au besoin qu'a cette personne d'un autre pour se nourrir. Les besoins concernent aussi des nutriments qui doivent répondre à la fonction physiologique et globale qu'implique la nutrition. Cette globalité biologique nécessaire dans les soins nutritionnels est complémentaire de la dimension intentionnelle et relationnelle qui est globale et intégrative. Cela signifie que les soins nutritionnels doivent considérer non seulement le caractère biologique, mais aussi l'intégrité du patient dans ses dimensions psychologique, physique et sociale. Ainsi, préserver la dignité de la personne implique le respect de son intégrité, ce qui se manifeste également dans l'alimentation. Il est nécessaire de reconnaître la vulnérabilité des patients déments qui trouvent des difficultés pour s'alimenter oralement et qui ont une capacité d'autodétermination limitée, pour que leur intégrité ou la « cohérence de leur vie » soit respectée.

Dans le cas de Monsieur DS, lorsqu'il est alimenté artificiellement, son intégrité est négligée, dans la mesure où il n'existe pas de place pour la convivialité, le plaisir et les

---

<sup>1</sup> C. Pelluchon, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, op.cit., p. 145.



aspects symboliques et affectifs de l'alimentation. Son corps est atteint physiquement par une sonde qui très probablement le gêne. Cependant, la notion d'intégrité peut se rapprocher à la notion d'autonomie. En effet, lorsque la personne est capable de s'autodéterminer, le respect de son intégrité peut être confondu avec celui de son autonomie. Cependant, le principe d'intégrité nous indique qu'il n'est guère légitime d'atteindre physiquement et moralement une personne démente et, de la même manière, elle nous indique que nous devons faire en sorte de respecter tout ce qu'il est possible de savoir concernant ses convictions et valeurs. En outre, il faut déplacer la notion kantienne de dignité et celle de l'éthique de l'autonomie qui « subordonne la dignité à la possession de la raison, à la maîtrise de soi, et à la compétitivité et colporte des représentations négatives de la vieillesse et du handicap<sup>1</sup>», pour comprendre l'autonomie au-delà de la capacité à s'autodéterminer et à la penser comme la double capacité à avoir des valeurs et des désirs, et à les traduire dans les actes

« à être un cœur palpitant, même quand on est dépendant des autres, qu'on n'a plus de force et qu'on ne pourrait pas tout seul trouver le chemin pour réaliser ses désirs, profiter du rayon de soleil ou du vent, ouvrir la porte de sa chambre<sup>2</sup>. »

Il s'agit, dans le cas du Monsieur DS., de comprendre que, malgré l'avancée de sa maladie et la diminution de ses capacités cognitives, il pourrait éprouver des souhaits et manifester certaines valeurs susceptibles d'indiquer au soignant comment l'alimenter. L'alimentation, même artificielle, doit pouvoir se conjuguer avec un moment de plaisir et de partage conforme aux désirs du patient. Cela peut se traduire par le respect de certains horaires où il s'agira de favoriser la convivialité et les moments de plaisir en maintenant un minimum d'alimentation ou d'hydratation par la bouche.

La notion de dignité indissociable des notions d'autonomie, d'intégrité et de vulnérabilité permet de justifier la responsabilité des médecins devant l'acte de nourrir l'homme malade. Cela ne passe pas forcément, dans le cas de patients déments, par une nutrition artificielle, mais par une nutrition orale intégrée aux soins des patients. La dignité oblige à un respect, ce qui est source de droits et de devoirs. Il s'agit du droit au respect de sa dignité et du devoir de respecter sa dignité et celle des autres. Nous venons d'interroger la façon dont la nutrition artificielle, dans le cadre d'un soin intégral de la personne atteinte de démence, participe à la préservation de la dignité. Ce maintien de la

---

<sup>1</sup> C. Pelluchon, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, op.cit., p. 192.

<sup>2</sup> *Ibid.*

dignité humaine passe également par un droit fondamental : celui de l'alimentation et de la nutrition.

Les concepts relatifs aux droits de l'homme, selon E. Hirsch

« caractérisent et éclairent les enjeux d'une exigence éthique dans les domaines du soin et de la recherche<sup>1</sup>. »

Dans le cadre des soins, (ainsi que d'une manière générale) le respect de ces droits et de la dignité ne sont pas des valeurs abstraites, mais prennent une dimension pratique

« qui définissent un ordre social et nous situent les uns à l'égard des autres en charge d'obligations réciproques<sup>2</sup>. ».

Le droit à la santé est un des droits fondamentaux de chaque personne ce qui signifie que toute personne a droit au plus haut niveau de santé possible. Il intègre ainsi les concepts de santé à ceux de droits de l'homme. Il s'agit par là d'affirmer le « droit à » et « de la vie ». Dans la pratique médicale, le respect des droits de l'homme constitue des impératifs catégoriques et des interdits indiscutables. Dans notre étude, il s'avère essentiel de savoir comment ces droits peuvent influencer les décisions dans la pratique de la nutrition clinique.

### **2.3.4 Le droit à l'alimentation et le droit « à être nourri »**

Le droit à l'alimentation se définit comme :

« Un droit de l'homme reconnu en droit international qui protège le droit de tous les êtres humains de se nourrir dans la dignité, soit en produisant leurs aliments soit en les achetant<sup>3</sup>. »

Ce droit possède deux composantes en droit international, le droit à une alimentation adéquate et le droit fondamental d'être à l'abri de la faim. Il est compris par J. Ziegler comme :

« Le droit d'avoir un accès régulier, permanent et libre, soit directement, soit au moyen d'achats monétaires, à une nourriture quantitativement et qualitativement adéquate et suffisante,

---

<sup>1</sup> E. Hirsch, J.M Mann, « Droits de l'homme et respect de la personne » dans E. Hirsch, *Traité de Bioéthique, Tome I, Fondements, principes repères*, Toulouse, Eres, 2010, p. 249.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 252.

<sup>3</sup> O. De Schutter, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation, Additif Mission à l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture\*A/HRC/22/50/Add.3

correspondant aux traditions culturelles du peuple dont est issu le consommateur, et qui assure une vie psychique et physique, individuelle et collective, libre d'angoisse, satisfaisante et digne<sup>1</sup>.»

Nous constatons, comme dans toute approche fondée sur les droits de l'homme, que la notion de dignité humaine est centrale. Elle est le principe fondamental qui vise à donner du sens à l'ensemble de normes applicables dans plusieurs domaines y compris dans la bioéthique<sup>2</sup>.

Le rapporteur de l'ONU, O. de Schutter utilise l'expression : « se nourrir dans la dignité ». Qu'est-ce que cela signifie ? D'après les différents textes cités précédemment, il s'agit du droit à une nourriture suffisante<sup>3</sup> et correspondant aux besoins des personnes à ne pas souffrir de la faim. La faim ou la sous-alimentation est alors une atteinte à la dignité humaine. Ainsi, le droit à une nourriture suffisante est inséparable du respect de la dignité et serait indispensable à la réalisation des autres droits fondamentaux comme le droit à la santé. Le droit à l'alimentation se conçoit alors pour les organismes internationaux gouvernementaux<sup>4</sup> et non gouvernementaux<sup>5</sup> comme un instrument fondamental dans la lutte contre la faim et la malnutrition.

En effet, le droit à l'alimentation est rapporté dans divers textes internationaux. La déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies de 1948 proclame dans l'article 25 que :

«Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie,

---

<sup>1</sup> Le droit à l'alimentation. Rapport présenté par M. Jean Ziegler, Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation (7 février 2001), Doc. O.N.U. E/CN.4/2001/53. Ces deux définitions sont largement inspirées des travaux d'A. Sen et de la définition de la sécurité alimentaire donnée par les États dans le Plan d'action du SMA de 1996.

<sup>2</sup> R. Andorno, « Chapitre 3. Dignité humaine, droits de l'homme et bioéthique : quel rapport ? », *Journal International de Bioéthique*, 2010, vol. 21, p. 51-59.

<sup>3</sup> Définition du droit à une nourriture suffisante du Comité des droits économiques, sociaux et culturels (ONU) : « Le droit à une nourriture suffisante est réalisé lorsque chaque homme, chaque femme et chaque enfant, seul ou en communauté avec d'autres, a physiquement et économiquement accès à tout moment à une nourriture suffisante ou aux moyens de se la procurer.

<sup>4</sup> La FAO depuis sa création en 1945 a fait de la lutte contre la faim un de ses principaux objectifs.

<sup>5</sup> Il existe nombreuses ONG qui font de la lutte contre la faim leur principal combat, comme Action Contre la Faim.

d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté<sup>1</sup>.»

Le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* de l'ONU en 1966, établi, dans l'article 11, que :

« Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit de tout personne à un niveau de vie suffisant pour elle-même et sa famille, y compris une nourriture, un vêtement et un logement suffisants, ainsi qu'à une amélioration constante de ses conditions d'existence ... Les États parties au présent Pacte, reconnaissant le droit fondamental qu'à toute personne d'être à l'abri de la faim, adopteront, individuellement et au moyen de la coopération internationale, les mesures nécessaires, y compris des programmes concrets<sup>2</sup>.»

Malgré ces déclarations, la lutte contre la faim au XXème siècle est un échec. Au niveau global, la pauvreté et le sous-développement conduisent à la sous-alimentation de la population. De plus, on sait que la famine reste aujourd'hui un problème géopolitique qui atteint des populations très vulnérables et qui est lié à une mauvaise distribution et non à une insuffisance globale de production alimentaire<sup>3</sup>. Face à cette échec, les politiques de la FAO (l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture) sont passées d'une approche fondée sur la sécurité alimentaire<sup>4</sup> (augmentation de la production agricole et garantie de la disponibilité des denrées alimentaires) à une approche fondée sur le droit à l'alimentation. Il s'agit alors de protéger le droit à subvenir à ses propres besoins alimentaires, soit en produisant, soit en achetant les produits. Cela témoigne d'une évolution par rapport à l'ancienne

---

<sup>1</sup> Article 25, Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948.

<sup>2</sup> Article 11, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1976.

<sup>3</sup> J. Ziegler, *Le droit à l'alimentation*. Paris : Mille et Une Nuits; 2003.

Jean Ziegler est le premier Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'alimentation qui a été suivi par Olivier de Schutter. Le travail du rapporteur consiste à présenter des propositions, recommandations et des rapports, aide à la réalisation du droit à l'alimentation, et participe à différents événements pour en promouvoir le développement.

<sup>4</sup> La définition de la sécurité alimentaire a évolué dans le temps. Initialement, ce terme évoque la priorité des économistes agricoles et recouvrait la nécessité d'« approvisionner le monde en produits de base, de soutenir une croissance de la consommation alimentaire, tout en maîtrisant les fluctuations et les prix ». Aujourd'hui, la définition est orientée vers « la qualité et l'humain », et décrit « une situation caractérisée par le fait que toute la population a en tout temps un accès matériel et socio-économique garanti à des aliments sans danger et nutritifs en quantité suffisante pour couvrir ses besoins physiologiques, répondant à ses préférences alimentaires, lui permettant de mener une vie active et d'être en bonne santé. ». Il ne faut pas confondre ce terme avec celui de sécurité des aliments. <https://www.monde-diplomatique.fr/2007/10/DIOUF/15247.F>. Del Corso D. Paturel, *Droit 'a l'alimentation*, [www1.montpellier.inra.fr/.../Droit\\_a\\_l'alimentation/Le\\_droit\\_à\\_l'alimentation](http://www1.montpellier.inra.fr/.../Droit_a_l'alimentation/Le_droit_à_l'alimentation).

conception du droit à « être nourri ». L'ancien directeur général de la FAO, Jacques Diouf, explique en 2007 :

« C'est un changement d'optique radical qui est nécessaire : le citoyen n'est plus un destinataire impuissant, objet de charité, mais une personne ayant le droit de bénéficier d'un environnement qui lui permette de se nourrir et, à défaut, de recevoir de l'assistance en toute dignité. »<sup>1</sup>

Le droit à l'alimentation n'est plus conçu comme un acte de charité, mais comme un droit légal à faire respecter. Ainsi, la place de ce droit a été consacrée lors du Sommet mondial de l'alimentation de 1996 dans la *Déclaration de Rome* et le *Plan d'action du Sommet mondial de l'alimentation*. Les Chefs d'État et de gouvernement ont réaffirmé dans cette Déclaration :

« Le droit de chaque être humain d'avoir accès à une nourriture saine et nutritive conformément au droit à une nourriture adéquate et au droit fondamental de chacun d'être à l'abri de la faim. Nous proclamons notre volonté politique et notre engagement commun et national de parvenir à la sécurité alimentaire pour tous et de déployer un effort constant afin d'éradiquer la faim dans tous les pays et, dans l'immédiat, de réduire de moitié le nombre des personnes sous-alimentées d'ici à 2015 au plus tard<sup>2</sup>. »

Le droit à l'alimentation exige par ailleurs que :

« Nous identifions les personnes souffrant de faim et de malnutrition par le biais d'une cartographie adéquate de l'insécurité alimentaire et de la vulnérabilité, et que nous élaborions ensuite des politiques qui lèvent les obstacles à sa jouissance par tout un chacun<sup>3</sup>. »

Au départ de ce Sommet, un long travail a abouti à la réalisation en 2006 des *Directives sur Le Droit à l'Alimentation* de la FAO<sup>4</sup>. C'est le texte de référence aujourd'hui. Ces directives ont pour but de soutenir la concrétisation progressive du droit à une alimentation adéquate dans le contexte de la sécurité alimentaire nationale. Il

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p.6.

<sup>2</sup> Sommet mondial de l'alimentation, Consulté le 19 février 2016. <http://www.fao.org/docrep/x2051f/x2051f00.HTM>

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> Rappelons que le droit à l'alimentation est un des droits économiques, sociaux et culturels, et donc, que les Etats doivent progressivement permettre leur réalisation, c'est-à-dire mettre en place des mesures positives, qui, à long terme, vont faire évoluer le respect de ces droits. La situation est différente pour les droits civils et politiques, lesquels les Etats doivent garantir grâce à un Comité des droits de l'Homme qui permet d'assurer un contrôle. Depuis 2008 le *Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* permet reconnaître pour la première fois la justiciabilité des droits économiques, sociaux et culturels.

s'agit pour la première fois des indications sur la mise en œuvre de ce droit à l'alimentation.

Le tableau 4 montre les textes qui se rapportent au droit à l'alimentation en France d'une manière implicite et explicite. Ces droits sont présentés par P. Creen selon la hiérarchie des normes juridiques, dérivée de la pyramide de Kelsen. Au sommet des textes se trouve la Constitution, garant principal des droits. Ici, la dignité de la personne humaine est un principe à valeur constitutionnelle mais, la France ne dispose pas de l'inscription du droit à l'alimentation dans sa Constitution ni d'un droit plus large comprenant celui de l'alimentation ou encore d'un droit à l'alimentation spécifique à un groupe en particulier (par exemple, les enfants)<sup>1</sup>. En conséquence, la France est classée comme ayant un degré moyen de constitutionalité du droit dans l'échelle de la FAO<sup>2</sup>. Cela signifie que l'unique protection du droit à l'alimentation est l'application directe du Pacte au titre de la Constitution.

Depuis 1994, avec la première loi de bioéthique en France, la réflexion éthique est conduite dans le respect des droits de l'homme. Ainsi, le respect du droit à l'alimentation s'inscrit dans le respect de principes établis dans ces textes.

Mais que signifie le principe selon lequel le droit à l'alimentation se présente comme un droit de l'homme ? Cela implique que les États ont certains devoirs, dont « l'exécution effective peut être légitimement exigée par les particuliers. » Les États sont ainsi tenus « de respecter et de protéger le droit à l'alimentation et de lui donner effet ».<sup>3</sup> Aussi étonnant que cela puisse paraître, à l'hôpital qui est le lieu privilégié des soins, ce droit n'est pas respecté. En effet, nous avons montré avec le cas n° 1 que le fait d'avoir faim à l'hôpital est presque normal et la dénutrition est toujours une maladie fréquente avec une prévalence entre 30 et 50% de malades hospitalisés. Dans les années 2000, le Conseil de l'Europe a adopté la Résolution Resapa 2003 sur « l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux » signée par dix-huit pays dont la France. Il considère que « l'accès à une alimentation variée, saine et sans risque est un droit fondamental de l'être humain » et rappelle les effets bénéfiques « d'un service de restauration et de soins nutritionnels adéquats en milieu hospitalier pour le

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 11

<sup>2</sup> Cette échelle permet une comparaison de la protection constitutionnelle du droit à l'alimentation dans le monde. L'objectif de cette comparaison est de faire état de la situation actuelle du droit à l'alimentation. Dans les directives volontaires à l'appui de la concrétisation progressive du droit à une alimentation adéquate dans le contexte de la sécurité alimentaire nationale. FAO. Rome, 2005.

<sup>3</sup> Le droit à l'alimentation, organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture Rome, 2006.

rétablissement des patients et leur qualité de vie ». Il recommande aux Etats signataires de mettre en œuvre des recommandations nationales sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux. Ainsi, au nom du droit à l'alimentation, la résolution préconise le dépistage et le traitement de la dénutrition à l'hôpital avec des soins nutritionnels adaptés aux malades.

Tableau 4. Le droit à l'alimentation en France

Les Droits de l'homme inhérents à l'alimentation et la nutrition, selon la hiérarchie des normes juridiques (dérivée de la pyramide de Kelsen) en France.

Autorité	Texte non contraignant	Pouvoir normatif
Constitution		DDHC (1789) Préambule de la constitution de 1946 Conseil constitutionnel (1994)
Droit international	DUDH (1948) Déclaration de l'Onu sur le droit au développement (1986) DU de Bioéthique et Droits de l'homme de l'Unesco (2005)	CESDH (1950) (Conseil de l'Europe)  Pacte de l'Onu sur les droits économiques et sociaux de 1966 (ratifié en 1976)
Droit communautaire (UE)	Charte des droits fondamentaux de l'UE (2000)	
Bloc de légalité		Loi de Bioéthique (1994) Code civil (article 16, 1994) et Code de santé publique Lois de 2002 (droits des malades) et 2005 (fin de vie)
Jurisprudence administrative (principes généraux du droit)		Conseil d'État : principe du respect de la dignité de la personne humaine (1994)
Actes administratifs	Circulaire Clan (2002) Création du PNNS (2001) Charte de la personne hospitalisée (DHOS, 2006)	

Ce tableau ne comprend pas les avis et résolutions du Conseil de l'Europe, hors la CESDH protégée par la Cour européenne des Droits de l'homme, ni certaines circulaires ou directives internes à diverses institutions.

DDHC : Déclaration des Droits de l'homme et du citoyen ; DUDH ; Déclaration universelle des Droits de l'homme ; CESDH : Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'homme et des libertés fondamentales ; Onu : organisation des nations unies ; Unesco : Organisation des Nations Unies pour la science, l'éducation et la culture ; UE : Union européenne ; Clan : Comité de liaison alimentation nutrition ; PNNS : plan national nutrition santé ; DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ministère de la santé).

Dans ce contexte, la France a mis en place des stratégies pour améliorer les soins nutritionnels. En 2002 en France, sont créées des structures transversales chargées de coordonner et d'organiser les soins nutritionnels (CLAN). Cependant, plus d'une décennie après, les soins nutritionnels à l'hôpital en France (mais aussi à l'étranger) restent partiels et la problématique nutritionnelle reste encore loin d'être résolue.

Nous considérons que la cause est tout d'abord épistémologique. La médecine ne s'est appropriée la nutrition que depuis quelques décennies, et cela lorsque la notion de nutriment artificiel est devenu un outil essentiel pour combattre la maladie. L'enseignement de la nutrition n'est que très partiel dans les cursus de médecine et il est très limité à l'hôpital. Or, avec le développement de la conception de nutriment artificiel et celui des sociétés savantes sur la nutrition clinique, cette discipline en tant que discipline autonome a commencé petit à petit à mieux se positionner<sup>1</sup>. Du coup, le droit à l'alimentation ne serait pas respecté car « mal (re) connu »<sup>2</sup>. A cette explication, s'ajoute une deuxième explication qui est d'ordre éthique : les soins nutritionnels ne sont que rarement considérés comme des soins proprement dit. Cela implique que, lorsque le médecin prescrit une nutrition artificielle, il prescrit un médicament par un geste technique qui est démunie de toute symbolique ayant pour but d'aider à la guérison. Le « *cure* » prend la place de « *care* ». Le droit à la santé serait invoqué mais le droit à l'alimentation serait négligé. Par conséquent, l'attention du patient dans son intégrité, n'est que partielle. Sa dignité est alors atteinte.

Enfin, est-ce que l'absence des soins nutritionnels à l'hôpital peut s'expliquer par une mauvaise conception du droit à l'alimentation ? Autrement dit, est-ce que les soignants sont les garants du droit à « se nourrir » ou du droit « à être nourris » des patients ? Rappelons la distinction qui est opérée sur le plan politique. Le bénéficiaire du droit à l'alimentation n'est plus un individu passif et impuissant considéré comme un objet de charité et qui doit « être nourri », mais la personne avec un rôle plus actif à qui l'Etat doit assurer un environnement favorable pour lui permettre de « se nourrir » et, à défaut, de recevoir de l'assistance en toute dignité. Dans le contexte de soins, il est nécessaire de mettre l'accent sur cette différence. Le droit à l'alimentation se conçoit alors comme

---

<sup>1</sup> D. Cardenas, « What is Clinical Nutrition? Understanding the epistemological foundations of a new discipline », *Clinical Nutrition ESPEN*, 2015, vol. 11, p. e63-e66.

<sup>2</sup> P. Cretnn, « Le droit à la nutrition : un droit de l'homme à promouvoir et à défendre », *Nutrition Clinique et Métabolique*, 2009, *op.cit.*, p : 172-181.



le droit à recevoir un support nutritionnel adapté et il doit être garanti par l'Etat et les soignants.

D'une part, l'Etat et les décideurs politiques doivent veiller à l'accès et à la disponibilité de l'alimentation à l'hôpital. Cela implique, premièrement, l'obtention de l'alimentation et de produits de la part des institutions soignantes ou des patients à partir de la production industrielle des produits (SNO, NE, NP). Par exemple, dans le cas de Monsieur DS, l'Etat doit s'assurer qu'il puisse recevoir, lorsqu'il est hospitalisé à domicile ou en institution de long séjour, les poches de nutrition entérale<sup>1</sup>. Cette accessibilité à la nutrition doit être à la fois économique et physique. Un accès économique, car les produits doivent être vendus à un coût raisonnable. Les prix des produits de nutrition artificielle ont un coût très élevé, ce qui met considérablement en danger le respect de ce droit. Un accès physique, qui doit permettre à tous, y compris aux malades à l'hôpital, de s'approvisionner en nourriture. Cela ne revient pas, comme dans le contexte politique, au développement d'un réseau de transport, par exemple, mais il s'agit de donner les moyens aux institutions de soins, (l'hospitalisation à domicile, mais aussi les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les centres de soins de suite et réadaptation, etc.) pour qu'ils puissent se constituer comme un réseau apte à assurer des soins nutritionnels. Enfin, l'alimentation doit être adéquate, en fonction du type de patient, de son état de santé, de son sexe, de ses besoins métaboliques, mais aussi en respectant ses codes culturels (interdits religieux par exemple). A ces trois caractéristiques de disponibilité, accessibilité et de nutrition adéquate, s'ajoute la notion de durabilité. Il s'agit, dans le contexte politique, d'une durabilité à la fois écologique et alimentaire. Dans le contexte des soins, la durabilité serait pharmacologique et alimentaire. De la même manière que dans le premier contexte, il importe de faire en sorte que les générations futures puissent en bénéficier. Cela pourrait passer par des politiques et des normes régulatrices appliquées à l'industrie pharmaceutique. Cela requiert de poser la question de la production et de s'interroger sur les politiques concernant les produits de la nutrition artificielle.

D'autre part, le droit au support nutritionnel doit guider l'action des soignants. Il est question de défendre le droit à « être nourri » de toute personne malade. Plus

---

<sup>1</sup> Les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (produits de nutrition entérale) et la nutrition parentérale sont inscrits sur la liste de produits et prestations remboursables (LPPR). Le remboursement concerne également les prestations de service associées à l'utilisation de produits de santé à domicile comme, par exemple, les pompes d'administration de la nutrition.

précisément, le droit à recevoir les besoins nutritionnels dans un contexte qui prenne en charge l'émotionnel, le symbolique et la dimension sociale de l'alimentation. Il faut souligner qu'il ne s'agit pas de le considérer comme un acte de charité, ce qui était le cas lorsqu'on nourrissait les malades à l'hôpital au Moyen Age<sup>1</sup>. Au contraire, bien plus un soin qui s'intègre dans les soins généraux des malades à l'hôpital qui sont doublement vulnérables car ils connaîtront la faim et la dénutrition.

Ainsi, le médecin doit faire respecter le droit au support nutritionnel. Cela se traduit, au niveau du jugement prudentiel par le fait de proposer un soin alimentaire adapté au patient en tenant compte des bénéfices possibles (respect du principe de bienfaisance) et des risques potentiels. Il doit aussi pouvoir arrêter tout soin artificiel (respect du principe de non-malfaisance) et proposer l'alimentation orale lorsqu'elle est possible et pertinente. La pratique ne doit pas être déraisonnable et elle doit prendre en considération les souhaits du patient et de la famille. Parmi les bénéfices, il faut non seulement envisager les bénéfices cliniques, mais aussi les bénéfices sur la qualité de vie et les liens affectifs et sociaux. Cela doit se traduire non seulement par des connaissances techniques telles que le pronostic de la maladie et le calcul des besoins de certains nutriments, mais aussi par le recueil de l'histoire personnelle et familiale du patient, par l'attention à ses souhaits, ses attentes et son projet de vie. Cela engage donc à considérer non seulement les bénéfices et risques cliniques et nutritionnels de la nutrition, mais également sa valeur symbolique, sociale, familiale et culturelle. Il s'agit donc pour le médecin d'appréhender un sens plus large de la nutrition et de considérer le patient non comme un simple corps, mais comme une personne prise dans sa globalité. Autrement dit, il s'agit de concevoir une place pour la nutrition dans la préservation de la dignité humaine lorsqu'on soigne un patient atteint de démence.

---

<sup>1</sup> Voir première partie de la thèse.

## 2.4 Cas n° 4 : Enjeux éthiques de la chirurgie bariatrique

### CAS No 4.<sup>1</sup>

#### ***Le cas de Madame CO, Obésité et chirurgie bariatrique.***

Madame CO âgée de 28 ans consulte pour une prise en charge chirurgicale de l'obésité. Sa taille est de 182 cm et son poids est de 185 kg, soit un IMC à 55,9 kg / m<sup>2</sup>. Elle a toujours été en surpoids, aussi longtemps qu'elle se souvienne, et le poids n'a cessé d'augmenter jusqu'à présent. Il n'y a pas chez elle de comorbidités liées à l'obésité, à l'exception d'une douleur de sa hanche gauche depuis deux ans, et depuis six mois, de sa hanche droite.

Après une prise en charge par l'équipe multidisciplinaire d'obésité, la patiente a été opérée d'un by-pass gastro-jéjunal (BPGJ) par laparoscopie. L'opération ainsi que le post-opératoire immédiat ont été simples. Elle quitte l'hôpital le deuxième jour post-opératoire.

A deux ans de suivi, la patiente a perdu 75 % de l'excès de poids et est très satisfaite de cette évolution. Cependant, elle se plaint de fatigue et paresthésies dans les mains et les pieds. Elle dort plus de dix heures par jour et n'a pas été en mesure de travailler plus de 50 % du temps au cours du dernier mois. Les analyses biologiques montrent une anémie macrocytaire. Le statut en fer ainsi que des tests de la fonction hépatique sont normaux.

Des tests supplémentaires révèlent des concentrations sériques très faibles de cobalamine (vitamine B12). Le taux de folates est normal.

---

<sup>1</sup> Module 26.2, Nutritional Effects of Cancer Therapy and Potential Modulation of Tumour Growth.

### 2.4.1 Le problème éthique

L'obésité a atteint selon l'OMS, les proportions d'une épidémie mondiale. En effet en 2014, 2,8 millions de personnes décèdent chaque année du fait de leur surpoids ou de leur obésité<sup>1</sup>. En France le surpoids<sup>2</sup> et l'obésité<sup>3</sup> touchent respectivement 32 % et 15 % des personnes de plus de 18 ans. Le traitement aujourd'hui de référence est la prise en charge médico-diététique avec des modifications des habitudes alimentaires et une augmentation de l'activité physique. En raison de diverses adaptations biologiques constatées chez les patients obèses, ce traitement n'est que partiellement efficace<sup>4</sup>. A cela, il faut ajouter le fait que les stratégies pharmacologiques<sup>5</sup> proposées aujourd'hui échouent. La pratique de la chirurgie bariatrique apparaît de plus en plus comme le traitement de choix en France et dans le monde. Les diverses techniques de chirurgie bariatrique ont évolué et cherchent à minimiser les risques, les complications et les échecs à court et à long terme. Cependant, ces derniers restent aujourd'hui d'une ampleur considérable. Le cas de Madame CO nous permet d'identifier deux problèmes. En premier lieu, nous allons questionner la place de la diététique dans le cadre de la prise en charge d'une maladie chronique telle que l'obésité. Les enjeux éthiques liés aux intérêts commerciaux de ces pratiques méritent d'être examinés. Deuxièmement nous soulignons les enjeux éthiques des techniques de chirurgie bariatrique.

### 2.4.2 Enjeux éthiques des régimes diététiques

L'obésité constitue en France un problème de santé publique majeur. Une des conséquences de cette problématique est la pratique de nombreux régimes amaigrissants et le recours à de compléments alimentaires « amincissants », souvent utilisés sans fondement scientifique et sans justification ni suivi médical.

Le régime diététique, comme nous l'avons étudié dans la première partie, se réfère, du point de vue épistémologique, à un « genre de vie » ou à « l'usage raisonné et

---

<sup>1</sup> OMS, 10 faits sur l'obésité, <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/>. (consulté le 5 juin 2015)

<sup>2</sup> Surpoids = IMC entre 25 et 30kg/m<sup>2</sup>.

<sup>3</sup> Obésité= IMC supérieur à 30kg/m<sup>2</sup>.

<sup>4</sup> Ch. N. Ochner, AG. Tsai, RF Kushner, T. A. Wadden, «Treating obesity seriously: when recommendations for lifestyle change confront biological adaptations», *The Lancet* 2015, vol. 4, p. 232-234.

<sup>5</sup> L'orlistat et le seul médicament anti-obésité autorisé en France. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011\\_09/2011\\_09\\_30\\_obesite\\_adulte\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011_09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf)

méthodique des aliments et de toutes les choses essentielles à la vie, tant dans l'état de santé que dans celui de maladie »<sup>1</sup>. En effet, déjà à la fin du XVIIIème siècle, le régime répondait à un « système raisonné des habitudes alimentaires » encadré par des préoccupations sociales et morales, mais il faisait aussi partie des actions qui ont pour but de conserver la santé (l'hygiène) et des remèdes qui cherchent à guérir des maladies comme l'obésité. Aujourd'hui, les régimes diététiques à visée amaigrissante occupent une place prépondérante dans la société. D'après l'« Etude individuelle Nationale sur les Consommations Alimentaires 2006-2007 », près de 50 % des femmes de corpulence normale ont suivi un régime amaigrissant pendant l'enquête ou l'année précédente. En général, les régimes sont ce par quoi on définit notre identité individuelle. « Dis-moi ce que tu manges, je te dirai qui tu es<sup>2</sup> », proclamait Brillat-Savarin. Les préoccupations de santé et de beauté guident souvent les choix alimentaires, en particulier les choix des régimes<sup>3</sup>. L'idéal d'un corps mince encouragé dans les médias ainsi que le souci ou la peur de tomber malade, nous amènent également à des modifications de l'alimentation qui ne sont pas sans risque pour la santé.

Le cas de l'obésité est particulier, non seulement par l'ampleur de cette pathologie, mais aussi parce qu'elle permet de réfléchir aux enjeux existants lorsqu'une personne malade « est au régime ». Dans le cas de Madame CO, il est fort probable qu'à vingt-huit ans elle ait déjà suivi plusieurs régimes amaigrissants, et cela depuis l'enfance. Le fait d'être au régime est souvent associé aux privations alimentaires particulières. Les régimes amaigrissants ont pour principe :

« d'établir un déficit énergétique (par rapport aux besoins de l'individu) par la diminution des apports alimentaires afin de perdre du poids<sup>4</sup>. »

On le distingue du régime alimentaire équilibré qui couvre les besoins qualitatifs et quantitatifs en nutriments d'un individu et conduit à une balance énergétique entre consommation et dépense énergétique et donc au maintien de poids. Si ces régimes ont comme point de départ le rôle avéré de l'alimentation dans le développement de

---

<sup>1</sup> E. Littré, Dictionnaire de Français, <http://litre.reverso.net/dictionnaire-francais/>.

<sup>2</sup> B. Savarin, *Physiologie du goût*, *op.cit.*, p.215.

<sup>3</sup> F. Régnier, A. Lhuissier, S. Gojard, « Les évolutions contemporaines », dans *Sociologie de l'alimentation*, Paris, La Découverte, 2009 p. 128.

<sup>4</sup> Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à la demande d'évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement, Anses n° 2009-SA-0099.

certaines pathologies comme l'obésité, mais aussi dans les maladies cardio-vasculaires (devenues la première cause de mortalité en France) et les autres pathologies également importantes en terme de santé publique (comme les caries dentaires, les maladies digestives, etc.), la plupart des régimes amaigrissants se sont développés de manière empirique sans preuve scientifique avérées et les intérêts commerciaux sont prévalents. Le tableau 5 montre la liste de 15 régimes amaigrissants identifiés et caractérisés par l'Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) qui a permis de déterminer leurs impacts sur les apports nutritionnels. Ils ont été sélectionnés sur la base de leur popularité (citations fréquentes sur Internet ou ouvrages vendus dans le commerce ou par Internet). Ce travail réalisé en 2009 avait pour but d'établir une évaluation des risques liés à la pratique de régimes à visée amaigrissante sur la base d'une expertise scientifique collective. Son but n'était pas de réaliser « un travail de type bénéfice-risque en fonction de la situation propre à chaque individu, ni d'indiquer une prise de position sur l'opportunité de suivre un régime, sur les choix à opérer. Les risques ont été évalués dans le cadre des grandes catégories de régimes pour lesquelles des données scientifiques pertinentes sont disponibles. »<sup>1</sup>

Par ailleurs, ce travail a permis de mieux identifier les éventuelles conséquences délétères des régimes amaigrissants et d'aider les pouvoirs publics à proposer une politique de prévention dans le cadre du Programme National Nutrition Santé.

Tableau 5. Classification des régimes amincissants (D'après Anses – Saisine n° 2009-SA-0099)

---

<sup>1</sup> *Ibid.*

Tableau : Classification des régimes

Types de régime	Hyperprotéique > 27 % <sup>3</sup> de l'AET	Hyperglucidique > 55 % de l'AET	Hyperlipidique > 40 % de l'AET
Extrêmement hypocalorique (< 800 kcal)	Mayo Scarsdale	Citron détox Soupe au chou	
Très hypocalorique (800 - 1200 kcal)	Atkins 1 Californien 1 (femmes) Fricker 1, 2 et 3		Atkins 1 Californien 1 (femmes) Miami 2 Montignac 2
Hypocalorique (1200-1500 kcal)	Cohen 1 Fricker 1+ et 3+ Miami 1	Ornish Weight Watchers	Cohen 1 Miami 1 Montignac 1 et 1+
Non hypocalorique (> 1500 kcal)	Atkins 2 Cohen 2 Dukan 1, 2 et 3 Fricker 2+		Atkins 2 et 3 Californien 1 (hommes) Chrononutrition Chrononutrition + Cohen 2 Dukan 2 Miami 3 Zone

Cette classification des régimes les caractérise du point de vue nutritionnel et met en évidence des déséquilibres importants. Par exemple, que l'apport en protéines est supérieur à l'apport nutritionnel conseillé (ANC) pour la population française dans la majorité de régimes (plus de 80 % des phases de régime). Certains régimes comme les régimes hyperprotéiques non hypocaloriques dépassent la limite supérieure des apports considérés comme satisfaisants (2,2 g/kg/j). D'autres ne couvrent pas le besoin en nutriments essentiels comme le calcium (23 % des phases de régime). Par exemple, le régime Atkins 1 classé comme hyperprotéique (Tableau 5) n'apporte que 294mg de calcium pour un apport nutritionnel conseillés (ANC) de 900mg chez l'adulte.

Les risques ont été identifiés par l'Anses pour la population générale et pour des populations spécifiques. Les conséquences des régimes amaigrissants ont été classées comme biologiques, physiopathologiques et psycho-comportementales. En ce qui concerne les perturbations physiologiques somatiques, ils atteignent le système osseux et musculaire, le foie et les reins ainsi que des modifications profondes du métabolisme énergétique et de la régulation physiologique du comportement alimentaire. Par exemple, la réalisation répétée des régimes amaigrissants a un effet néfaste sur l'intégrité du capital osseux. Une perte de poids de 10 %, induit en moyenne une diminution de un à deux pour cent de la densité minérale osseuse, (ostéopénie et risque de fracture). Les conséquences de ces régimes très hypocaloriques peuvent être néfastes

allant jusqu'à induire une mort subite (en lien avec des troubles du rythme cardiaque). Sur le plan psychologique, ils induisent des troubles du comportement alimentaire. Ces perturbations provoquent ce qu'on appelle l'effet « yo-yo », dont les périodes de perte et de reprise de poids éventuellement plus sévère, se succèdent. La fluctuation du poids est considérée comme un facteur de risque cardiovasculaire et de syndrome métabolique (résistance à l'insuline et diabète de type 2). En ce qui concerne les populations spécifiques comme les personnes âgées, le fœtus, le nourrisson, l'enfant, l'adolescent et le sportif, les conséquences sont principalement la dénutrition, les troubles hormonaux et les perturbations de la croissance.

La reprise de poids à un an, après un régime restrictif, concerne 80 % des sujets et augmente avec le temps<sup>1</sup>. La perte de masse maigre (dont la masse musculaire), qui est une conséquence des régimes, et l'absence d'adaptation aux modifications de la dépense énergétique de repos (principale composante des dépenses énergétiques) empêchent le maintien d'un poids stable. Les échecs à répétition des régimes amaigrissants provoquent sur le plan psychologique de la dépression et compromettent l'estime de soi. Face à ces résultats, les experts de l'Anses concluent que :

« La recherche de la perte de poids sans indication médicale formelle comporte des risques dont il convient d'informer les populations concernées. Toute démarche de perte de poids nécessite une prise en charge spécialisée adaptée, au mieux dans un cadre interdisciplinaire (médecin traitant, diététicien, médecin endocrinologue, médecin nutritionniste, professionnel de l'activité physique, psychologue). Le rapport souligne également que l'évolution des habitudes alimentaires doit être associée à l'introduction, au maintien, voire à l'augmentation d'une activité physique régulière<sup>2</sup>. »

Au total, il a été démontré que la pratique de régimes amaigrissants n'est pas un acte anodin et il comporte, bien au contraire, des risques qui sont néfastes pour la santé. De plus, ils ne tiennent pas compte de la complexité de l'obésité qui est une maladie de caractère multifactorielle<sup>3</sup>. Or, la pratique de ces régimes est très répandue et favorisée par de nombreux médecins, diététiciens et autres professionnels de santé. Certains de ces régimes, en particulier les régimes à base des compléments alimentaires, sont mêmes prescrits par des personnes sans aucune formation professionnelle.

---

<sup>1</sup> *Ibid.*

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> Il s'agit d'une maladie de caractère multifactoriel c'est-à-dire, qui un terrain génétique favorable associé à un environnement obésogène (mauvaise alimentation, sédentarisme) explique plus de 95 % de l'obésité (obésité polygénique ou commune). L'obésité expliquée par la mutation d'un gène est très rare et concerne environ 5 % des cas dans le monde. I.S. Farooqi, « Obesity: from genes to behavior », *European Journal of Endocrinology*, 2014, vol. 171, p. R191–R195.



Cela peut s'expliquer par deux raisons. Premièrement, cela est dû au fait que la nutrition clinique n'est pas reconnue comme une discipline, et même comme une spécialité médicale, comme nous l'avons étudié dans la première partie. Cela conduit à une mauvaise formation en nutrition des soignants et au manque de médecins nutritionnistes<sup>1</sup>. En effet, la population en général cherche les réponses aux questions de nutrition et de santé auprès du médecin référent ou de médecin de famille<sup>2</sup> or, ces derniers ne sont pas en capacité de répondre précisément à ce problème. Les études montrent que malgré le fait qu'ils soient conscients de l'importance du sujet, ils ne se sentent pas suffisamment formés pour répondre adéquatement<sup>3</sup>.

Deuxièmement, le rôle des médecins et autres soignants, dans la perpétuation des régimes amaigrissants, s'explique par le commerce que font certains professionnels de cette pratique. L'exemple le plus remarquable en France est le cas du Dr. Dukan, et son célèbre régime amaigrissant hyperprotéique. Ce médecin nutritionniste a publié plus d'une vingtaine d'ouvrages sur la "méthode Dukan". Cette méthode est devenue une véritable marque commerciale, avec une cinquantaine de produits vendus dans les supermarchés et les pharmacies, et un site internet du coaching personnalisé qui comptait jusqu'à plus de 30 000 abonnés. Il a été condamné en 2012, par le Conseil de l'ordre des médecins, pour avoir « fait la promotion de son régime à des fins commerciales » et pour avoir « proposé d'instaurer une option au baccalauréat » destinée à lutter contre l'obésité. En effet, il proposait de mettre en place une option.

« poids d'équilibre au baccalauréat rapportant des points d'option pour ceux qui arrivent à garder un indice de masse corporelle compris entre 18 et 25 entre la seconde et la terminale et serait un bon moyen de sensibiliser les ados à l'équilibre alimentaire<sup>4</sup>. »

---

<sup>1</sup> Nous aborderons la problématique de l'éducation en nutrition dans la troisième partie de la thèse.

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

<sup>3</sup> D. Galuska, J. Will, M. Serdula, E. Ford, « Are health care professionals advising obese patients to lose weight? », *JAMA* 1999, vol. 282, p. 1576–8. R. Kushner, « Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners », *op.cit.*, p. 546–52. BS. Levine, MM. Wigren, DS Chapman, « A National survey of attitudes and practices of primary-care physicians relating to nutrition: strategies for enhancing the use of clinical nutrition in medical practice », *Am J Clin Nutr*, 1993, vol. 57, p. 115-119. Soltesz KS, Price JH, Johnson LW, « Family physician's views of the preventive service task force recommendations regarding nutritional counseling », *Arch Fam Med*. 1995, vol. 4, p. 589-593.

<sup>4</sup> *Le Parisien* 18 mai 2012, dans <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/le-docteur-dukan-radie-de-l-ordre-des-medecins-16-05-2012-2003321.php>

Le Conseil de l'ordre lui reproche le manque de prudence dans ses propos vis-à-vis de la population adolescente qui passe le baccalauréat, on lui reproche aussi de faire sa promotion personnelle et d'exercer la médecine comme un commerce. En effet, il a violé le code de déontologie<sup>1</sup>. Selon l'article 19 (article R. 4127-19 du code de la santé publique) :

« La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale<sup>2</sup>. »

Cela veut dire que l'acte médical doit être considéré comme un service et le « contrat de soins » qui est à la base de la responsabilité médicale (article 69) n'est pas une convention commerciale ni un marché. Or Dukan a mis en avant son intérêt personnel, visé son enrichissement et non l'intérêt des patients. Il a su profiter de l'intérêt que portent les individus à la question du régime alimentaire pour développer un commerce à but lucratif, mais sans tenir compte des conséquences souvent néfastes des régimes sur les patients.

Cette situation est souvent aggravée par le fait que la pratique de la nutrition est régulièrement sortie du cadre médical pour devenir un business à part entière. L'exemple le plus remarquable est *Herbalife*, une entreprise de vente directe créée en 1980 aux Etats Unis. Cette entreprise commercialise des produits de « contrôle de poids », des compléments alimentaires ainsi que des produits de « soins du corps et du visage » en toute légalité en France et dans 90 pays du monde via un réseau de distributeurs indépendants. Des vendeurs sans aucune formation, ni médicale ni de santé assurent la promotion et la vente de :

« produits de qualité innovants qui aident des millions de personnes dans le monde à atteindre leurs objectifs en termes de bien-être<sup>3</sup> »

Ils assurent que les produits *Herbalife* ont été « développés par des scientifiques, des médecins et des nutritionnistes », dont la liste d'experts « renommés » est consultable

---

<sup>1</sup> Le code de déontologie a multiplié les mesures réglementaires contre une pratique commerciale de la médecine.

<sup>2</sup> Code de la santé publique, article R. 4127-19.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912881&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120405&oldAction=rechCodeArticle>

<sup>3</sup> Herbalife, consulté le 5 octobre 2015. <http://societe.herbalifefrance.fr/qui-sommes-nous>.

sur leur site. Ils utilisent des arguments contondants pour convaincre des milliers des personnes dans le monde, comme par exemple :

« Herbalife s'est engagé pour mettre en place des standards sur lesquels toutes les entreprises de nutrition sont mesurées. Nous faisons progresser la science de la nutrition à travers la recherche scientifique menée dans le monde entier<sup>1</sup>. »

De plus, le « herb » de *Herbalife* est une stratégie trompeuse qui induit les consommateurs à penser qu'il s'agit de produits à base d'herbes ou « naturels » et par conséquent inoffensifs. Ils profitent de la popularité de certaines plantes qui sont perçues comme efficaces dans le traitement et la prévention de la maladie. Cependant, la littérature scientifique montre que l'utilisation de la grande majorité de ces produits ne se fonde pas sur des preuves scientifiques suffisantes. Il a été démontré scientifiquement que certains produits de *Herbalife*<sup>2</sup> causent de graves problèmes de santé en particulier des problèmes hépatotoxiques<sup>3</sup>. Ce qui pose problème c'est qu'ils induisent à remplacer des vrais repas équilibrés par des compléments (sous forme de gélules, boissons, etc.) souvent plus chers et artificiels contenant d'autres produits que des nutriments, comme par exemple des conservateurs et autres produits chimiques. Or, la question est de savoir si les compléments alimentaires sont effectivement dotés de propriétés particulières et si la population générale ou des groupes particuliers peuvent en tirer un réel bénéfice.

### 2.4.3 Enjeux éthiques des compléments alimentaires

Selon l'avis des experts, l'utilisation de ces produits est justifiée uniquement dans des circonstances exceptionnelles et pour certains groupes de populations spécifiques comme les malades atteints du cancer, les femmes enceintes, les personnes âgées en institution, les jeunes enfants<sup>4</sup>. Il s'agit de situations que seul un médecin est en capacité d'identifier. Cependant, ces produits sont commercialisés comme la solution à la mauvaise l'alimentation actuelle. En effet, une alimentation saine, variée et équilibrée

---

<sup>1</sup> *Ibid.*

<sup>2</sup> Nous avons trouvé 40 publications sur *Medline* à propos de *Herbalife* depuis 1994.

<sup>3</sup> F. Stickel, D Shouval, Stickel F., Shouval D, «Hepatotoxicity of herbal and dietary supplements: an update» *Arch Toxicol* 2015, vol. 89, p. 851-65.

<sup>4</sup> L. Cynober, J. Fricker, *La vérité sur les compléments alimentaires*, Paris, Odile Jacob, 2010, p.12.

est supposée apporter les apports journaliers recommandés (AJR). Or, une partie importante de la population en France ne se trouve pas dans cette situation idéale. Cela s'explique par l'absence de variété dans les assiettes, l'importante consommation d'aliments industriels raffinés et transformés, l'appauvrissement en nutriments des aliments issus de l'agriculture moderne, le contenu des pesticides et autres produits qui augmentent considérablement le stress oxydatif de nos cellules, etc. Toutefois, les pouvoirs publics en France considérant qu'une alimentation équilibrée suffit, ne recommandent pas la prise de compléments alimentaires dans la population générale. Le plan national d'alimentation PNNS ne mentionne pas l'utilisation des compléments. Ces produits sont vendus en pharmacie mais aussi en supermarché, en magasins de diététique ou en vente libre ou en vente directe (comme *Herbalife*). Les achats de ces produits sont alors conseillés dans la grande majorité des cas par des vendeurs sans aucune formation professionnelle dans le domaine de la santé.

La consommation de ces produits n'est pas sans risque. Ils constituent une source d'apports en vitamines, minéraux et oligoéléments qui pourraient augmenter les risques de dépassement des limites de sécurité pour un certain nombre de ces nutriments. Par exemple, une revue systématique de la littérature publiée en 2012, qui inclut 78 essais cliniques randomisés, montre que la prise de suppléments vitaminiques antioxydants est associée à l'augmentation des risques de mortalité<sup>1</sup>. La revue regroupe au total 296,707 participants qui ont été randomisés pour des suppléments d'antioxydants (bêta-carotène, vitamine A, vitamine C, la vitamine E et le sélénium) versus placebo ou pas d'intervention (contrôle). L'étude a démontré que les patients consommant des antioxydants étaient 1,03 fois plus susceptibles de mourir que les autres contrôles. L'auteur conclut que :

«We found no evidence to support antioxidant supplements for primary or secondary prevention. Beta-carotene and vitamin E seem to increase mortality, and so may higher doses of vitamin A<sup>2</sup>.»

«Nous n'avons trouvé aucune preuve pour utiliser des suppléments d'antioxydants pour la prévention primaire ou secondaire. Le bêta-carotène et la vitamine E semblent accroître la mortalité, et cela à des doses plus élevées de vitamine A. »

---

<sup>1</sup> G. Bjelakovic, D. Nikolova, LL. Gluud, RG. Simonetti, C. Gluud, « Antioxidant supplements for prevention of mortality in healthy participants and patients with various diseases», *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, vol. 3. n° CD007176.

<sup>2</sup> *Ibid.*

Cela signifie que les compléments alimentaires ne sont pas anodins. Il existe des valeurs de référence, inférieures (nutritionnelles) ou supérieures (de sécurité), indispensables pour mener une évaluation sur chaque nutriment. Certains nutriments peuvent causer soit des effets toxiques directs ou indirects affectant l'équilibre métabolique et physiologique (qui participent de façon complexe au maintien de l'homéostasie), soit des problèmes liés aux synergies ou aux antagonismes des nutriments qui peuvent se présenter entre eux. A titre d'exemple, un excès d'apport en calcium (un nutriment considéré comme présentant peu de risques toxicologiques), peut inhiber l'absorption intestinale d'autres minéraux comme le magnésium, le zinc et le fer<sup>1</sup>. L'évaluation de ces risques nécessite une connaissance approfondie des effets physiologiques et toxiques associés à chaque nutriment. Or, selon l'avis de l'Anses en 2013 :

« Aujourd'hui, que ce soit au niveau de l'Anses ou de l'Efsa, ce travail scientifique d'envergure, conduit pour certains vitamines et minéraux (iode, vitamine B5, B8 et C, manganèse, molybdène et fluor), n'est pas abouti pour l'ensemble des nutriments figurant à l'annexe du règlement (CE) 1925/2006, ou à l'annexe de la directive compléments alimentaires<sup>2</sup>. »

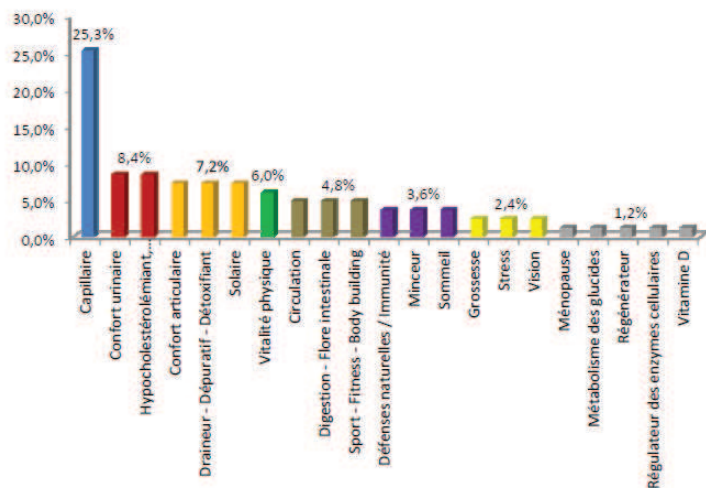
Cela signifie qu'à ce jour il est possible de consommer des compléments alimentaires contenant des nutriments même si on ne connaît pas tout à fait les risques liés à une surconsommation de ces produits. A cela s'ajoute le fait qu'avant la mise sur le marché de ces produits, seule une déclaration préalable est nécessaire et non une autorisation de mise sur le marché (AMM) comme pour les médicaments. Pour ces raisons, un dispositif de veille sanitaire appelé « nutrivigilance »<sup>3</sup> a été créé en 2009. Son objectif est d'améliorer la sécurité du consommateur en identifiant rapidement d'éventuels effets indésirables liés notamment à la consommation de compléments alimentaires ou de « nouveaux aliments » enrichis en nutriments. Le nombre total de cas enregistrés en 2013 a été de 474 cas dont 107 ont été jugés exploitables. La figure 8 montre la distribution des types de compléments alimentaires impliqués dans des signalements recevables déclarés spontanément en 2013 et la figure 9 montre la distribution des types d'effets déclarés en 2013.

---

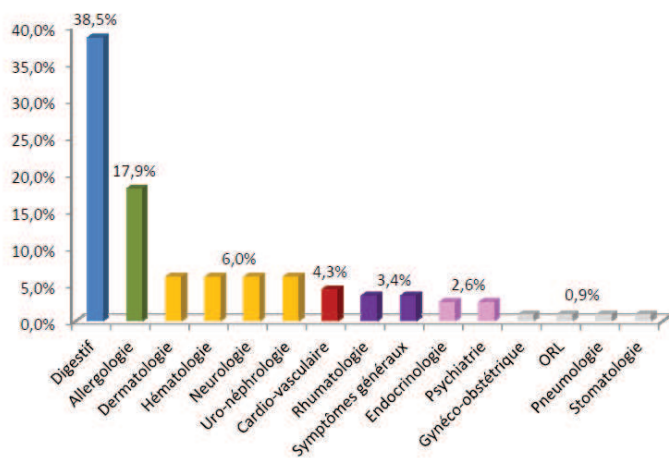
<sup>1</sup> Avis de l'Anses, Saisine n° 2013-SA-0161.

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> <https://www.anses.fr/fr/content/dispositif-national-de-nutrivigilance>.



**Figure 8. Distribution des types de compléments alimentaires impliqués dans des signalements recevables déclarés spontanément en 2013 (ANSES 2013)**



**Figure 9. Distribution des types d'effets déclarés en 2013 (Anses 2013).**

L'utilisation de compléments alimentaires n'est pas nouvelle, il s'agit d'une pratique ancrée depuis des décennies dans nos sociétés<sup>1</sup>. Selon le Syndicat National de Compléments Alimentaires, le marché français des compléments alimentaires est en pleine croissance, avec un développement de 6,4 % en 2014, dont 15,7 % d'adultes et

<sup>1</sup> Consommation de compléments alimentaires.

5,6 % d'enfants consommateurs de compléments alimentaires<sup>1</sup>. Selon l'étude INCA2 (étude individuelle Nationale sur les Consommations Alimentaires 2006-2007), près d'un adulte sur cinq en France en consomme au moins une fois dans l'année précédant sa participation à l'étude. Ils sont supposés « compléter » l'alimentation, mais ils sont aussi utilisés par leurs supposés bénéfiques sur la santé, le bien-être, les performances physiques, sexuelles et la beauté entre autres. En général, ces produits sont conçus comme une sorte de médecine complémentaire ou parfois « magique » capable d'améliorer tous les maux. Un genre de « médicament » sans ordonnance, conseillé traditionnellement par les voisins ou les grand-mères.

Si d'un point de vue réglementaire, le statut des compléments alimentaires est bien défini, celui-ci n'est ni compris ni connu par la population en général. Ils pourraient être davantage considérés comme un médicament et non comme un aliment. L'Union Européenne et la France ont défini en 2002 le complément alimentaire comme :

« Toute substance ou produit transformé, partiellement transformé ou non transformé destiné à être ingéré ou raisonnablement susceptible d'être ingéré par l'être humain dont le but est de compléter le régime alimentaire normal et qui constitue une source concentrée de nutriments ou d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique seuls ou combinés, commercialisés sous forme de doses destinées à être prise en unités mesurées de faible quantité<sup>2</sup>.»

Autrement dit, d'un point de vue réglementaire, les compléments alimentaires sont considérés comme des denrées alimentaires et font donc partie du champ d'application du Règlement (CE) N° 1924/2006, concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les denrées alimentaires. Ainsi, dans la liste de denrées alimentaires sont intégrés des produits autorisés qui correspondent à toute substance ayant un effet nutritionnel ou physiologique : vitamines, minéraux, micronutriments, acides aminés, antioxydants, plantes, phytoconstituants, etc. Les compléments sont ainsi susceptibles de porter des allégations de santé<sup>3</sup>. Quoiqu'il en soit, les compléments alimentaires sont

---

<sup>1</sup> Consommation de compléments alimentaires en France : profil des consommateurs et contribution à l'équilibre nutritionnel », exploitation de l'enquête INCA2

(Les études individuelles nationales de consommations alimentaires) par le CREDOC - Avril 2010

<sup>2</sup> En France, c'est le décret n°2006-352 du 20 mars 2006 qui transpose la directive européenne n°2002/46/CE] sur les compléments alimentaires commercialisés dans les pays de l'Union Européenne.

<sup>3</sup> Par allégation de santé, on entend « toute mention utilisée sur les étiquettes, lors de campagnes de marketing ou de publicité, selon laquelle la consommation d'un aliment donné ou d'un de ses ingrédients – tels que, par exemple, vitamines et minéraux, fibres et bactéries « probiotiques » – peut avoir des bienfaits pour la santé. » EFSA, <http://www.efsa.europa.eu/fr/faqs/faqnutrition>

du point de vue réglementaire, des aliments. Or, ils ne répondent pas à la définition de l'aliment, à savoir « une denrée alimentaire comestible, nourrissante, appétence, et coutumière »<sup>1</sup>. Autrement dit, même si les compléments alimentaires peuvent partager la caractéristique d'être « comestibles » et « nourrissants », ils ne partagent pas la dimension sociale, affective de la nourriture ni sa dimension de plaisir. Ainsi, les compléments alimentaires ne stimulent pas l'appétit et ne nous réjouissent pas, ils ne s'inscrivent pas dans un acte social qui nous permet d'échanger et de nous rassembler. De plus, la présentation des compléments sous forme de gélules, pastilles, comprimés, etc. (voir tableau 6) les éloignent davantage de la conception des aliments. En effet, la transformation des aliments qui concerne la préparation et à l'acte de cuisson ne coïncide pas avec la transformation des nutriments dans les compléments alimentaires, compris comme nutriments « artificiels ». Cela suppose une transformation chimique industrielle qui se traduit par une présentation artificielle (pilules, gélules, etc.) et par la possibilité d'une administration par une voie artificielle. Cette conception nouvelle du nutriment, qui naît de la préoccupation de nourrir l'homme malade face aux nouveaux défis de la médecine et de la science, donne naissance à une discipline que nous avons appelé « Nutrition Clinique ». Cette dernière est centrale en médecine et elle est autonome par rapport à la science de la nutrition humaine dans la mesure où elle doit être conçue dans le cadre de l'interaction patient-soignant, et non dans le cadre de l'interaction de l'homme avec l'environnement qui caractérise la science de la nutrition humaine. En conclusion, définir les compléments alimentaires comme une catégorie de denrées alimentaires est une erreur. Les conséquences sur le plan réglementaire conduisent à des implications éthiques majeures.

Les compléments alimentaires ont une place plus appropriée dans la catégorie de médicaments. Cela se justifie d'abord, du point de vue de la terminologie, parce qu'il n'existe pas de véritable frontière entre le complément alimentaire et le médicament. Les compléments sont supposés agir sur la fonction « nutritionnelle » et « physiologique » (voir tableau 6). Il est nécessaire de rappeler que la fonction de nutrition est une fonction physiologique (relative aux fonctions normales de l'organisme), caractéristique de tout être vivant, par laquelle les constituants de la

---

Il existe différents types d'allégations de santé : des allégations fonctionnelles génériques, sur la réduction du risque de maladies ou sur la présence de substances susceptibles d'améliorer ou de modifier les fonctions normales de l'organisme.

<sup>1</sup> J. Tremoliers, « La nutrition humaine », dans *Tiers-Monde*, 1964, *op.cit.*, 795-814.



matière vivante s'assimilent (processus métaboliques : anabolisme) mais se séparent également de l'organisme (processus métaboliques : catabolisme). La « désassimilation » de la matière vivante, qualifiée comme « dénutrition » est considérée comme un état pathologique, voire une maladie. Ainsi, les compléments sont censés agir sur des états ou fonctions normaux dans lesquels sont compris des états associés au bien-être comme le bronzage, la fatigue, la chute de cheveux, etc. Or, on retrouve également dans la définition du médicament, établie par la directive 2004/27/CE (voir tableau 6), cette propriété consistant à agir en modifiant des fonctions physiologiques, ce qui n'exclut pas les fonctions nutritionnelles, et cela par un effet qui peut être de type « pharmacologique » (i.e. relatif à la pharmacologie ou aux médicaments), « immunologique » (i.e. relatif au système immunitaire) ou « métabolique » (i.e. relatif au métabolisme qu'impliquent les processus biochimiques: catabolisme, anabolisme). On peut déduire, à partir de ces considérations, que les compléments alimentaires entretiennent des fonctions physiologiques dites aussi « normales » et les médicaments sont des produits qui corrigent les perturbations ou « dysfonctions » physiologiques et donc « pathologiques ». Plus précisément, dans le cas des médicaments, on est dans le cadre de la thérapeutique. Autrement dit, on pourrait dire que les compléments alimentaires maintiennent l'état de santé et de bien-être, normal ou physiologique, tandis que les médicaments traitent l'état anormal ou pathologique voire la maladie. Autrement dit, si la fonction d'un produit est uniquement physiologique, ce n'est pas un médicament, c'est un complément (voire un aliment).

Nous constatons des difficultés et contradictions dans ces définitions qui ne permettent pas de différencier les produits. Tout d'abord, les deux définitions se rejoignent lorsqu'on considère que l'effet « métabolique » est aussi un effet « nutritionnel », et dès lors certaines situations « pathologiques » sont aussi « nutritionnelles ». Ainsi, on peut attribuer à une même substance, ce double statut de médicament et de complément, en fonction de la dose et du but utilisé. A titre d'exemple, nous pouvons citer le cas de l'acide ascorbique (vitamine C). Cette vitamine est contenue dans tous les végétaux à des quantités variables (les agrumes comme le citron en sont riches). Le nom « ascorbique » a comme origine le préfixe grec *a* « privatif » et « scorbut », signifiant littéralement anti-scorbut. Le scorbut est une maladie identifiée depuis le XVIème siècle et qui est due à une déficience en vitamine C aujourd'hui rare, mais encore présente chez des personnes anorexiques. Cette vitamine a

une fonction « physiologique » et « nutritionnelle » car elle intervient dans des fonctions de l'organisme comme l'absorption du fer, la cicatrisation et par une action antioxydante (capture des radicaux libres), permet la défense contre les infections virales, bactériennes et la protection de la paroi des vaisseaux sanguins. Elle a aussi une fonction thérapeutique car elle est « anti scorbutique » et « anti oxydante » Un régime équilibré peut couvrir les besoins individuels en vitamine C et ainsi effectuer sa fonction nutritionnelle mais aussi thérapeutique qui nous permet d'être en bonne santé, et de guérir des maladies carencielles<sup>1</sup>. Bien que présent naturellement dans les aliments, l'acide ascorbique peut être synthétisé à partir du D-glucose. Il peut ainsi être ajouté dans un complément alimentaire (complexe vitaminique) qui serait consommé avec l'intention d'acquérir un certain bien-être ou de maintenir la santé (homéostasie). Cependant, cette vitamine pourrait être consommée et utilisée dans le but de traiter un malade atteint de scorbut, et on serait alors dans le cadre de la thérapeutique, ce qui ne correspond pas à la définition du complément mais du médicament. On trouve également la même molécule ajoutée aux produits « antigrippaux ». Or, ici il est difficile de savoir si on est dans le cadre du « thérapeutique » ou du « physiologique ».

Nous pouvons aussi citer l'exemple de la vitamine B12 ou Ciano cobalamine. Il s'agit d'une vitamine essentielle à la croissance et à la division cellulaire mais aussi au fonctionnement adéquat de toutes les cellules du corps et à l'équilibre du système nerveux. Plus précisément, elle intervient dans la synthèse de l'ADN et de l'ARN, des protéines, de la myéline, dans la formation des globules rouges, ainsi que dans le métabolisme des glucides et des lipides. Elle est utilisée par les végétaliens comme complément alimentaire car la source alimentaire principale est le produit d'origine animale. Cependant, elle peut aussi être utilisée comme médicament dans le traitement de certains états pathologiques. C'est le cas de Mme CO qui après le by-pass gastro-jéjunal (BPGJ), se plaint de fatigue et de paresthésie dans les mains et les pieds, et présente une anémie macrocytaire avec un impact sur sa qualité de vie et les activités de sa vie quotidienne, qui s'expliquent par une carence en vitamine B12. Dans ce cadre-là, la vitamine B12 a un caractère thérapeutique et donc elle est un médicament.

---

<sup>1</sup> AJ. Michels, B. Frei, « Myths, artifacts, and fatal flaws: identifying limitations and opportunities in vitamin C research », *Nutrients* 2013, vol. 16. p. 5161-92.

En plus des difficultés relatives à ces définitions, ces deux types de produits partagent la même finalité, à savoir l'homéostasie<sup>1</sup> de l'organisme. On peut comprendre ainsi que maintenir l'homéostasie est atteint par l'effet « physiologique » des compléments et que récupérer l'homéostasie est un état qui s'obtient après le traitement d'un état « pathologique » par les médicaments. Or, il n'est pas possible de délimiter une véritable frontière entre physiologique et pathologique. Nous avons étudié dans le cas n° 2 la difficulté à définir ces deux notions, en particulier les notions de santé et de maladie. Il n'y a pas de frontière délimitable, il s'agit plutôt d'un « continuum » entre ses états, qui peut être quantitatif, mais il peut aussi s'agir d'une différence qualitative :

«La maladie humaine est toujours un ensemble... ce qui la produit touche en nous, de si subtile façon, les ressorts ordinaires de la vie que leurs réponses sont moins d'une physiologie déviée que d'une physiologie nouvelle<sup>2</sup>.»

Il n'y a donc pas de frontière entre un complément alimentaire et un médicament si l'on tient en compte la terminologie actuelle.

En deuxième lieu, la place des compléments dans la catégorie des médicaments se justifie par des raisons éthiques. En effet, la différence dans les procédures de mise sur le marché, de contrôle et de vigilance des compléments par rapport à celle des médicaments pourrait signifier plus de risques pour la population. Les médicaments sont soumis à une autorisation de mise sur le marché (AMM), tandis que les compléments alimentaires ne le sont pas, une simple déclaration est suffisante. Cela implique que pour qu'un médicament et une nouvelle molécule à visée thérapeutique soient vendus il faut un certain nombre d'années, souvent une décennie, pour montrer l'efficacité et l'absence de danger pour la population. Ensuite un système de pharmacovigilance enregistre et évalue les effets secondaires, en particulier les effets indésirables à court et à long terme. Il a pour but de minimiser les risques de leur utilisation. Rappelons que du point de vue législatif, en France, il existe depuis 1905 une frontière absolue entre le médicament et l'aliment, régis par deux codes réglementaires et deux entités administratives totalement distinctes<sup>3</sup>. Or, les compléments alimentaires, ne font l'objet

---

<sup>1</sup> L'homéostasie est définie comme « le maintien de la constance du milieu intérieur d'une cellule, d'un système ou d'un organisme ou, encore, la capacité que peut avoir un système, qu'il soit ouvert ou fermé, à conserver son équilibre de fonctionnement normal en dépit des contraintes extérieures. » AFF

<sup>2</sup> G. Canguilhem, « Le normal et le pathologique », *op.cit.*, p. 166.

<sup>3</sup> Au point de vue législatif, en France, il existe depuis 1905 une frontière absolue entre le médicament et l'aliment, régis par deux codes réglementaires et deux entités administratives totalement distinctives.

que d'une déclaration préalable à leur commercialisation auprès de la *Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes* (DGCCRF) et la surveillance est faite par l'organisme de vigilance « nutrivigilance ». Ainsi, pour les médicaments tout est fait pour que le patient ne soit pas exposé au moindre risque pour sa santé, tandis que pour les compléments leur innocuité est supposée et seuls les effets aigus sont surveillés et cela depuis 2010 en France. La possibilité de vente directe, en pharmacie ou dans les supermarchés sans encadrement médical, expose davantage la population aux éventuels risques d'une consommation immodérée ou inadaptée. Les intérêts commerciaux de ces produits encouragent leur utilisation dangereuse et souvent inutile. Les intérêts commerciaux l'emportent sur les intérêts du patient. Cela est démontré par le fait de l'augmentation de ce marché, bien que les pouvoirs publics promeuvent une alimentation saine, et non l'utilisation anarchique de compléments alimentaires. Ainsi, la réglementation et l'encadrement des compléments alimentaires s'imposent afin de contrôler, d'étudier et de surveiller les éventuels avantages et risques de ces produits.

Les aliments enrichis avec des nutriments ou ce qu'on appelle « aliments fonctionnels », n'ont pas de statut particulier dans la législation française, ils sont simplement des aliments. Rappelons la définition :

« Aliment appartenant à l'alimentation traditionnelle, c'est-à-dire ayant démontré son action bienfaisante sur la santé par des siècles d'empirisme, mais supposé avoir en outre des vertus prophylactiques et/ou curatives sur certaines maladies chroniques<sup>1</sup>. »

Il faut souligner que ces produits gardent leur apparence d'aliment usuel. Leur utilité est souvent mise en avant comme un progrès dans l'industrie agroalimentaire, car ces produits permettent de prévenir des carences dans certaines populations vulnérables exposées aux famines dans le monde. Cependant, la place de ces produits dans des

---

D'un côté, le ministère de l'agriculture qui cadre les lois alimentaires qui font partie du code de la consommation. D'un autre côté, le Ministère de la Santé et ses directions départementales et régionales qui encadrent les lois sur le médicament et s'intègrent dans de le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale. Cette dualité française s'est confirmée en 1999 par la création de deux agences nationales, l'une consacrée à la sécurité des aliments (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail, ANSES), et l'autre à la sécurité sanitaire et des médicaments (ANSM). Les débats parlementaires sur ces créations témoignent de l'attachement français au dualisme aliment/médicament.

<sup>1</sup> Dictionnaire de l'Académie de Médecine. <http://dictionnaire.academie.fr>

sociétés non exposées aux carences, au-delà des intérêts commerciaux, reste à déterminer.

En somme, on considère que l'utilisation de ces compléments alimentaires est fondée sur le rapprochement opéré entre les aliments et les médicaments. Ce rapprochement trouve son fondement et sa légitimation pour beaucoup de scientifiques dans une phrase attribuée à tort à Hippocrate « Que la nourriture soit ton remède et ton remède la nourriture » (« *let food be thy medicine and medicine be thy food* ») <sup>1</sup>. Or, pour Hippocrate, la diète était centrale dans la médecine, mais il ne confondait aucunement les médicaments (remèdes) et les aliments. En outre, Hippocrate est souvent cité par son autorité éthique. Les lignes directrices relatives aux obligations des médecins ont été établies depuis l'Antiquité dans le serment d'Hippocrate, dont l'héritage persiste encore. L'impératif « premièrement, ne pas nuire » est implicite dans la déclaration suivante concernant l'alimentation :

« Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté<sup>2</sup>. »

Ainsi, le régime (aujourd'hui la diététique) est devenu avec Hippocrate une pratique d'une valeur morale, un outil dans le domaine de la pratique médicale. Mais aujourd'hui, cette légitimité que confère Hippocrate est récupérée et elle est utilisée dans un but éminemment commercial. Les médecins, la société et les pouvoirs publics restent des acteurs indifférents et inactifs face à cela.

---

<sup>1</sup> Voir Annexe A.

<sup>2</sup> Serment médical d'Hippocrate traduit par Emile Littré, [http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http%3A%2F%2Fwww.alabbara.com%2Fmuseum%2Fmedecine%2Fpages\\_01%2FSerment\\_Hippocrate\\_ancien.html](http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http%3A%2F%2Fwww.alabbara.com%2Fmuseum%2Fmedecine%2Fpages_01%2FSerment_Hippocrate_ancien.html) (consulté le 21 février 2016).

Tableau 6. Caractéristiques des aliments, aliments fonctionnels, compléments alimentaires et médicaments.

	<b>DEFINITION</b>	<b>BUT</b>	<b>EFFET</b>	<b>PRESENTATION</b>
Aliment ou denrée alimentaire	Toute substance ou produit, transformé, partiellement transformé ou non transformé, destiné à être ingéré ou raisonnablement susceptible d'être ingéré par l'être humain.	Satiété, Plaisir, Convivialité	Nutritionnel	Substance ou produit, transformé, partiellement transformé ou non transformé
Complément alimentaire	Toute substance ou produit transformé, partiellement transformé ou non transformé destiné à être ingéré ou raisonnablement susceptible d'être ingéré par l'être humain dont le but est de compléter le régime alimentaire normal et qui constitue une source concentrée de nutriments ou d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique seuls ou combinés, commercialisés sous forme de doses destinées à être prises en unités mesurées de faible quantité.	Compléter le régime alimentaire normal	Nutritionnel Physiologique, Bien-être: Beauté, bronzage, minceur ...	Gélules, pastilles, comprimés, pilules et autres formes similaires, ainsi que les sachets de poudre, les ampoules de liquide, les flacons munis d'un compte-gouttes et les autres formes analogues de préparations liquides ou en poudre destinées à être prises en unités mesurées de faible quantité.
Médicament	Toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou pouvant lui être administrée en vue soit de restaurer, de corriger ou de modifier des fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique, soit d'établir un diagnostic médical	Prévenir ou de traiter un état pathologique	Corriger ou restaurer une fonction physiologique altérée par un état pathologique	Pilules, Comprimés, etc.
Aliment Fonctionnel	Aliment appartenant à l'alimentation traditionnelle, c'est-à-dire ayant démontré son action bienfaisante sur la santé par des siècles d'empirisme, mais supposé avoir en outre des vertus prophylactiques et/ou curatives sur certaines maladies chroniques	Satiété, Plaisir, Convivialité, Prophylactique et/ou curative	Nutritionnel	Aliment

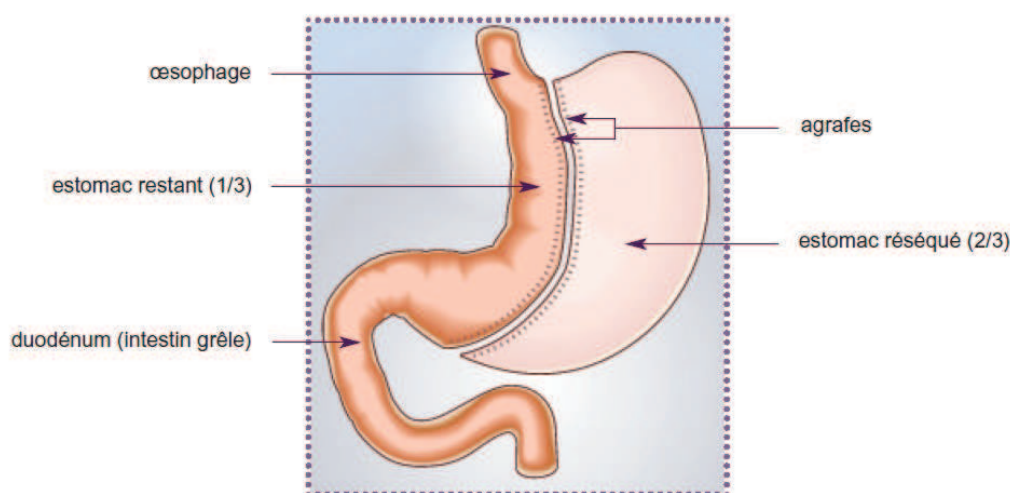
C'est ainsi que les personnes souffrant d'obésité sont exposées à de multiples régimes et à des compléments alimentaires souvent présentés comme des solutions « magiques » qui permettent une perte de poids « rapide, facile et sans effort ». Un

encadrement réglementaire et clinique plus adapté s'avère souvent nécessaire. La frontière entre médicament et aliment doit être mieux définie, en intégrant les compléments nutritionnels dans le domaine des médicaments. Les médecins doivent être mieux formés afin de répondre aux questions de nutrition, en particulier, au problème de l'obésité. La nutrition comme la médecine ne peut pas devenir un commerce.

La principale conséquence de l'utilisation des compléments alimentaires pour la minceur et des régimes à répétition est l'aggravation de l'obésité. Face à cela, la chirurgie propose une option thérapeutique qui soulève des nombreux problèmes éthiques.

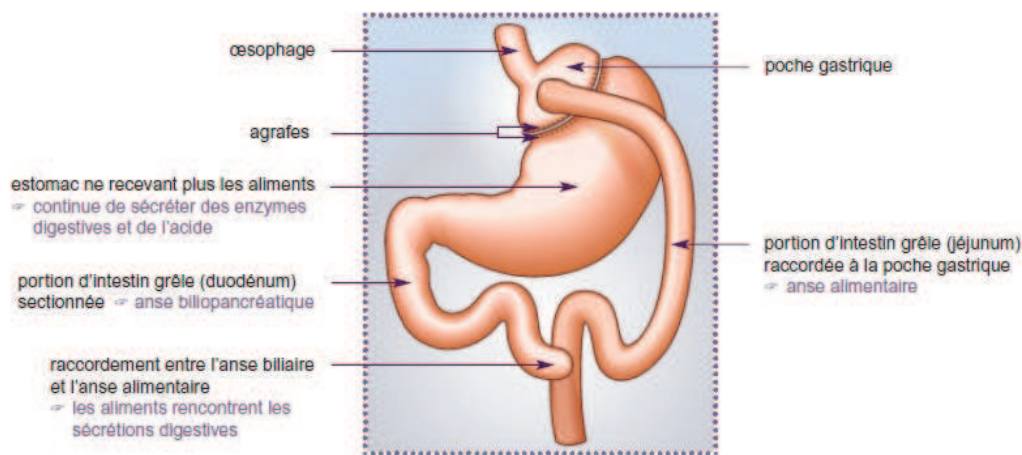
#### 2.4.4. Le problème éthique de la Chirurgie bariatrique :

La chirurgie bariatrique (du grec « barÿs », lourd et « iatrique », relatif au traitement médical) est l'alternative non médicale du traitement de l'obésité. Elle comporte deux grands types d'intervention. Le première est celle fondée exclusivement sur une restriction gastrique : anneau gastrique (AGA), gastroplastie verticale calibrée (GVC) et la gastrectomie longitudinale ou *sleeve gastrectomy* (GL) (figure 10). La deuxième comporte une malabsorption intestinale : dérivation biliopancréatique (DBP) ou by-pass gastrique (BPG) (figure 11)<sup>1</sup>.



**Figure 10. Technique du gastroplastie ou *sleeve*. (D'après HAS 2009)**

<sup>1</sup> HAS Recommandations des bonnes pratiques « Obésité : prise en charge chirurgicale chez L'adulte », Janvier 2009. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte)



**Figure 11. Technique du by-pass gastrique (D'après HAS 2009)**

D'après la littérature scientifique, le coût-bénéfice de cette technique pour traiter l'obésité comparé au traitement médical n'est plus à démontrer<sup>1</sup>. Elle serait efficace sur la perte de poids à court et à moyen terme, sur la réduction de comorbidités en particulier du diabète de type 2, sur l'amélioration de la qualité de la vie et sur plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires et ainsi que sur la mortalité globale.<sup>2</sup> Elle est aussi cependant à l'origine de complications à court et à long terme, dues principalement à des états de carences et de dénutrition. Ainsi, cette nouvelle technologie chirurgicale peut conduire à des défis éthiques importants et à questionner certaines valeurs de la

<sup>1</sup> MA. Maggard, LR. Shugarman, M. Suttorp, « Meta-analysis: surgical treatment of obesity », *Ann Intern Med*, 2005, vol. 142, p. 547–59.

<sup>2</sup> F. Rashti, E. Gupta, S. Ebrahimi, TR. Shope, TR. Koch, CJ. Gostout. «Development of minimally invasive techniques for management of medically-complicated obesity», *World J Gastroenterol* 2014, vol. 20, p.13424-13445. PE. O'Brien, JB. Dixon, C. Laurie, S. Skinner, J. Proietto, J. McNeil, B. Strauss, S. Marks, L. Schachter, L. Chapman, « Treatment of mild to moderate obesity with laparoscopic adjustable gastric banding or an intensive medical program: a randomized trial », *Ann Intern Med* 2006 vol. 144, p. 625–633. JB. Dixon, PE. O'Brien, J. Playfair, L.Chapman, LM. Schachter, S. Skinner, J. Proietto, M. Bailey, M. Anderson, «Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: a randomized controlled trial», *JAMA* 2008 vol. 299, p. 316–323. L. Sjöström, AK. Lindroos, M. Peltonen, J. Torgerson, C. Bouchard, B. Carlsson, S. Dahlgren, B. Larsson, K. Narbro, CD. Sjöström, et al. « Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery », *N Engl J Med* 2004, vol. 351, p. 2683–2693. TD. Adams, LE Davidson, SE Litwin, SC. Hunt. «Gastrointestinal surgery: cardiovascular risk reduction and improved long-term survival in patients with obesity and diabetes», *Curr Atheroscler Rep* 2012, vol. 14, p.606–615. RR. Wing «Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus: four-year results of the Look AHEAD trial», *Arch Intern Med* 2010, vol. 170, p.1566–1575.



société<sup>1</sup>. Tout d'abord, comment faut-il considérer l'obésité ? Est-elle une maladie ou un état adaptatif ? En tant que maladie, elle devrait être traitée comme toute autre maladie, à savoir d'après les connaissances actuelles et le critère de l'évidence scientifique. Au contrario, si elle est considérée comme un état adaptatif, résultat d'un certain comportement alimentaire et d'un certain style de vie, cette pratique est-elle pleinement justifiée ?

#### **2.4.5 L'obésité est-elle une maladie ou état adaptatif auto-infligé ?**

La chirurgie bariatrique est considérée comme l'option thérapeutique la plus efficace à moyen terme pour traiter l'obésité. Elle est indiquée par décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaires, chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes<sup>2</sup> :

1. Patients avec un IMC= 40 kg/m<sup>2</sup> ou bien avec un IMC =35 kg/m<sup>2</sup> associé au moins à une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment maladies cardio-vasculaires dont HTA, syndrome d'apnées hyperpnées obstructives du sommeil et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique) (niveau de preuve scientifique : grade B).
2. En deuxième intention, après l'échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois (grade B).
3. En l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids (grade B).
4. Patients bien informés au préalable (accord professionnel), ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires (grade C).
5. Patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme (accord professionnel).
6. Risque opératoire acceptable (accord professionnel).

---

<sup>1</sup> B. Hoffman, «Stuck in the middle: the many moral challenges with bariatric surgery», *Am J Bioeth* 2010, vol. 10, p. 3-11.

<sup>2</sup> HAS Recommendations des bonnes pratiques « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte », 2009, *op.cit.* p.1.

Il faut noter que les indications 1 à 3 sont de grade B ou niveau de preuve 2, ce qui signifie que l'indication est fondée sur une « présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte ». L'indication 4 est de grade C ou niveau de preuve 3 : elle est fondée sur des « études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins ». L'indication 5 et 6 sont des accords professionnels, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'études concernant ces questions. Dans ce cas, l'indication implique l'avis des experts. Malgré l'absence d'un niveau de preuve scientifique supérieure, en 2010, la FDA américaine a élargi les critères d'admissibilité en approuvant l'utilisation de l'anneau ajustable pour les personnes qui ont un IMC  $\geq 30$  et un diabète de type 2 ou d'autres comorbidités<sup>1</sup>. Les patients qui peuvent être traités par cette technique ont un moindre degré de corpulence, ce qui représente plus de la moitié de la population aux Etats-Unis. Si ce seuil pouvait être applicable en France, cela concernerait 6,5 millions de personnes, soit 14,5 % de la population adulte.

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique sont, d'après l'accord professionnel :

- les troubles cognitifs ou mentaux sévères ;
- les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire ;
- l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé ;
- la dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites ;
- l'absence de prise en charge médicale préalable identifiée ;
- les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme ;
- les contre-indications à l'anesthésie générale.

Ainsi, la chirurgie bariatrique est généralement considérée lorsque les autres traitements ont échoué. Dans le cas de Mme. CO, en ce qui concerne les indications pour la chirurgie, elle a un IMC à 55,9 kg / m<sup>2</sup> sans comorbidités liées à l'obésité, à l'exception d'une douleur à sa hanche gauche depuis deux ans, et depuis 6 mois, à sa hanche droite. Nous ne disposons pas d'informations sur les prises en charges médicales

---

<sup>1</sup> Medical devices: LAP-BAND adjustable gastric banding system. Available from: <http://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/DeviceApprovalsandClearances/Recently-ApprovedDevices/ucm248133.htm>.

précédant la chirurgie bariatrique. Nous savons qu'elle a toujours été en surpoids, aussi longtemps qu'elle se souvienne et le poids n'a cessé d'augmenter jusqu'à présent. En effet, l'obésité concerne de plus en plus les enfants et les adolescents, qui ont plus de risque d'être obèses à l'âge adulte. Si elle avait été opérée en France, elle aurait dû auparavant être suivie de manière régulière et être en échec d'un traitement médico-diététique par modifications des habitudes alimentaires et du style de vie. Il faut souligner que le traitement médical<sup>1</sup> par modifications des habitudes alimentaires et du style de vie, présente des limites. Indépendamment du poids de départ, la restriction calorique déclenche plusieurs adaptations biologiques visant à prévenir la famine. Ces adaptations peuvent être assez puissantes pour saper l'efficacité à long terme des modifications du style de vie pour la plupart des individus souffrant d'obésité, en particulier dans un environnement qui favorise la surconsommation d'énergie. Cependant, elles ne sont pas les seules adaptations biologiques qu'il faut surmonter pour la réussite du traitement. D'autres se produisent avec le développement de l'obésité qui ont pour fonction de préserver, voire d'accroître dans la durée, le poids corporel d'un individu<sup>2</sup>. Par exemple, lorsque la prolifération de pré-adipocyte<sup>3</sup> se produit, cela conduit à augmenter la capacité de stockage de la graisse. En outre, l'accoutumance à récompenser la signalisation neuronale dopaminergique<sup>4</sup> se développe avec la surconsommation chronique d'aliments de goût agréable, ce qui conduit à un déficit de la perception de la récompense et l'augmentation compensatoire de la consommation. La difficulté des patients obèses à adhérer au traitement médical s'explique aussi du point de vue psychologique. Cela renvoie à des troubles du comportement alimentaire, mais aussi à d'autres facteurs socioculturels, comme la nécessité de suivre des modèles alimentaires déterminés.

Ainsi, ce cas nous invite tout d'abord à réfléchir au statut de l'obésité. Cette question est essentielle car un certain nombre des problématiques en découlent comme par

---

<sup>1</sup> Le traitement médical doit être une prise en charge multidisciplinaire (diététique, endocrinologie, psychologique, etc.) qui cherche principalement les modifications du comportement alimentaire et à diminuer la sédentarité. Il ne s'agit pas de régimes miracles de magazine de beauté.

<sup>2</sup> Ch. N. Ochner, AG. Tsai, RF Kushner, T. A. Wadden, «Treating obesity seriously: when recommendations for lifestyle change confront biological adaptations», *op.cit.*, p. 232.

<sup>3</sup> Une cellule (fibroblaste) indifférenciée qui peut être stimulé pour former un adipocyte.

<sup>4</sup> La Dopamine est un neurotransmetteur produit dans les neurones. Elle joue un rôle majeur dans la perception du plaisir et du rassasiement. Les recherches suggèrent que les personnes obèses ressentant moins le plaisir alimentaire, et auraient donc besoin de plus grandes quantités de nourriture pour parvenir au rassasiement.

exemple le regard inquisiteur des médecins et de la société ainsi que les différentes modalités de traitement. Peut-on considérer que Mme. CO a souffert d'une maladie appelée « obésité » depuis l'enfance ? Ou bien s'agit-il plutôt d'un état d'adaptation physiologique ? Peut-on alors le considérer comme une situation auto-infligée résultant de mauvaises habitudes alimentaires et de son style de vie ? A qui faut-il attribuer la responsabilité ? Aux parents lorsqu'elle était enfant, puis à elle-même lorsqu'elle a été incapable de perdre du poids à l'âge adulte ? Ou à l'échec voire au manque des politiques de santé efficaces ? Ces deux positions, à savoir « maladie organique versus état adaptatif auto-infligé », nous placent face au discours moralisant et au discours médicalisant de l'obésité. Avant d'étudier ce dualisme, il est nécessaire de résumer brièvement ce qu'est aujourd'hui l'obésité pour la médecine.

D'un point de vue clinique, l'obésité est définie comme l'excès de masse grasse entraînant des inconvénients pour la santé<sup>1</sup>. Il s'agit d'une maladie chronique qui atteint un organe, le tissu adipeux. Les principaux déterminants sont génétiques, psychologiques, biologiques, socioéconomiques et environnementaux. Ainsi, il faut un environnement et une génétique « obésogènes » (mauvaises habitudes alimentaires comme l'excès calorique, la sédentarité et la présence de certains gènes) pour faire augmenter la masse grasse qui s'accumule dans cet organe appelé tissu adipeux. Cette augmentation entraîne un certain nombre des mécanismes moléculaires qui causent une inflammation du tissu adipeux et systémique. L'obésité est ainsi considérée comme une maladie chronique systémique.

D'un point de vue historique, l'obésité avait déjà été reconnue comme pathologique depuis Hippocrate et Galien<sup>2</sup>. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, le terme du latin *obesitas* qui veut dire « excès d'embonpoint », réapparaît. Mais c'est au XIX<sup>e</sup> siècle, à partir de la notion de norme pondérale de Quételet, que l'obésité serait considérée comme la dégradation quantitative d'un état normal, qui est elle-même mesurable. L'obésité a ensuite été définie dans les années 50 comme facteur de risque par l'assurance maladie aux Etats-Unis. Des valeurs seuils du poids ont ainsi été établies à partir desquelles les coûts en santé augmentaient. Ainsi, l'IMC supérieur à 30kg/m<sup>2</sup> est défini comme

---

<sup>1</sup> A. Basdevant, J. Aron-Wisniewski, K. Clement, « Définitions des obésités », *Medecine et chirurgie de l'obésité*, Paris, Lavoisier 2011, p. 5.

<sup>2</sup> Hippocrate se réfère aux chairs grasses comme « flasques » et « humides » susceptibles d'entraîner la mort subite, l'impuissance et la stérilité ; G. Vigarello, *Les métamorphoses du Gras, Histoire de l'obésité*, Paris, Seuil, 2010.

obésité. Cela montre bel et bien que la définition moderne d'obésité a une origine économique. L'obésité a été reconnue comme une maladie chronique par l'OMS depuis 1997 et en 2013 par l'American Medical Association (AMA), la plus grande association de médecins des Etats-Unis en se fondant sur le critère du IMC.

Les avancées scientifiques de ces dernières années nous permettent de parler d'« obésités » au pluriel. En effet, il n'y a pas un seul type de trouble, mais différents types d'anomalies quantitatives mais aussi qualitatives du tissu adipeux. Il s'agit non seulement de considérer la quantité ou l'excès de masse grasse, mais aussi sa localisation (abdominale, viscérale, cardiaque, etc.) et le type histologique (hypertrophie ou hyperplasie adipocitaire). Les conséquences pour la santé ne sont pas identiques. Pourtant, le traitement et la prise en charge doivent être différents. Or, au plan clinique, ce type d'obésité est difficilement identifiable et tous les patients ayant un IMC supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup> sont catégorisés comme obèses. Pour mémoire, l'IMC est le critère de référence pour identifier l'excès pondéral, mais nous avons déjà montré que l'IMC ne permet pas de différencier un excès pondéral d'un excès de masse grasse ou de masse maigre, et qu'il restreint l'obésité au seul critère quantitatif. Les critères et les valeurs diagnostiques biologiques d'obésité doivent donc dépasser l'unique valeur de l'IMC.

Dans ce contexte, il existe des données objectives scientifiques qui fondent la notion d'obésité et qui permettent de la définir en tant que « fonctionnement biologique subnormal », indépendamment des jugements des valeurs. L'obésité fait ainsi partie d'un ensemble de maladies (malnutrition ou troubles nutritionnels : dénutrition, sarcopénie, etc.) qui pourraient se définir par des critères objectivables : socioculturels (absence /mauvaise alimentation), cliniques (anorexie, etc.) biologiques (protéines sériques, etc.), anthropométriques (masse maigre, etc.), fonctionnels (force musculaire, etc.) et anatomopathologiques (lipodystrophies, etc.). Il s'agit d'une maladie chronique qui évolue en suivant plusieurs phases. D'abord, une phase initiale d'installation : l'IMC est inférieur au seuil d'obésité et donc la médicalisation du problème s'avère importante pour identifier les risques et éviter le passage à la phase suivante. Il y a des cas où les patients sont obèses depuis l'enfance comme le cas de Mme CO. Dans cette phase initiale, la répétition des régimes souvent restrictifs<sup>1</sup>, dans la plupart des cas non encadrés par des spécialistes et réalisés dans un but non médical mais plutôt esthétique

---

<sup>1</sup> Les régimes minceurs font l'objet de nombreuses spéculations et promettent à tort des pertes rapides et faciles du poids.

ou social (idéal minceur), favorise l'accumulation du gras dans le temps. Si cette accumulation ne s'arrête pas, il y a ensuite une phase d'obésité « maladie », ce qui implique un retentissement sur la santé psychosomatique et sociale, avec des IMC plus ou moins importants et très variables d'un individu à un autre. Par exemple, un léger surpoids peut être responsable d'un diabète de type II, et un individu avec un IMC très élevé peut n'avoir aucune comorbidité métabolique. Enfin, une phase de chronicité due à l'installation dans la durée d'un excès de poids pathologique qui devient de plus en plus résistant aux traitements. Il faut souligner que cette résistance s'explique par l'apparition d'anomalies biologiques organiques dont certaines peuvent devenir irréversibles et contribuer à la persistance de l'obésité, indépendamment des facteurs comportementaux. C'est très probablement le cas de Mme. CO. Il faut donc reconnaître la complexité de l'obésité et l'absence de critère biologique unique.

Le nutritionniste A. Basdevant souligne :

« Un bref rappel sur l'histoire naturelle de la maladie permet de situer les enjeux de la pratique clinique et de comprendre pourquoi l'attitude médicale face à une personne obèse ne peut être univoque et se résumer à la gestion d'un IMC »<sup>1</sup>

L'obésité est aussi un vaste champ de recherche orienté vers le développement de stratégies thérapeutiques. En ce qui concerne l'option pharmacologique, à ce jour en France, le seul médicament autorisé qui a pour but de perdre du poids est l'Orlistat<sup>2</sup>. Ainsi, le fait d'une possible prise en charge pharmacologique renforce l'idée d'une obésité conçue comme maladie. Il s'agirait ainsi d'un état pathologique susceptible d'être traité par un médicament, comme toute autre maladie. Cependant, force est de constater que la stratégie pharmacologique s'avère être un échec malgré les efforts gigantesques des laboratoires pharmaceutiques<sup>3</sup>. En Europe, le médicament Mysima a été récemment autorisé malgré les doutes relatifs à de possibles risques cardiovasculaires et psychiatriques sur le long terme et malgré le fait que ce médicament n'a prouvé qu'une efficacité limitée sur la perte de poids. Il y a aussi des

---

<sup>1</sup> A. Basdevant, « Buts et abus de la définition médicale contemporaine », dans *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, J. Csergo, Paris, Autrement, 2011, p. 112.

<sup>2</sup> L'Orlistat commercialisées en France comme Alli® (orlistat 60 mg) et Xenical® (orlistat 120 mg), est indiqué dans le traitement du surpoids ou de l'obésité. Ce médicament empêche l'absorption des graisses de l'alimentation, ce qui conduit à une réduction de l'absorption calorique.

<sup>3</sup> L'Afssaps a mis en garde en 2011 contre le risque d'atteintes hépatiques rares mais graves lors d'un traitement par orlistat. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Orlistat-Alli-R-Xenical-R-Mise-en-garde-concernant-le-risque-d-hepatotoxicite-Point-d-information>.

médicaments qui ont été retirés du marché à cause d'effets secondaires trop importants et parce qu'ils apportaient plus de risques que de bénéfices. Cet échec montre aussi la complexité de cette maladie, la nécessité d'une approche globale et les limites inhérentes aux approches ciblées sur un seul mécanisme possible.

S'il est possible de parler de différents types cliniques et biologiques de l'obésité, il existe aussi différents types « sociaux » d'obésité. L'obésité n'est plus associée uniquement à la pauvreté et à la précarité. Elle se répartit sur toutes les échelles de la population. Ainsi, par exemple, il y aurait :

- une obésité associée aux processus de la précarisation ;
- une obésité de transition, résultat de la transformation rapide des contextes alimentaires (migration ou modernisation de l'alimentation contemporaine) ;
- une obésité, résultat de troubles du comportement alimentaire liés à la pression d'un idéal de minceur ;
- une obésité de l'abondance associée aux excès « du bon vivant »<sup>1</sup>.

La différenciation de ces types d'obésité permettrait de mieux orienter les cibles de la prise en charge et d'adapter les stratégies thérapeutiques.

Toutefois, à ce jour, il est possible d'affirmer que la lutte contre l'obésité dans le monde est un échec<sup>2</sup>. La progression de l'obésité se confirme en France<sup>3</sup> et à l'étranger chez l'enfant comme chez l'adulte. Cela implique un enjeu majeur pour le système de soins. Les programmes de santé publique et les politiques publiques, en particulier dans le domaine de l'agroalimentaire et de la communication nutritionnelle, sont décisifs. En France, l'obésité n'est qu'un aspect du vaste PNNS qui a servi à favoriser la prise de conscience par la société de ce problème de santé publique et à modifier certaines habitudes alimentaires, mais non à contrôler l'évolution de la maladie. Pourquoi cet échec ? La difficulté de définir l'obésité en est-elle la cause ?

Un élément peut toutefois nous éclairer à partir de l'opposition entre le discours médical et le discours moralisant de l'obésité. La représentation sociale et le regard du gros et du gras sont différents d'une culture à une autre et fluctuent dans le temps et à

---

<sup>1</sup> J.P. Poulain, « Sociologie de l'obésité : déterminants sociaux et construction sociale de l'obésité », dans *Médecine et chirurgie de l'obésité*, Paris, Lavoisier 2011, p. 38-41.

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la santé : <http://www.who.int/gho/fr/>

<sup>3</sup> La proportion des personnes obèses est passée de 8,5% à 14,5% entre 1997 et 2009 et 15% en 2012.

l'intérieur d'une même culture<sup>1</sup>. En effet, on passe au XXème siècle d'un regard valorisant du gros, comme signe de richesse et du succès à un idéal de minceur, symbole de la maîtrise de soi et de la beauté. C'est à partir des années 30, qu'en France, cette transformation est apparue. A partir des années 50, la transformation devient pleinement effective et on passe ainsi de l'« embonpoint » au « mal en point », selon l'expression du sociologue Claude Fishler. L'idéal de minceur se concrétise lorsqu'il est possible de vivre dans une société d'abondance. Ce passage d'un modèle obèse à un modèle anti-obèse ne s'est fait pas brutalement. Il s'agit d'une baisse de la valeur seuil à partir de laquelle la société dévalorise l'obèse pour devenir celui qui mange trop<sup>2</sup>.

Ainsi, selon l'analyse du sociologue JP. Poulain, l'obésité considérée comme anormale, à savoir comme une déviation par rapport à une norme, est une construction sociale. Cette anormalité a tout d'abord été interprétée de manière morale : l'obèse était vu comme un « glouton asocial incapable de maîtriser ses appétits, non seulement gros, mais aussi moralement grossier »<sup>3</sup>. Le sujet de l'obésité est aussi lié à une critique du capitalisme, le gros accumule de l'énergie comme le capitaliste accumule le capital. Du coup, le gros est non seulement inesthétique, mais il est immoral, car en mangeant plus que sa part, il n'accepterait pas la logique de la redistribution. Ensuite, l'obésité s'est peu à peu médicalisée. L'obésité n'est plus laide ou immorale, mais une maladie pathologique qui implique des risques médicaux pour les patients. Il y a désormais une raison et une responsabilité médicales de traiter les obèses. La médicalisation serait considérée comme un progrès car elle :

« libère l'obèse du poids du regard moralisateur et fait de lui un « malade », ou quelqu'un qui a des chances de le devenir »<sup>4</sup>.

Cela implique alors que le patient atteint d'obésité doit être aidé et soigné. Toutefois, la séparation entre un discours moralisateur et médical n'est pas toujours nette. Encore aujourd'hui, le discours moralisateur et la stigmatisation envers les patients obèses sont largement présents dans le contexte clinique<sup>5</sup>. Cela traduit la perméabilité du domaine

---

<sup>1</sup> JP. Poulain, « Sociologie de l'obésité : déterminants sociaux et construction sociale de l'obésité », *op.cit.*, p. 40.

<sup>2</sup> C. Fischler. *L'Homnivore*. Paris, O. Jacob, 2011.

<sup>3</sup> J.P. Poulain. « Sociologie de l'obésité : déterminants sociaux et construction sociale de l'obésité », dans *Médecine et chirurgie de l'obésité, op.cit.*, p.40

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 42.

<sup>5</sup> Il faut signaler que de nombreux médecins ne sont pas suffisamment au courant des raisons par lesquelles personnes souffrant d'obésité luttent pour atteindre et maintenir la perte de poids. Cette pauvre



médical aux valeurs dominantes de la société (idéal de minceur). Les soignants ont un regard négatif et culpabilisent les patients obèses. Ce phénomène est particulièrement important lorsque les patients sont en échec de traitement. Cette attitude de la part des soignants viendrait s'ajouter à la condamnation de la société et à la stigmatisation des personnes. Comme le souligne G. Vigarello,

« aucun doute, la stigmatisation du gros domine fortement dans une histoire de l'obésité »<sup>1</sup>.

Les jugements de valeurs ne se détachent pas de la définition médicale de l'obésité. Du coup, on moralise aussi la diététique jugeant les régimes comme « bons » ou « mauvais ». L'homme moderne devient, selon l'expression de A. Basdevant, « un délinquant nutritionnel »<sup>2</sup>. Un « bon » régime serait alors un régime idéal ou « normal » applicable pour toute la société quand, en réalité, il n'existe pas un comportement normal mais des comportements en fonctions de divers contextes.

Toutefois, certains s'opposent à cette catégorisation de l'obésité en tant que maladie. Celle-ci serait à l'origine d'une médicalisation de l'obésité et, par conséquent, de l'alimentation en général. Cela aurait des effets négatifs sur les patients, le système de soins, les soignants et pour les décideurs politiques. Cela impliquerait que le patient se sente alors malades ou « *sick* » et se « déresponsabilise » des comportements favorisant l'obésité. Le patient devient ainsi une victime de la maladie. Le spécialiste de santé publique D. L. Katz affirme que :

« The misguided urge to pathologize this condition reflects society's failure to come to terms with the need for prevention. »<sup>3</sup>

« l'exhortation erronée de « pathologiser » cette maladie reflète l'échec de la société à accepter la nécessité de la prévention ».

La considération de l'obésité uniquement comme un état adaptatif permettrait de mettre les décideurs publics et la société en général face à leurs responsabilités partagées et à les orienter vers de la prévention.

---

sensibilisation à la problématique, empêche les interventions effectives. Nous aborderons ce problème dans la troisième partie.

<sup>1</sup> G. Vigarello, *Les métamorphoses du Gras, Histoire de l'obésité*, op.cit. p. 297.

<sup>2</sup> A. Basdevant, « Buts et abus de la définition médicale contemporaine », *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, op.cit. , p. 120.

<sup>3</sup> D. L. Katz, « Perspective: Obesity is not a disease », *Nature* 2014, p. 508.

Par conséquent, il est clair que le médecin doit soigner l'obèse en pensant qu'il s'agit d'une situation autant adaptative que pathologique. Chaque malade obèse doit être pris en compte dans la singularité de son histoire sans « normer » ni « juger » sa corpulence ni son régime alimentaire. Il doit proposer au patient le traitement le plus adapté. Dans ce contexte, quelle place attribuer à la chirurgie bariatrique ?

#### 2.4.6 Enjeux éthiques de la chirurgie bariatrique

Le cas de Mme CO est représentatif de la prise en charge chirurgicale de l'obésité. En effet, après un suivi par l'équipe multidisciplinaire d'obésité, la patiente a été opérée d'un by-pass gastro-jéjunal (BPGJ) par laparoscopie. Il s'agit de la technique la plus réalisée en France et dans le monde<sup>1</sup>. L'opération ainsi que le post-opératoire immédiat ont été simples et sans complication. Elle quitte l'hôpital le deuxième jour post-opératoire. Il faut savoir que les événements adverses majeurs de la chirurgie bariatrique concernent les complications propres à tout chirurgie gastro-intestinale et se produisent généralement dans les 30 premiers jours. Ils consistent notamment dans l'infection des plaies, la thrombose veineuse profonde, des occlusions intestinales, les fuites abdominales et la mort. Les individus très obèses subissant une chirurgie majeure sont confrontés à un risque élevé de complications en raison des pathologies préexistantes<sup>2</sup>. Toutefois, grâce aux progrès de la laparoscopie, qui est moins invasive et traumatisante qu'auparavant, la mortalité et la morbidité opératoires sont réduites à 0,1-0,3 et 4,5%, au cours des dernières années<sup>3</sup>.

Après deux ans de suivi, Mme CO. a perdu 75% de l'excès de poids (pour un IMC idéal à 25 kg/m<sup>2</sup>) c'est-à-dire que son poids, après la chirurgie, est de 108 kg, soit un

---

<sup>1</sup> JL. Colquitt, K. Pickett, E. Loveman, GK. Frampton, « Surgery for weight loss in adults », Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, vol. 4. B. Oleg, C Zeyne, B Dillemans, P. Funch-Jensen, J. Hedenbro, R. Ahmed, « Clinical Indications, Utilization, and Funding of Bariatric Surgery in Europe », *Obes Surg* 2015, vol. 25, p. 1408–1416.

<sup>2</sup> SA. Nasraway, Jr M. Albert, AM. Donnelly, R. Ruthazer, SA. Shikora, E. Saltzman E. « Morbid obesity is an independent determinant of death among surgical critically ill patients », *Crit Care Med* 2006, vol. 34, p.964–970.

<sup>3</sup> EJ. De Maria, V. Pate, M. Warthen, DA. Winegar, « Baseline data from American Society for Metabolic and Bariatric Surgery-designated Bariatric Surgery Centers of Excellence using the Bariatric Outcomes Longitudinal Database », *Surg Obes Relat Dis* 2010, vol. 6, p. 347–5; DR Flum, SH Belle, WC King, AS Wahed, P. Berk, W. Chapman, W Pories, A. Courcoulas, C. McCloskey, J. Mitchell, « Perioperative safety in the longitudinal assessment of bariatric surgery », *N Engl J Med* 2009, vol. 361, p. 445–54; N. Gletsu-Miller, and NB. Wright, « Mineral Malnutrition Following Bariatric Surgery », *Adv Nutr* 2013, vol. 4, p. 506–517.

IMC à 31 kg/m<sup>2</sup>. La patiente est très satisfaite de cette évolution, malgré le fait que son IMC correspond toujours aux valeurs indiquant une obésité. Du fait du pourcentage de la perte d'excès du poids, la chirurgie est considérée comme un succès. En effet, d'après la communauté scientifique, toute perte supérieure à 50% de l'excès du poids est un bon résultat. Or, elle se plaint de fatigue et de paresthésies dans les mains et les pieds. Elle dort plus de dix heures par jour et n'a pas été en mesure de travailler plus de 50 % du temps au cours du dernier mois. Les analyses biologiques montrent une anémie macrocytaire. Le statut en fer ainsi que des tests de la fonction hépatique sont normaux. Des tests supplémentaires révèlent des concentrations sériques très faibles de cobalamine (vitamine B12). Le taux de folates est normal. En effet, elle a une complication nutritionnelle à long terme : une carence en vitamine B12 avec une atteinte importante sur la qualité de vie.

Les complications à long terme ainsi que les événements défavorables et le taux de réintervention sont généralement peu signalés et mal décrits dans la littérature scientifique. Il s'agit la plupart du temps de données obtenues rétrospectivement avec un faible suivi du malade. En plus, la plupart des études montrant l'efficacité de la chirurgie concernent des participants suivis sur une période d'un ou deux ans, alors que les effets à long terme de la chirurgie restent flous. Les conclusions de la méta-analyse de JL. Colquitt <sup>1</sup> insistent sur ce fait.

Malgré l'amélioration de la sécurité péri-opératoire, les complications à long terme sont un enjeu important pour les patients subissant une chirurgie bariatrique. Ces complications peuvent être décomposées ainsi : il y a celles qui sont liées à la chirurgie générale ou gastro-intestinales (la hernie, l'occlusion intestinale, la cholécystite, le glissement de la bande gastrique ou la dilatation de la poche gastrique, l'ulcère, les nausées, les vomissements et la diarrhée), celles qui sont nutritionnelles (l'hypoglycémie, la perte de la masse maigre, la reprise <sup>2</sup>de poids, les carences vitaminiques et en minéraux). Enfin s'ajoutent des problèmes psychosociaux. Les carences et la malnutrition s'expliquent par le déséquilibre alimentaire et la restriction souvent extrême de l'alimentation, les modifications du goût et les modifications anatomiques digestives. En effet, dans le cas du BPGJ, même si la partie court-circuitée

---

<sup>1</sup> JL. Colquitt, K. Pickett, E. Loveman, GK. Frampton. «Surgery for weight loss in adults», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, *op.cit.*

<sup>2</sup> La reprise du poids est une complication fréquente. Au-delà de la première année, elle peut être d'environ 1 sur 3 patients opérés du By pass. TC. Cooper, E B. Simmons, K. Webb, J.L. Burns, R. F. Kushner, «Trends in Weight Regain Following Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) Bariatric Surgery», *Obesity Surgery* 2015, vol. 25, p. 1474-1481.

de l'intestin continue de fonctionner pour permettre à la bile de s'écouler, étant donné que les aliments ne passent plus par ce chemin, le fer, le calcium et les vitamines ne sont plus absorbés et sont donc éliminés dans les selles. Les carences nutritionnelles constituent les plus importantes complications à long terme car elles peuvent conduire à la dénutrition et à des problèmes hématologiques, métaboliques et à des troubles neurologiques en particulier, qui ne sont pas toujours réversibles. Les facteurs de risques qui aggravent cette situation sont les procédures de malabsorption comme le BPGJ, les vomissements récurrents, une mauvaise observance du régime, l'absence de compléments multivitaminés et un suivi médico-nutritionnel non régulier. Comme en témoignent un nombre croissant de rapports de cas, des études rétrospectives et quelques études prospectives, les complications nutritionnelles sont relativement communes après la chirurgie et l'augmentation à 82 % de sa prévalence rapportée.

En ce qui concerne les vitamines et les minéraux (tableau 7), la chirurgie bariatrique exacerbe la carence préexistante en calcium, en vitamine D et en fer en raison de la biodisponibilité réduite, la malabsorption, l'apport alimentaire pauvre et le non-respect de la supplémentation en micronutriments après la chirurgie. Les carences en cuivre et en zinc sont difficiles à diagnostiquer, parce que le taux sanguin diminue et peuvent être associées à l'inflammation, avec des signes et symptômes partagés avec des carences en d'autres nutriments. Ces questions sont d'une grande importance, en particulier dans les populations comme les adolescents et les femmes en âge de reproduction qui peuvent développer des problèmes qui affectent les fonctions physique et mentale. Les vitamines ont attiré l'attention de la communauté scientifique dans les dernières décennies et il est évident qu'elles jouent un rôle clé dans l'étiologie de nombreuses maladies, dont le cancer<sup>1</sup>. Les études ont montré que l'excès et les carences en certaines vitamines peuvent être en relation avec un risque supérieur de cancer. Ainsi, du point de vue de la santé publique, selon le Nutritionniste Français Hercberg :

« Il apparaît clairement plus prudent de recommander un régime alimentaire sain à vie incluant une consommation élevée de fruits et légumes, en mesure de fournir les antioxydants nécessaires, plutôt que l'utilisation de suppléments antioxydant incontrôlé<sup>2</sup>. »

---

<sup>1</sup>I. Russo, F. Caroppo, M. Alaibac, «Vitamins and Melanoma», *Cancers* 2015, vol. 7. P. 1371–1387.

<sup>2</sup> S. Hercberg, E. Kesse-Guyot, N. Druesne-Pecollo, M. Touvier, A. Favier, P. Latino-Martel, S. Briançon, P. Galan, «Incidence of cancers, ischemic cardiovascular diseases and mortality during 5-year follow-up after stopping antioxidant vitamins and minerals supplements: a postintervention follow-up in the SU.VI.MAX Study», *Int J Cancer* 2010, vol. 127, p. 1875-81.

Tableau 7. Facteurs de risque, signes et symptômes de déficiences en minéraux.

Mineral	Risk factors	Signs and symptoms
Calcium	Preexisting or current deficiency in vitamin D, RYGB, BPD-DS, SG, AGB, insufficient supplementation with calcium and/or vitamin D	Low bone density, osteoporosis, muscle contractions, pain, spasms, paresthasias
Iron	Preexisting deficiency, menstruation (especially if excessive), BPD-DS, RYGB, SG, gastrointestinal bleeding, insufficient supplementation with iron, avoidance of meat, copper deficiency	Fatigue, impaired work performance and productivity, anemia, inability to regulate body temperature, increased desire to eat ice and non-food items, white finger-nail beds
Zinc	Preexisting deficiency, BPD-DS, RYGB, SG, avoidance of meat, high use of antacids	Poor wound healing; dermatitis, blunting of taste sense, hair loss, impaired immunity
Copper	BPD-DS, RYGB, SG, high use of antacids, high use of zinc supplementation or zinc lozenges	Anemia, leukopenia, unsteady gait, numbness and tingling in hands and feet, painful paresthasias, poor wound healing, paralysis

Dans ce contexte, une évaluation nutritionnelle préopératoire et le plan de suivi post-opératoire rigoureux avec l'administration de suppléments multivitaminés et l'évaluation des niveaux sériques, sont recommandés chez tous les patients. Cependant, il n'y a pas de consensus sur la prescription de micronutriments en termes quantitatif et qualitatif. Dans certains cas, aucune supplémentation n'est recommandée comme dans la *sleeve* gastrectomie. En outre, certaines complications nutritionnelles sont bien connues de la plupart des soignants, comme la malnutrition en protéines, la carence en vitamine B12, en vitamine D, en calcium et en fer. Ainsi, ils fournissent des conseils pour la prévention adéquate et pour contrôler les carences. Cependant, pour beaucoup d'autres nutriments, y compris les vitamines B (thiamine, le phosphate de pyridoxal, acide folique), les vitamines liposolubles (A, K), les acides gras indispensables et les minéraux (zinc, cuivre), la sensibilisation des patients et des soignants sur les risques de carences est faible et la prévention et les protocoles de surveillance sont insuffisants, ce qui entraîne des conséquences majeures. Chez Mme CO., nous ne disposons pas

d'information sur la supplémentation qu'elle recevait. D'après la pratique courante en France, il est possible qu'elle prenne au minimum un complément multivitaminé ainsi que de la vitamine D, du calcium et de la vitamine B12. On est alors dans le cas d'une consommation incontrôlée de vitamines et de minéraux qui pourrait être néfaste pour sa santé.

Ainsi, la pratique de la chirurgie bariatrique est une pratique à risque pour tous les patients, par la fréquence élevée des carences nutritionnelles qui se produisent et dont certaines sont méconnues par les médecins et négligées, ce qui conduit à des conséquences dévastatrices pour la santé des os, le fonctionnement des systèmes immunitaire, nerveux et musculaire. Si grâce à la chirurgie bariatrique, il devient possible de modifier le poids (notamment l'IMC) et d'améliorer certaines comorbidités associées à l'obésité à court et à moyen terme, les risques de carences et de malnutrition sont presque certains et cela indépendamment de la perte du poids. L'effet de la chirurgie bariatrique sur la qualité de vie est donc très variable. Nous avons vu comment dans le cas de Mme CO, malgré la perte de poids, sa vie n'est plus la même en raison de la fatigue et des troubles neurologiques en lien avec la carence en Vitamine B12.

Ainsi, une maladie comme l'obésité serait-elle en train de devenir un état de malnutrition plus complexe ? La question ne semble pas inquiéter la communauté scientifique. Les publications concernant l'efficacité et le coût-bénéfice de la chirurgie bariatrique sont nombreuses<sup>1</sup>, tandis que les études concernant ses risques et ses conséquences sur le plan nutritionnel sont beaucoup moins nombreuses<sup>2</sup>. La question des complications nutritionnelles à long terme est particulièrement incertaine car il existe très peu d'études publiées. Nous avons trouvé une étude publiée récemment qui a évalué, dix ans après la perte de poids à long terme, la rémission des comorbidités, l'état nutritionnel et le taux de complications chez les patients subissant une BPGJ<sup>3</sup>. 294 patients ont été étudiés. Le pourcentage de perte de l'excès de poids moyen était de 58,9% (non-super-obèses 61,3 % contre super-obèses 52,9 %, p = 0,034). La pression

---

<sup>1</sup> J, Picot, J. Jones, JL Colquitt, E. Gospodarevskaya, E. Loveman, L. Baxter, AJ. Clegg, « The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation », *Health Technol Assess* 2009, vol. 13, p. 1-190.

<sup>2</sup>Nous avons cherché sur Pub Med l'entrée « *Bariatric surgery weight loss* » en nous avons obtenu 7685 références bibliographiques et pour « *Bariatric surgery efficacité* », 1071 références bibliographique depuis 1983 jusqu'à novembre 2015. En ce qui concerne « *Bariatric Surgery nutritional deficiencies* », 772 références bibliographiques et « *Bariatric Surgery malnutrition* », 619 références bibliographiques pour la même période.

<sup>3</sup> NR. Obeid, W. Malick, SJ Concors, GA Fielding, MS Kurian, CJ Ren-Fielding, « Long-term outcomes after Roux-en-Y gastric bypass: 10- to 13-year data », *Surg Obes Relat Dis* 2015, vol. 23, p. S1550.

artérielle, le bilan lipidique, et l'hémoglobine A1c se sont améliorés de manière significative dix ans après. La rémission des comorbidités était de 46% pour l'hypertension et l'hyperlipidémie et 58% pour le diabète sucré. Trente patients (9 %) ont été réopérés pour la reprise de poids. Soixante-quatre patients (19,5 %) ont eu des complications à long terme nécessitant une intervention chirurgicale. La mortalité, toutes causes confondues, était de 2,7 %. Il faut noter que les carences nutritionnelles ont été observées chez 87 % des patients. Mme CO a une carence très fréquemment observée chez ces patients : la vitamine B12. A ce jour, il n'existe pas de consensus à propos de la supplémentation et la vigilance de cette vitamine. On ne connaît pas avec certitude à partir de quel seuil plasmatique de vitamine B12 le patient bénéficierait d'une telle supplémentation. Le seuil biologique d'un déficit en vitamine B12 entraîne des conséquences hématologique (anémie), muco-cutanée (glossite, ulcères, vaginites et ictère) et neurologique (paresthésie, ataxie, atteinte de la sensibilité profonde, polynévrite) et possiblement des troubles cognitifs.

S'interroger sur la chirurgie bariatrique est particulièrement pertinent car il s'agit d'une technique de modifications anatomiques des organes sains (résection de l'estomac et de l'intestin) qui vise à soulager des symptômes mais sans toujours réussir la guérison complète. On sait que les modifications, par un effet mécanique (diminution de la capacité gastrique) et hormonal (diminution de la ghréline produite par l'estomac et autres hormones digestives) conduisent aux modifications du goût et à la diminution de la prise alimentaire<sup>1</sup>. Cet effet est cependant très variable d'une personne à une autre et elle peut être également temporaire. Dans le cas de la technique de gastrectomie type sleeve, la résection de deux tiers de l'estomac contraint à manger moins parce qu'il n'y a plus de place pour recevoir les aliments. Si le patient fait des excès, il vomira le trop plein. La résection de cet organe induit également un effet satiétogène par diminution de l'hormone ghréline. Dans le cas du BPGJ, la résection intestinale produit une malabsorption non uniquement des calories, comme cela serait souhaitable, mais de nombreux micronutriments essentiels pour un bon état de santé. Ainsi, on mange moins et on absorbe moins, ce qui donne lieu à une perte de poids.

Néanmoins, le taux d'échec est important. Il est accepté aujourd'hui pour les patients opérés de BPGJ avec un taux de réussite de 70 %. Cela se traduit par un 30 % d'échec, à

---

<sup>1</sup>P. Behary, AD. Miras «Food preferences and underlying mechanisms after bariatric surgery», *Proc Nutr Soc*, 2015, vol. 74, p. 419-25.

savoir 30 % des patients perdent moins de 50 % de l'excès de poids. Comment peut-on expliquer cet échec ? Dans la plupart des cas, la chirurgie n'a pas déclenché les mécanismes satiétogènes et le patient se trouve dans l'incapacité de modifier ses habitudes alimentaires et son mode de vie, ce qui ne lui permet pas de perdre du poids.

Dans ce contexte, on peut se demander si l'amputation des organes sains est la solution de l'obésité. La difficulté est qu'il s'agit d'une maladie complexe qui est produite par des déterminants biologiques forts comme la génétique mais aussi par des facteurs socioéconomiques et culturels et que la chirurgie bariatrique ne permet pas, à elle seule, de perdre du poids et de le stabiliser dans le temps. Elle n'est efficace qu'à condition de modifier ses habitudes alimentaires, d'augmenter son activité physique et d'être suivi médicalement à vie. Ces derniers éléments, compris comme des modifications hygiéno-diététiques, sont le fondement du traitement médico-nutritionnel de l'obésité qui vise à modifier ses habitudes et son mode de vie de manière durable. Leur efficacité a été démontrée dans la plupart des obésités (il y a des obésités en phase de chronicité très résistante aux modifications en raison des mécanismes biologiques liés à l'inflammation et aussi à la difficulté d'augmenter l'activité physique). Cela signifie que ces mesures, lorsqu'elles sont encadrées par des professionnels, sont capables d'induire la perte de poids, chez la plupart des patients obèses. Cependant, la difficulté est de maintenir l'adhérence à cette modification et donc la perte de poids dans le temps. Les raisons à cela sont biologiques (obésités chroniques résistantes), mais aussi socioculturelles et économiques. Il est ainsi difficile de comprendre comment, si les patients ne veulent pas être obèses, ils n'arrivent pas à suivre les changements de comportements alimentaires. Est-il possible de parler alors d'un état auto-infligé ? Nous constatons dans la pratique courante de la médecine, que les patients souffrant de cette maladie, se sentent envahis par cet excès de gras et se dévalorisent<sup>1</sup> en se sachant incapables de modifier ces habitudes alimentaires. Or, la science sait aujourd'hui que ces difficultés ont en partie une explication biologique (organique et psychologique), mais qu'il existe aussi un facteur social et économique prépondérant.

Face à l'échec de la médecine dans le traitement de cette maladie et à son ampleur épidémique, la médecine a développé une technique chirurgicale. Ce n'est pas la première fois que la technique est la réponse à un problème médical dans l'histoire de la médecine. Nous considérons que la chirurgie bariatrique est ainsi la « saignée du

---

<sup>1</sup> La dévalorisation de soi est-elle la conséquence ou la cause de l'obésité ? Ou les deux ?



XXIème siècle ». Face à l'absence du contrôle d'une épidémie et de la connaissance des mécanismes exacts sous-jacents, la médecine propose l'extraction des organes sains. De même que la saignée guérissait les fièvres et autres pathologies en éliminant les mauvaises humeurs, de même aujourd'hui la chirurgie bariatrique guérit l'obésité en extirpant ou sectionnant l'organe principal de la digestion et de l'absorption. Cela montre que la conception de la maladie est toujours archaïque et qu'on est capable aujourd'hui de proposer massivement des options thérapeutiques qui ont des conséquences graves entraînant des états des carences et de malnutrition sévère. La complexité de l'obésité est niée ainsi que le fait qu'il existe du point de vue sociologique et biologique des « obésités ». La médecine a fermé les yeux pendant des siècles sur les effets néfastes de la saignée. De même, la médecine aujourd'hui n'est pas encore capable de mesurer l'impact nutritionnel de cette chirurgie. Elle propose cette chirurgie à tort, sans discrimination et même avec un seuil de poids de plus en plus bas. Or, elle devrait être limitée à des cas exceptionnels. De plus, des connaissances sont nécessaires concernant les effets délétères, la perte du poids au long terme, la réelle amélioration des comorbidités associées à l'obésité, les effets sur l'incidence du cancer et autres pathologies auto-immunes par exemple. La saignée a eu ses défenseurs et ses détracteurs tout au long de l'histoire de la médecine. Les détracteurs de la chirurgie bariatrique sont encore muets, accablés par les nombreuses publications faisant état des résultats spectaculaires de cette technique sur la perte de poids et l'amélioration de l'IMC. L'endémie de l'obésité est loin d'être contrôlée et elle ne le sera pas avec une technique chirurgicale car on est face à un problème en grande mesure causé par des déterminants socio-culturels. Les progrès de la médecine et, en particulier, de la statistique médicale, ont permis de mettre en évidence l'échec de la saignée au XVIIIème siècle. Comment pourrait-on limiter la chirurgie bariatrique ? La médecine risque de le regretter comme cela a été le cas avec saignée en 1877 :

« Il serait absurde de croire qu'en saignant on purifie le sang et que l'on soutire le vice ; si le sang était vicié, il serait autant dans ce qui reste que dans ce qu'on en extrait. Mais enfin, pourquoi avoir recours à ces moyens violents et sanguinaires ? <sup>1</sup>. »

---

<sup>1</sup> F.V. Raspail, *Manuel Annuaire de la Santé ou Médecine et pharmacie Domestiques*, Bruxelles, Imprimerie de la société des beaux-arts, 1845, p. 121.

---

## CHAPITRE 3 : Nutrition et Soins Palliatifs

---

### 3.1 Questions éthiques des soins nutritionnels en situation palliative : la position du médecin.

Les soins palliatifs, selon la définition de l’OMS de 2014, correspondent aux soins prodigués aux « maladies engageant le pronostic vital » et à une approche destinée à être mise « en œuvre précocement au cours de la maladie, en conjonction avec d’autres thérapies visant à prolonger la vie. <sup>1</sup>» Cette définition inclut les patients ayant des maladies incurables, mais aussi ceux qui se trouvent à un stade de la maladie où la guérison est peu probable, certes, mais pas impossible. Ce stade peut durer plusieurs mois, voire plusieurs années<sup>2</sup>. Les principales maladies concernées sont des pathologies chroniques comme les cancers, les pathologies neuromusculaires et cérébrales dégénératives, l’insuffisance organique sévère respiratoire, hépatique, rénale, cérébrale, les infections non curables, etc. Cette phase ne se définit pas par l’absence de traitements spécifiques (chimiothérapie, radiothérapie, etc.) de la maladie car ces derniers peuvent parfois ralentir l’évolution et/ou améliorer les symptômes et la qualité de vie. Le but des soins palliatifs est de soulager la douleur et les autres symptômes pénibles, intégrant les aspects psychologiques et spirituels, d’améliorer ainsi la qualité de vie des patients et d’accompagner leurs familles. La Société française d’accompagnement et de soins palliatifs les définit comme :

« des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d’une maladie grave, évolutive ou terminale. L’objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle<sup>3</sup>.»

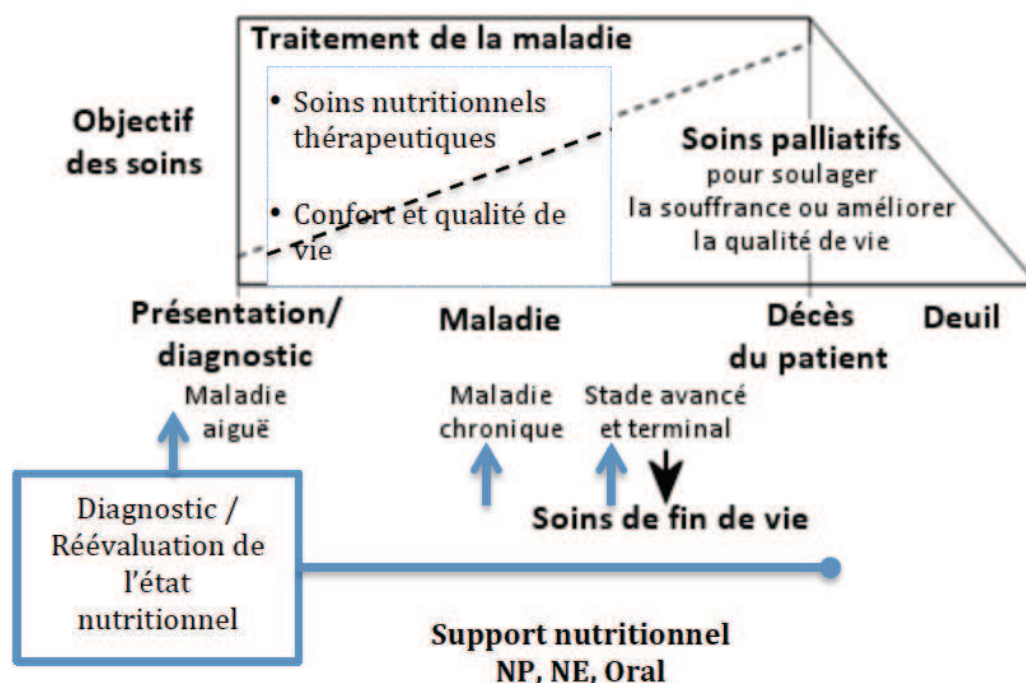
---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/cancer/palliative/fr/>.

<sup>2</sup> P. B, JC. Desport, « Nutrition en situation palliative », *Traité de nutrition artificielle, op.cit.*, p. 1129.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 1130.

Le modèle de l'Association canadienne de soins palliatifs (figure 12) facilite la compréhension de ce type de soins<sup>1</sup>. Nous avons intégré à ce modèle de soin les éléments clés du support nutritionnel.



**Figure 12. Adaptation du modèle de soins palliatifs de l'Association canadienne de soins palliatifs.**

Les soins nutritionnels s'inscrivent dans les soins généraux des malades en soins palliatifs et peuvent, dans certains cas, s'avérer indispensables. En effet, les nouvelles thérapeutiques ont permis de prolonger la survie de malades qui, auparavant, décédaient en raison de l'évolution de la maladie. Pour ces patients, la nutrition est devenue un facteur de survie. Par exemple, dans les maladies tumorales, la nutrition artificielle peut éviter l'aggravation de l'état de dénutrition et la personne peut recevoir les doses adéquates des traitements anticancéreux.

En soins palliatifs, le but du support nutritionnel doit s'adapter en fonction de l'évolution de la maladie et des besoins du patient. Pour cela, l'état nutritionnel doit être

<sup>1</sup> FD. Ferris, HM. Balfour, K. Bowen, J. Farley, M. Hardwick, C. Lamontagne, M. Lundy, A. Syme, P. West, «Modèle de guide des soins palliatifs: Fondé sur les principes et les normes de pratique nationaux Ottawa», *Association canadienne de soins palliatifs*, 2002. p. 15.

évalué dès le début du traitement et faire ensuite l'objet d'un suivi régulier au cours du traitement, au moyen d'outils appropriés. Dans ce contexte particulier, outre le fait de démarrer une pompe de nutrition entérale ou d'installer une perfusion de nutrition parentérale, il est nécessaire de prodiguer une éducation nutritionnelle et des conseils diététiques aux patients et aux familles. Les soins nutritionnels visent ainsi à produire un effet thérapeutique spécifique (prévenir et traiter la dénutrition / la cachexie, l'amélioration de l'administration des traitements anti-tumoraux, le contrôle des effets indésirables des traitements anti-tumoraux) ou à favoriser le confort du patient en améliorant sa qualité de vie. Toutefois, le principal objectif est de maintenir la nutrition orale (lorsqu'elle est possible) en fournissant des conseils nutritionnels adaptés au cas par cas<sup>1</sup>.

Au plan clinique, la place de la nutrition artificielle en soins palliatifs reste toutefois controversée<sup>2</sup>. La revue de la littérature de MI del Rio et collaborateurs publiée en 2011, explicite les effets cliniques en soins palliatifs (Tableau 8). Il souligne aussi l'absence d'études de bonne qualité sur cette question<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Depuis quelques années, la pratique du jeûne thérapeutique est de retour. Il s'agit d'une pratique millénaire fondée sur des conceptions hippocratiques à partir du principe suivant : « pas de nourriture au fort de la maladie ». Cela concerne l'ingestion de petites quantités ou le refus de consommer des aliments ou des boissons caloriques pour des périodes qui varient généralement de douze heures à trois semaines. L'intérêt de cette pratique dans le traitement des maladies cancéreuses a fait l'objet de nombreuses études récentes chez l'animal. Les quelques études chez l'homme n'ont pas, à ce jour, confirmé l'intérêt clinique d'une telle pratique. Les risques sur le métabolisme, l'état nutritionnel et autres fonctions de l'organisme restent probables et, de plus, il n'existe, à ce sujet, aucun consensus. VD. Longo, MP. Mattson, «Fasting: Molecular Mechanisms and Clinical Applications», *Cell Metab* 2014, vol.19, p. 181–192.

<sup>2</sup> D. Casarett, J. Kapo, A. Caplan, «Appropriate Use of Artificial Nutrition and Hydration — Fundamental Principles and Recommendations», *New England Journal of Medicine*, 2005, vol. 353, p.24.

<sup>3</sup> MI. del Rio, B. Shand, P. Bonati, A. Palma, A. Maldonado, P. Taboada, F. Nervi, «Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision making among patients, family, and health care staff», *Psycho-Oncology*, 2012, vol. 21, p.913-921.

Tableau 8. Evidence clinique sur les bénéfices de la nutrition artificielle chez le patient au stade terminal

Author/country	Year	Methods	Results
Borum et al. [5], USA	2000	Prospective study (N: 6298 seriously ill patients enrolled in SUPPORT)	Artificial nutrition was not significantly associated with a survival advantage or a better functional status
Bozzetti et al. [6], Italy	2002	Prospective, observational study (N: 69 adult cancer participants)	Quality of life (QOL) did not improve at 1 month after participants began home parenteral nutrition
Finucane et al. [7], USA	1999	Review of the evidence	There were no published randomized trials. There were no data to suggest that tube feeding improves any of these outcomes: prevent aspiration pneumonia, prolong survival, reduce the risk of pressure sores or infections, improve function, or provide palliation. And some data suggest that it does not
Langmore et al. [8], USA	2006	Cochrane systematic review	There were no randomized controlled studies. Of the seven studies discussed in the review, three found a longer survival in participants who had received medically assisted nutrition, whereas the other four found no difference. The two studies that looked at QOL failed to show improvement in QOL after Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube (PEG) insertion
Meier et al. [9], USA	2001	Prospective, cohort study (N: 99 participants with advanced dementia)	Participants with PEG inserted did not present a significantly different median survival than those without PEG insertion
Orreval et al. [24], Sweden	2005	Qualitative study (13 participants with advanced cancer and 11 family members)	Participants perceived that the benefits of artificial nutrition were a better quality of life, energy, strength, and activity
Good et al. [10], Australia	2011	Cochrane systematic review that included all relevant randomized controlled studies (RCTs) or prospective controlled studies (if no RCTs were found) of medically assisted nutrition	No studies met the inclusion criteria. There are insufficient good quality trials to make any conclusion about the effect of medically assisted nutrition on the quality and length of life of palliative care patients

Pour mieux élucider ces controverses et les enjeux éthiques qui leur sont associés, nous allons étudier l'exemple des maladies cancéreuses. Il faut souligner que les objectifs du support nutritionnel ne sont pas les mêmes pour les patients atteints de cancer en cours de traitement et pour ceux qui se trouvent en soins palliatifs. Tout d'abord, pour les patients subissant un traitement curatif, la gestion de la dénutrition est fondée sur la nutrition entérale lorsque le tube digestif est fonctionnel. De même, la nutrition parentérale est indiquée pour les patients dont le tube digestif ne fonctionne pas (par exemple, pour les patients atteints de carcinose péritonéale avec occlusion intestinale dans le cadre de cancers gynécologiques ou digestifs). La nutrition parentérale offre la possibilité d'augmenter ou d'assurer l'apport en nutriments des patients dont la nutrition entérale et/ou la prise alimentaire normale sont insuffisantes. La durée de ce type de nutrition peut aller jusqu'à plusieurs mois. Il augmente la survie et représente aussi un gain significatif en termes de morbidité liée à la maladie. Toutefois, il est important de souligner que lorsque certains types de cancers se présentent à un stade avancé, les altérations métaboliques mènent à des états de cachexie majeure avec une fonte musculaire importante sans que l'apport suffisant de nutriments puissent améliorer cet état. En outre, les complications de la nutrition artificielle peuvent se produire à court, moyen ou long terme. Elles comprennent

principalement les infections des cathéters, des complications septiques, hyponatrémie, et autres troubles métaboliques entraînant une déshydratation avec des troubles électrolytiques. Ceux-ci, à leur tour, peuvent entraîner un coma, une hypertriglycéridémie ou des complications hépatobiliaires à plus long terme, avec risque d'évolution vers une fibrose active et la cirrhose. Ces complications sont moins fréquentes lorsque le support nutritionnel est conduit par des équipes formées et qualifiées en nutrition clinique. Or, cet aspect reste aujourd'hui problématique parce que la discipline n'est pas reconnue et que la formation des médecins et des autres personnels soignant se révèle insuffisante comme nous le verrons dans la troisième partie de notre étude.

Ensuite, pour les patients en soins palliatifs, la particularité de la nutrition artificielle est de se présenter à la fois comme un traitement et comme un soin conduisant à des questionnements particuliers de la part des médecins, notamment, en ce qui concerne les décisions relatives à l'arrêt ou à la poursuite de cette pratique. En l'absence de certitude à propos des bénéfices et des risques cliniques, le questionnement risque de perdurer. En effet, à ce jour, il y a peu d'études cliniques ayant réellement évalué la relation risque-bénéfice de la nutrition artificielle pour ces malades. D'après la revue de *Cochrane collaboration*<sup>1</sup> de 2008 et l'actualisation de 2014, il y a cinq études prospectives non contrôlées évaluant cet aspect, mais aucune étude contrôlée randomisée. Par conséquent,

« Il n'est pas possible de définir clairement les bénéfices et les effets délétères de ce traitement. Les essais de bonne qualité sont insuffisants pour faire des recommandations sur la pratique concernant l'utilisation de la nutrition médicalement assistée chez les patients en soins palliatifs<sup>2</sup>. »

En ce qui concerne l'effet du support nutritionnel sur la qualité de vie, une revue de la littérature publiée en 2012 montre que les résultats concernant la nutrition entérale

---

<sup>1</sup> La collaboration Cochrane est une organisation à but non lucratif. Il s'agit d'une collaboration qui cherche à organiser de manière systématique les informations concernant la recherche médicale. Elle fournit des informations concernant les preuves scientifiques pour la prise de décision médicale, fondées sur des essais cliniques bien menés. Les preuves scientifiques sont nécessaires pour prendre des décisions de soin efficaces et pour mettre en lumière les domaines où les données sont insuffisantes et où plus de recherches sont nécessaires. Elle publie (*Cochrane library*) des revues systématiques ou méta-analyses d'essais randomisés contrôlés, d'interventions en santé.

<sup>2</sup> P. Good, R. Richard, W. Syrmiss, S. Jenkins-Marsh, J. Stephens, «Medically assisted nutrition for adult palliative care patients», *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, vol. 23, p. 8.

sont contradictoires relativement à la survie et à la qualité de vie des malades atteints de cancer. Pour la nutrition parentérale, la revue signale l'absence d'évidence scientifique<sup>1</sup>.

Il existe donc un accord entre les professionnels de santé selon lequel il est déconseillé de démarrer la nutrition artificielle chez un patient hippophagique au stade final du cancer, si son espérance de vie est plus courte que la durée prévue qu'il faudrait pour mourir de faim (ce qui représente moins de 2 mois)<sup>2</sup>. Inversement, on ne sait pas ce qui doit être fait pour ces patients atteints d'un cancer incurable quand l'espérance de vie est supérieure à 2 mois. Compte tenu de l'incertitude concernant la balance bénéfice/risque de la nutrition parentérale complémentaire, L. Pazart, du CHRU de Besançon, mène une étude non publiée à ce jour pour déterminer laquelle des deux options, à savoir, initiation de la nutrition parentérale complémentaire ou aucune introduction de la nutrition parentérale, est la meilleure en termes de qualité de vie. L'idée est de pouvoir déterminer l'option pertinente sans entraîner une diminution significative de la survie dans la phase palliative du cancer<sup>3</sup>.

Toutefois, diverses sociétés scientifiques ont publié des lignes directrices spécifiques pour l'utilisation de la nutrition artificielle<sup>4</sup>. Nous citons ici celles de l'ESPEN<sup>5</sup> largement accueillies en France et en Europe. Il faut noter que la plupart des directives existantes découlent d'un accord entre experts. Par exemple, concernant la nutrition parentérale en soins palliatifs (dans le domaine de l'oncologie non chirurgicale) en cas d'insuffisance intestinale, la NP à long terme devrait être proposée si :

1. la nutrition entérale est insuffisante ;
2. l'espérance de survie en raison de la progression de la tumeur est plus longue que 2-3 mois ;

---

<sup>1</sup> V. Prevost, MC. Grach, « Nutritional support and quality of life in cancer patients undergoing palliative care », *Eur J Cancer Care*, 2012, vol. 21, p. 581-90.

<sup>2</sup> P. Bachman, C. Marti-Massoud, MP. Blanc-Vincent, « Summary version of the Standards, Options and Recommendations for palliative or terminal nutrition in adults with progressive cancer », *Br J Cancer*, 2003, vol. 89, p. S107-10. P. Bachman, JC. Desport, « Nutrition en situation palliative », *Traité de nutrition artificielle*, Paris, Springer, 2007, p.1 136.

<sup>3</sup> L. Pazart, « Parenteral nutrition at the palliative phase of advanced cancer: the ALIM-K study protocol for a randomized controlled trial », *Trials* 2014, vol. 15, p. 370.

<sup>4</sup> En France, l'HAS a publié les « Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, 2002 » ; P. Bachman et collaborateurs « Standards, Options et Recommandations » de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) et les Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC), *Bulletin du Cancer*, 2001.

<sup>5</sup> J. Arends, G. Bodoky, F. Bozzetti, et al, « ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition : non-surgical oncology », *Clin Nutr*, 2006, vol. 25, p.245-259 ; Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, et al. « ESPEN guidelines on parenteral nutrition: non-surgical oncology », *Clin Nutr*, 2009, vol. 28, p. 445-454.

3. il est prévu que la NP puisse stabiliser ou améliorer l'état de performance physique et la qualité de la vie ;
4. le patient désire ce mode de soutien nutritionnel.

Selon ESPEN, le but de la nutrition entérale en soins palliatifs est de minimiser la perte de poids aussi longtemps que le patient est consentant et que la phase de fin de vie n'a pas débutée. Lorsque la fin de la vie est très proche, la plupart des patients nécessitent des quantités minimales de nourriture et de peu d'eau pour réduire leur faim et leur soif. De petites quantités de liquide peuvent aussi aider à éviter des états de confusion induite par la déshydratation. L'hydratation sous-cutanée à l'hôpital ou à la maison peut être utile ainsi que la mise à disposition d'une voie pour l'administration de médicaments.

Malgré ces directives et ces recommandations diverses, de grandes variations dans l'utilisation de la nutrition artificielle en situation palliative existent à travers le monde<sup>1</sup>. Dans une enquête européenne portant sur 20.480 décès, les décisions de non-traitement, l'interruption d'un traitement médicamenteux (chimiothérapie, etc.) ou de l'hydratation et de la nutrition artificielles sont les causes les plus fréquentes de décès (71 % des décisions de non-traitement en Italie)<sup>2</sup>. Le pourcentage de tous les décès qui ont été précédés par une décision de retirer la nutrition artificielle varie de 2,6 % en Italie à 10,9 % aux Pays-Bas. Ainsi, il n'y a pas de consensus parmi les soignants, en ce qui concerne l'introduction ou le retrait de la nutrition artificielle lorsque le patient se trouve en soins palliatifs et, particulièrement, en fin de vie.

Face à la difficulté d'établir les indications et les modalités de la nutrition artificielle au cours des phases terminales palliatives, il est alors nécessaire que la prise en charge s'effectue « au cas par cas ». Il s'avère essentiel de trouver le seuil qui ferait basculer la

---

<sup>1</sup> HM. Buiting, JJ. van Deldn, JA. Rietjens, et al. and EURELD-Consortium, «Forgoing artificial nutrition or hydration in patients nearing death in six European countries», *J Symptom Manage*, 2007, vol. 34, p. 305-14.

<sup>2</sup>Observatoire National de la Fin de Vie, Rapport 2011 « *Fin de vie : un premier état des lieux* » <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000093.pdf> (consulté le 3 juin 2015).



nutrition artificielle dans l'acharnement thérapeutique. Rappelons que la loi Leonetti de 2005<sup>1</sup>

« affirme l'interdiction de l'obstination déraisonnable pour tous les malades et renforce les devoirs des médecins en matière d'information et d'écoute des malades »<sup>2</sup>.

Il revient alors au médecin d'assumer la responsabilité de définir la convenance des traitements, sachant toutefois que le patient a la liberté de refuser n'importe quel traitement, y compris la nutrition artificielle. Ainsi, les pratiques médicales ont été bouleversées pour favoriser l'autonomie du patient et une approche concertée. Il est alors nécessaire de mener, pour chaque patient, une réflexion éthique et de ne pas méconnaître la complexité des situations. Il s'agit pour le médecin de décider de ne pas entreprendre ou d'interrompre la nutrition artificielle lorsqu'elle est considérée comme disproportionnée au regard de son bénéfice pour le patient, ou lorsqu'elle ne vise qu'à le maintenir artificiellement en vie. Compte-tenu du caractère affectif et social de la nutrition, ces décisions sont particulièrement difficiles à prendre.

Cela implique, pour les soignants, des questionnements relatifs à la prise de décision concernant la poursuite ou l'arrêt du support nutritionnel. Ce questionnement, dans le cadre de traitements spécifiques anticancéreux plus amples, a été étudié par L. Baussant<sup>3</sup> en France. Il a analysé de manière prospective la prévalence de l'interrogation sur la pertinence de thérapies spécifiques anticancéreuses chez les patients atteints de cancer avancé et hospitalisés dans cinq institutions du pays. Il a considéré la perspective des médecins et des patients concernant le processus de décision. Les résultats ont montré que ces questionnements concernent près de 13 % des patients hospitalisés. Ces questionnements ont été posés à des patients dont l'espérance de vie était estimée entre quinze jours et trois mois. Il a montré également que les médecins peuvent adopter différentes positions (principalement l'arrêt ou la poursuite des soins) soulevant des questionnements éthiques importants.

Dans ce contexte, les médecins doivent respecter les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice lorsqu'ils sont confrontés à la décision

---

<sup>1</sup>Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, JORF n. 95 du 23 avril 2005.

<sup>2</sup> Fin de vie : <http://www.gouvernement.fr/fin-de-vie-ce-qu-il-faut-savoir-avant-l-ouverture-du-debat>. (consulté le 3 novembre 2015).

<sup>3</sup> Y. Baussant, F. Mathieu-Nicot, L. Pazart, et al., «Is shared decision-making vanishing at the end-of-life? A descriptive and qualitative study of advanced cancer patients' involvement in specific therapies decision-making», *BMC Palliative Care*, 2015, p. 14-61.

d'arrêter ou de continuer la nutrition artificielle. Sur ce point, l'auteur décrit un modèle dominant où les médecins prennent la position de « non choix » et cela de deux manières différentes. La première consiste à « attendre et voir ». Autrement dit, ils laissent l'évolution de la situation imposer d'elle-même la décision. Cette façon de répondre à l'incertitude semblait favorisée par le fait que certains patients étaient réticents à s'impliquer dans le processus de décision et que certains médecins étaient réticents à favoriser cette implication<sup>1</sup>. L'autre solution est de décider de laisser le choix au patient entre la poursuite ou l'arrêt des traitements. Cette attitude, décrite ailleurs dans la littérature, correspond à une minorité de patients<sup>2</sup>, et elle est susceptible de les mettre dans une situation difficile où ils n'ont « pas le choix ». Il s'agit d'une position où ils ont à choisir entre l'inéluctabilité de la mort et les traitements potentiellement inutiles (mais «l'espoir de soutien») ou des traitements préjudiciables<sup>3</sup>.

Toutefois, l'étude décrit un autre modèle de prise de décision où les médecins initient très tôt les réflexions et le dialogue sur les incertitudes et les limites des traitements avec les patients, leurs familles et les équipes soignantes. Cela permet l'émergence de repères individuels ou de seuils permettant de guider la décision sur le rôle approprié de thérapies spécifiques dans une situation donnée. La pertinence d'une telle approche dans la clarification des objectifs spécifiques de soins pour chaque patient, a été soigneusement examinée par L. Emanuel<sup>4</sup>. Il souligne l'importance de pouvoir :

---

<sup>1</sup> EC. Beaussant, S. Reiter-Theil, D. Lange-Riess, N. Schmahl-Menges, W. Hiddemann, «Patient involvement in decisions to limit treatment: the crucial role of agreement between physician and patient», *J Clin Oncol*, 2009, vol. 27, p.2225–30. H. De Haes H, N. Koedoot, «Patient centered decision making in palliative cancer treatment: a world of paradoxes», *Patient Educ Couns*, 2003, vol. 50, p. :43–9. P. Kirk, I. Kirk, L.J. Kristjanso, «What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study» *BMJ*, 2004, vol. 328, p.1343.

39. J. Ernst, E. Brähler, A. Aldaoud, et al. «Desired and perceived participation in medical decisionmaking in patients with haemato-oncological diseases», *Leuk Res*, 2010, vol. 34, p. 390–2.

<sup>2</sup> K. Pardon, R. Deschepper, R. Vander Stichele, et al. «Preferred and actual involvement of advanced lung cancer patients and their families in end-of-life decision making: a multicenter study in Flanders, Belgium», *J Pain Symptom Manage*, 2012, vol. 43, p.515–26; E. Voogt, «Attitudes of patients with incurable cancer toward medical treatment in the last phase of life», *J Clin Oncol*, 2005, vol. 23, p. 2012–9. N. Kraetschmer, N. Sharpe, S. Urowitz, RB. Deber, «How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? », *Health Expect*, 2004, vol. 7p.317–26.

<sup>3</sup> Y. Beaussant, F. Mathieu-Nicot, L. Pazart, et al. «Is shared decision-making vanishing at the end-of-life? A descriptive and qualitative study of advanced cancer patients' involvement in specific therapies decision-making», *BMC Palliative Care*, *op.cit.* p. 14.

<sup>4</sup> L. Emanuel, K. Scandrett, «Decisions at the end of life: have we come of age? », *BMC Med*, 2010, vol. 8, p. 57.

- Intégrer régulièrement les patients dans les pratiques soignantes de discussions et de documentations sur les objectifs des soins.
- Évaluer si les seuils personnels peuvent être utilisés pour une planification préalable efficace et adaptée.
- Apprendre davantage sur l'évolution des valeurs des populations face à la maladie.
- Utiliser les normes de la communauté comme un guide raisonnable en l'absence d'autres informations.
- Favoriser l'appréhension de la mort pour des gens qui ont un mauvais pronostic.

Quoi qu'il en soit, la prise de décision concernant le support nutritionnel doit tenir compte de multiples aspects : les symptômes réels ressentis par le patient (soif, faim), l'évolution de la maladie avec la notion de survie prévisible, le contexte psychologique, le rôle social de l'alimentation, les données fournies par la littérature concernant les bénéfices/risques et la double caractéristique de la nutrition artificielle qui est à la fois un traitement spécifique pour la dénutrition et un soin de base. Ainsi, cela favorise chez les médecins des attitudes et positionnements divers qui sont susceptibles d'entraîner une polarisation entre ceux qui considèrent que la nutrition pour ces patients est ou « bonne » ou « mauvaise ». En conséquence, il est pertinent de savoir quelles sont les attitudes des médecins face à ces questionnements. Dans le cadre de notre étude, une revue de la littérature s'est révélée nécessaire afin de répondre à la question suivante : quelles sont les attitudes ou les positions des médecins concernant la nutrition artificielle en soins palliatifs ?

### **3.2 Revue systématique de la littérature. Méthodologie**

Une revue de la littérature suit une méthodologie systématique et rigoureuse qui commence par une recherche exhaustive de toutes les études répondant à une question précise. Cette question doit être claire et définie a priori et elle doit figurer dans le titre, l'*abstract* ou dans la dernière phrase de l'introduction. En effet, en ciblant une question précise, les auteurs arrivent plus facilement à réunir des études homogènes et à aboutir à

une conclusion<sup>1</sup>. Celle-ci fait aussi l'évaluation critique de la qualité méthodologique des études retenues et ensuite la synthèse des résultats. En ce qui concerne la recherche bibliographique, nous avons consulté *Medline*, la principale base de données biomédicales ainsi que *Proquest* qui contient également des ressources telles que des mémoires et thèses, des *ebooks*, des journaux, des collections historiques, des archives gouvernementales et culturelles<sup>2</sup>. Nous avons ciblé les publications entre 1990 et 2015, en anglais, français et espagnol en utilisant des mots clés du *MeSH (Medical Subject Headings)* :

- ✓ nutrition artificielle et hydratation, « *artificial nutrition and hydration* » ;
- ✓ attitudes et perceptions, « *attitudes and perceptions* » ;
- ✓ fin de vie « *end of life* » ;
- ✓ soins palliatifs « *palliative care* » ;

Nous avons évalué les titres de toutes les publications et pour ceux qui paraissaient pertinents, nous avons analysé les résumés. Les publications sélectionnées sont celles dont les études devaient inclure : (i) les attitudes, perception ou positionnement des médecins concernant la nutrition artificielle ; (ii) les patients adultes en fin de vie ou en soins palliatifs ; (iii) les recherches empiriques originales, excluant ainsi les rapports de cas, les avis, et, enfin, les documents de travail. Si les résumés présentaient ces trois critères d'inclusion, le texte intégral était évalué. Nous avons exclu les études qui évaluent i) les attitudes et perceptions uniquement chez les infirmiers et autres soignants ; ii) l'hydratation uniquement ; iii) la situation exclusive des démences (déjà analysée dans le cas n° 4 du chapitre précédent) ; iv) des états de conscience altérée (état végétatif chronique et état pauci relationnel). Ces derniers, même s'ils sont concernés par les soins de confort, ont été exclus en raison des débats particuliers concernant notamment l'incertitude qui existe relativement au diagnostic, au pronostic et à la notion de conscience. Sur ce point, l'attitude des médecins peut être très différente et cette situation mériterait une analyse séparée.

---

<sup>1</sup><http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/revue-systématique>

<sup>2</sup><http://www.proquest.com/about/news/2014/Jisc-and-ProQuest-Enable-Access-to-Essential-Digital-Content.html>

### 3.3 Résultats et analyse de la littérature

Tableau 9. Résultats de la recherche électronique *Medline* par mots clés.

Mots clés	Quantité
« <i>Artifitial nutrition and hydratation</i> » and « <i>end of life</i> ».	99
<i>Artifitial nutrition and hydratation</i> » and « <i>palliative care</i> »	84
« <i>artificial nutrition and hydration</i> » « <i>end of life</i> » and « <i>attitudes</i> »	21
« <i>artificial nutrition and hydration</i> » and « <i>end of life</i> » and « <i>attitudes</i> » and « <i>perceptions</i> »	4
« <i>artificial nutrition and hydration</i> », « <i>end of life</i> », « <i>attitudes and perceptions</i> » and « <i>physicians</i> ».	2

Le tableau 9 montre le résultat de la recherche électronique bibliographique. Nous avons évalué tous les titres de ces publications ainsi que les résumés. Malgré le rôle central du médecin dans la prise de décision d'initier ou d'arrêter la nutrition artificielle en soins palliatifs, nous avons trouvé une seule étude évaluant l'attitude des médecins.<sup>1</sup> En ce qui concerne la recherche bibliographique sur *ProQuest*, elle n'a pas produit de nouvelles d'études. Ce constat a attiré notre attention. En effet, cette information serait essentielle pour étudier les diverses attitudes, les aspects qui sont impliqués dans la prise de décision des médecins, la façon dont il serait possible de différencier l'attitude des médecins de celle adoptée par les patients, leurs familles et autres soignants. Cette information permettrait aussi d'identifier les obstacles pour favoriser la nutrition orale et garantir son rôle affectif et social.

<sup>1</sup> P. vand der Riet, P. Good, I Higgins, L. Sneesby, «Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life», *Int J Palliat Nurs* 2008, vol. 14, p. 145-51.

Il faut souligner que les publications concernant les attitudes et les perceptions des infirmières et autres soignants (*care givers*) sur la nutrition artificielle et l'hydratation en soins palliatifs sont fréquentes<sup>1</sup>. Par exemple, E. Piot montre que sur 163 infirmiers interrogés et impliqués dans les décisions concernant la nutrition artificielle en fin de vie, 42 (25,8 %) avaient toujours ou souvent été confrontés à des dilemmes éthiques, et 97 (60 %) ont répondu que le retrait de la nutrition artificielle avait toujours ou souvent été précédé par une discussion multidisciplinaire. Les aspects qui étaient associés à des dilemmes éthiques importants sont l'existence de divergences d'opinion au sein de l'équipe de soins de santé, le manque d'informations concernant l'indication du retrait de la nutrition artificielle, le fait de se sentir mal à l'aise avec le patient et ses parents, la culpabilité, les sentiments d'abandon des soins et l'inquiétude. Une récente analyse de la littérature sur les attitudes des infirmières envers la nutrition artificielle et l'hydratation en fin de vie a montré que les arguments pour ou contre reflètent en général les positions du grand public. Un certain nombre de présupposés cliniques étaient incompatibles avec l'évidence clinique, imposant l'idée que les infirmières devraient recevoir des informations sur les dernières données cliniques concernant l'indication de la nutrition artificielle pour les patients en phase terminale<sup>2</sup>.

L'attitude des patients et des familles en soins palliatifs a aussi été davantage étudiée. La nutrition est valorisée et considérée comme essentielle pour préserver la vie, pour diminuer les symptômes, parce qu'il exprime l'absence d'abandon de la lutte contre la maladie et calme l'anxiété<sup>3</sup>. La confiance et la technologie étaient liés : cette technologie a, en effet, donné aux familles la garantie de l'espoir que quelque chose a été fait pour leurs proches<sup>4</sup>. Une enquête prospective transversale récente réalisée en Allemagne évaluant les préférences des soixante-cinq patients atteints de cancer et en fin de vie montre que 39 % des patients étaient contre la nutrition artificielle et l'hydratation ; 36% ont choisi la seule hydratation et 23 % l'alimentation artificielle et

---

<sup>1</sup> E. Piot, BF. Leheup, C. Goetz, et al « Caregivers Confronted with the Withdrawal of Artificial Nutrition at the End of Life: Prevalence of and Reasons for Experienced Difficulties », *Am J Hosp Palliat Care*, 2015, vol. 32, p.732-7.

<sup>2</sup> E. Bryon, BD de Casterlé, C. Gastmans, «Nurses' attitudes towards artificial food or fluid administration in patients with dementia and in terminally ill patients: a review of the literature», *J Med Ethics* 2008, vol. 34, p. 431–436.

<sup>3</sup>MI. del Rio, B. Shand, P. Bonati, et al. « Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision making among patients, family, and health care staff», *Psycho-Oncology*, 2012, *op.cit.* p.913.

<sup>4</sup> P. van der Riet, GP. Higgins, L. Sneestry, «Palliative Care Professionals perceptions of nutrition and hydration at the end of life», *Int J Palliat Nurs* 2008, vol.14. p.148.

l'hydratation. Les parents, qui ont dû décider au nom du patient, étaient susceptibles d'opter davantage pour l'hydratation (52 %). Lorsque la nutrition et l'hydratation avaient été abandonnées les familles ont signalé plus fréquemment des préoccupations sur les symptômes physiques que les patients. Ce constat est confirmé par une analyse menée par S. Antoun,

« L'absence d'alimentation peut donc ne pas engendrer de souffrance physique et morale en situation palliative terminale. Le symptôme prédominant est l'anorexie. D'où l'importance de bien analyser les symptômes du patient et la souffrance réelle entraînée par l'absence d'alimentation. Le sentiment de faim est probablement différent chez les patients en fin de vie et chez les personnes ayant conservé un bon état de santé. Il est intéressant de noter que cette absence d'alimentation est plus souvent le souci de l'entourage et des soignants que celui du patient lui-même.»<sup>1</sup>

Enfin, l'étude montre aussi que les patients et leurs familles préfèrent que l'information et l'accompagnement aidant à la prise de décision soient prodigués par les médecins<sup>2</sup>.

Concernant l'attitude et la perception des médecins, celles-ci ont été étudiées par P. vand der Riet et ses collaborateurs. L'étude « *Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life* », publiée en 2008, est une étude qualitative qui explore les perceptions et les attitudes des infirmières et des médecins en soins palliatifs à l'égard de la nutrition et de l'hydratation du patient en fin de la vie<sup>3</sup>. Pendant une période de six mois, quatre médecins de deux unités de soins palliatifs en Australie ont été interrogés. L'étude révèle que les médecins de soins palliatifs estiment que la nutrition et l'hydratation en fin de vie profitent rarement aux patients. Ils considèrent qu'aussi longtemps que la nutrition orale adéquate est assurée, les patients ne souffrent pas. Les sondes et les cathéters peuvent se présenter comme un fardeau et s'en libérer peut faciliter la communication entre le patient et le médecin. Contrairement à l'*a priori* des familles et de la communauté en général, la déshydratation a été considérée par les médecins et les infirmières comme une évolution normale en fin de vie, sachant que les

---

<sup>1</sup> S. Antoun, M. Merad, M. Gabolde, « Nutrition artificielle et fin de vie. », Laennec 2006, *op.cit.*, p. 9.

<sup>2</sup> J. Bükk, T. Unterpaul, G. Nübling, R. J. Jox, S. Lorenz, « Decision making at the end of life—cancer patients' and their caregivers' views on artificial nutrition and hydration », *Support Care Cancer* 2014, vol. 22, p.3287-99.

<sup>3</sup> P. vand der Riet, P. Good, I Higgins, L. Sneesby, « Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life », *Int J Palliat Nurs. op.cit.* p.145.

patients ne souffrent pas de soif ou ne l'expriment pas. Ainsi, par exemple, un des médecins affirme que

« La déshydratation est une partie normale du processus de la mort et donc, par conséquent, interférer avec cela tend à créer plus de souffrance<sup>1</sup>.»

Les médecins interrogés dans l'étude soulignent l'importance de la communication et de l'éducation des membres de la famille sur les changements qui se produisent quand une personne est mourante, et cette communication et ces informations deviennent une partie importante des soins délivrés aux patients.

Tout au long de l'étude, les auteurs ont mis en évidence un discours opposant les soins aigus et les soins palliatifs. Ainsi, lorsque les médecins des hôpitaux (soins aigus) sont amenés à administrer des soins palliatifs, ils privilégient des soins plus invasifs impliquant l'administration artificielle de nutriments et de fluides. La transition de soins aigus aux soins palliatifs<sup>2</sup> a été identifiée comme un processus difficile et souvent lourd qui s'accompagne de beaucoup d'incertitude, entraînant ainsi le brouillage des frontières entre soins curatifs et soins palliatifs.

Ainsi, en raison du défaut d'études, les analyses qualitatives prospectives évaluant les diverses attitudes et perceptions de la nutrition artificielle en soins palliatifs s'avèrent nécessaires. Ces études doivent cibler les aspects émotionnels, cultures et légaux qui pourront être associés aux attitudes des médecins lors de la prise de décisions. Du point de vue émotionnel, en phase terminale l'image de la nutrition est souvent valorisée par la projection de nos propres sentiments, notamment de nos propres craintes au sujet de la faim et de la soif<sup>3</sup>. Celles-ci sont fréquemment associées à une idée de confort et de diminution des souffrances. De plus, le retrait ou le refus de la nutrition artificielle est souvent interprété comme la perte d'espoir de guérison ou comme l'expression d'un abandon du malade. L'aspect culturel peut également avoir un impact sur l'attitude du médecin et devrait être exploré. Par exemple, à Taïwan on pense que si une personne

---

<sup>1</sup> *Ibid.*,

<sup>2</sup> En France, seules 20% des personnes qui devraient bénéficier des soins palliatifs y ont accès. <http://www.gouvernement.fr/fin-de-vie-ce-qu-il-faut-savoir-avant-l-ouverture-du-debat>

<sup>3</sup> S. Antoun, M. Merad, M. Gabolde, « Nutrition artificielle et fin de vie. », *Laennec* 2006, *op.cit.*



décède en ayant faim, l'âme devient agitée et affamée. Pour cela, on préfère maintenir la nutrition artificielle jusqu'au décès<sup>1</sup>.

En conclusion, l'incapacité des patients en soins palliatifs à s'alimenter présente des défis majeurs, en particulier pour les médecins. Elle ne doit pas être conçue comme la cause de la mort, mais comme un signe attestant de sa gravité de la maladie et de la proximité de la mort. La nutrition orale doit être favorisée tout au long des soins. Toutefois, la nutrition artificielle doit viser non seulement un effet thérapeutique mais également le confort et la qualité de vie de la personne. La qualité de vie étant une notion multidimensionnelle avant tout individuelle, personne ne peut prendre la place du malade pour évaluer et mesurer ses attentes relativement à la nutrition. A la question de savoir, quel sens donner à la nutrition en fin de vie, la réponse des médecins doit alors se centrer sur les attentes du patient davantage que sur leurs propres perceptions. Cela implique qu'ils soient capables de dialoguer avec le patient et avec ses proches pour déchiffrer sa volonté.

---

<sup>1</sup> Chiu TY, Hu WY, Chuang RB, Cheng YR, Chen CY, Wakai S. « Terminal cancer patient's wishes and influencing factors toward the provision of artificial nutrition and hydration in Taiwan », *J Pain Symptom Manage* 2004, vol. 27, p. 206–214

## Conclusion

Au terme de notre réflexion, nous avons montré comment, au niveau « prudentiel » du jugement médical, la reconnaissance d'une double vulnérabilité du patient atteint de malnutrition place le médecin face à la responsabilité de nourrir l'homme malade. Il doit reconnaître la souffrance et l'altérité du corps dénutri et il est de sa responsabilité, en tant que praticien, de répondre à la faim et à la dénutrition du malade. Cela implique la nécessité de mettre en place des soins nutritionnels adéquats et d'appréhender le sens du support nutritionnel comme « *cure* » et comme « *care* », et ce dans tous les moments de la vie, y compris en phase de fin de vie. Des qualités diverses morales et techniques telles que l'écoute, l'attention, la responsabilité, les compétences techniques et la capacité de répondre aux besoins du malade, s'avèrent essentielles pour intégrer les soins nutritionnels dans la prise en charge globale du patient. Le médecin doit se donner comme exigence de respecter les principes fondamentaux de la bioéthique (bienfaisance, non malfaisance, autonomie et justice), tout en considérant que les nutriments, même artificiels, ne sont pas de simples moyens, mais une fin indissociable des dimensions de convivialité, de plaisir et de relation affective qui font partie de l'alimentation.

Il est dès lors nécessaire de s'interroger sur l'adéquation entre cette pratique de la nutrition clinique et la conception de l'alimentation et de la nutrition qui prévaut au sein des institutions de soin, dans la société et dans l'enseignement.

## *Troisième partie*

### **Le rôle des institutions dans la nutrition**

## INTRODUCTION

Au cœur même de la pratique de la médecine, de ses questionnements et de ses enjeux éthiques particuliers, émerge une nouvelle problématique : le rôle des institutions. Est-ce que les institutions offrent le cadre nécessaire pour que le médecin soit en mesure de répondre pleinement à la souffrance d'autrui ? En effet, en analysant des cas représentatifs de la pratique de cette discipline, nous avons mis en évidence, au sein de la relation médecin-patient, l'altérité du corps dénutri et la responsabilité du médecin face à cette double vulnérabilité, aux besoins nutritionnels et à la faim du patient, qu'il soit à l'hôpital ou non. Dans ce cadre, les soins nutritionnels, pour offrir une réponse appropriée, exigent de la part du médecin et du personnel soignant des qualités morales particulières.

Ainsi, nous allons au chapitre premier délimiter le cadre juridique et réglementaire qui concerne les soins nutritionnels et analyser les politiques de santé publiques en nutrition susceptibles d'encadrer la pratique des soins nutritionnels. Les notions de « bien manger » et de « se nourrir » se trouvent au centre de la réflexion. Nous allons montrer comment, malgré un cadre législatif précis et l'existence de politiques nutritionnelles, la formation des médecins et autres professionnels de santé en nutrition reste insuffisante et inadéquate. Cela nous amènera, dans le deuxième chapitre, à poser les questions suivantes : comment sont formés les médecins en nutrition ? Comment définir le rôle du médecin dans la pratique de cette discipline ? Quelles sont les compétences et les connaissances techniques nécessaires pour nourrir l'homme malade ? Il s'agit de questionner l'enseignement de la nutrition en médecine. Cela permettra de faire le point sur la situation de l'éducation et de la formation des médecins et de proposer, lors du troisième chapitre, un contenu et des stratégies susceptibles de faire évoluer la pratique médicale.

---

## CHAPITRE 1. Cadre législatif et politiques de santé publique dans le domaine de la nutrition

---

### 1.1 La politique nutritionnelle en France

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

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

---

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

meilleure nutrition nous aidera dans les efforts que nous menons pour atteindre cet objectif mondial non contraignant<sup>1</sup>. »

Les problèmes de santé en lien avec la nutrition ont comme particularité de concerner l'ensemble de la population, de reposer sur des connaissances scientifiques bien documentées et de concerner des facteurs de risque (ou de protection) bien identifiés sur lesquels il est possible d'intervenir et, par suite, d'espérer avoir ainsi un impact sur l'incidence des maladies chroniques<sup>2</sup>. Ainsi, force est de constater que la problématique nutrition-santé fait participer de multiples acteurs. Il s'agit principalement des professionnels de santé (diététiciennes, médecins, pharmaciens, etc.), des institutions publiques (ministres de la santé, de l'éducation), le secteur agro-alimentaire et l'industrie pharmaceutique. Les diverses politiques nutritionnelles émanent des institutions publiques. En ce qui concerne l'industrie agroalimentaire qui produit 80 % des produits consommés, leur rôle est essentiel car ses actions peuvent avoir un impact majeur sur les aliments eux-mêmes et sur les choix des aliments. L'industrie pharmaceutique, comme nous l'avons étudié dans la première partie de notre recherche, joue elle aussi un rôle déterminant dans la disponibilité des produits de nutrition artificielle.

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

---

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

<sup>2</sup> Justification de la politique nutritionnelle en France, [social.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CONCLUSION.pdf](http://social.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CONCLUSION.pdf)

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

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

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

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

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

Les recommandations, classées en neuf repères facilement identifiables<sup>1</sup>, insistent sur la pertinence de la nutrition pour la santé et cherchent à intégrer la diversité sociale et culturelle :

« Il s'agit de promouvoir une nutrition positive associant alimentation et plaisir. Les guides ne se veulent pas normatifs, mais prennent en compte la diversité des situations, la complexité de l'acte alimentaire et ses dimensions sociale et culturelle<sup>2</sup>. »

Toutefois, au-delà des controverses sur sa validité scientifique<sup>3</sup>, cette politique a de limites dans la mesure où elle cible des déterminants individuels du comportement alimentaire et d'activité physique, en s'appuyant uniquement sur l'information et la communication<sup>4</sup>. Cela se traduit par des inégalités de résultats au niveau de la population. Par exemple, il y a des résultats favorables avec une stabilisation du nombre d'adultes obèses, mais les résultats sont inégaux chez les enfants ; il y a une amélioration concernant l'obésité chez les enfants de cadres entre 2002 et 2005, tandis

---

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

<sup>2</sup> [http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/nutrition/nutrition\\_guides\\_alimentaires.asp](http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/nutrition/nutrition_guides_alimentaires.asp)

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

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

que la situation concernant les enfants d'ouvriers s'aggrave<sup>1</sup>. Cela s'explique par le fait que ces habitudes relèvent d'un choix personnel qui est influencé par de nombreux déterminants. Les choix de bonnes habitudes peuvent être mieux orientés dans le cadre d'un environnement favorable au « bien manger ». C'est ainsi que le PNNS<sup>2</sup> a évolué ces dernières années pour intégrer des stratégies et de politiques visant à améliorer les déterminants sociaux et l'environnement nutritionnel<sup>3</sup>.

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

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

---

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

<sup>2</sup> LE PNNS 4 2016-2020 n'a pas encore été publié.

<sup>3</sup> Les actions sur ces derniers incluent notamment : l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire (y compris dans la restauration collective) et de l'accessibilité physique et économique à des aliments de bonne qualité nutritionnelle, pour tous, notamment, pour les populations les plus fragiles (populations défavorisées, enfants, etc.) ; l'orientation des choix des consommateurs, au moment de l'acte d'achat, vers des aliments de meilleure qualité nutritionnelle et la réduction de la pression du marketing incitant à la consommation d'aliments de moins bonne qualité nutritionnelle (notamment pour les populations vulnérables, les enfants, etc.) ; la création des conditions de la pratique d'une activité physique quotidienne pour tous, la garantie d'une prévention, d'un dépistage et d'une prise en charge optimale des problèmes de santé liés à la nutrition. [http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_Hercberg\\_15\\_11\\_2013.pdf](http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Hercberg_15_11_2013.pdf). (consulté le 17 mars 2016).

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



et du « bien boire ». Le repas gastronomique met l'accent sur le fait d'être bien ensemble, le plaisir du goût, l'harmonie entre l'être humain et les productions de la nature<sup>1</sup>. »

Bien manger implique différents moments et étapes qui commencent par le choix des mets, dans une abondance de recettes des plus traditionnelles aux plus innovantes. Puis il y a le choix de « bons » produits, avec une préférence pour la production locale et traditionnelle, et leur harmonisation. Toutefois, le repas est avant tout un moment de communion et de partage. Dans une table bien décorée, dont chaque instrument est à une place définie, le rituel s'installe par l'apéritif et se termine par le digestif. Ce modèle gastronomique français, qui inclut certains produits comme le vin ainsi que les codes de bonnes manières à table, a été exporté dans le monde. Les résultats d'un programme de recherche réalisé par l'Observatoire Ciel des Habitudes Alimentaires (OCHA) sur les adolescents (AlimAdos 2006-2010) montre combien des jeunes issus de cultures et de milieux divers aujourd'hui en France « inscrivent leur modernité alimentaire au filtre du modèle alimentaire français<sup>2</sup>. » Les chercheurs ont observé un attachement des adolescents au repas familial et à un ensemble de règles. Ils sont les premiers à les décrier et à les transgresser entre 13 et 17 ans, mais ils en reconnaissent l'intérêt dès 17-18 ans<sup>3</sup>.

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

---

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

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

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

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

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

Certaines pratiques sont aussi fondées sur des mythes ou des croyances alimentaires. Ces derniers sont à l'origine soit des informations initialement considérées comme véridiques puis démenties mais qui persistent dans la société, soit des intuitions supposées sur les vertus ou les dangers de certains aliments<sup>1</sup>. Certains exemples concernent l'alimentation de groupes sanguins, le crudivorisme, la macrobiotique, les régimes dissociés, etc. Ces derniers, qui consistent à manger une seule et unique catégorie d'aliments, sont fondés sur le principe erroné selon lequel «chaque aliment consommé isolément ne fait pas grossir et que l'aliment consommé n'est pas important, mais que ce sont le moment et la manière dont il est consommé qui le sont<sup>2</sup>». Il existe aussi d'autres pratiques alimentaires dont s'emparent des entreprises et qui prétendent répondre à un service dans le cadre du marché. A titre d'exemple, citons Weight Watchers (WW), une entreprise américaine cotée en bourse et qui génère des millions de dollars de gain en proposant un programme pour « réapprendre à manger et perdre du poids en mangeant de tout et de ce qu'on aime<sup>3</sup>». Le WW offre un programme d'accompagnement (en ligne ou en présentiel, par groupe), pour bien manger en choisissant les aliments avec un système de points en fonction de la quantité des calories et alors que la qualité de aliments est suggérée comme étant secondaire. Ce système est lié également à l'achat de produits WW que nous pouvons trouver facilement dans les supermarchés. Ce type d'alimentation que l'on quantifie et calcule, conduit à un autre

---

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

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

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

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

D'autres pratiques comme le régime bio<sup>1</sup>, le végétarisme ou le végétalisme, peuvent résulter d'engagements éthiques définis relatifs au respect de l'environnement, au bien-être animal et aux conditions d'élevage. Cela montre le souci éthique des consommateurs qui sont concernés par les enjeux sociétaux liés à l'environnement, aux animaux et aux générations futures. Corine Pelluchon le souligne dans *Les Nourritures* :

« La prise en compte des défis globaux et à long terme liés à la crise environnementale, la protection d'une biosphère fragile, dont les ressources ne sont pas infinies, et l'équité intergénérationnelle et interspécifique exigent de repenser de fond en comble la justice<sup>2</sup>. »

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

---

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

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

alimentation est promue chez les groupes sociaux bénéficiant d'un niveau d'instruction élevée et de hauts revenus<sup>1</sup>.

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

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

« réduit le nombre de morts de 255, et sauve 3540 jours de vie, avec un coût moyen d'une vie économisée de 43K€, et celui d'une année de vie sauvée de 3K€, grâce à une augmentation moyenne de la consommation de fruits et légumes de 3,58g/j<sup>2</sup>.»

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

---

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

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

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

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

Le point de départ de notre réflexion relative aux priorités, au cadre réglementaire et aux enjeux d'une politique publique ciblée sur l'alimentation et la nutrition dans les établissements de santé, se fonde sur l'étude menée, en 1997, par le Pr B. Guy Grand lors de sa mission d'évaluation des besoins. Il soulignait dans son rapport un triple constat : premièrement, une médicalisation insuffisante des problèmes nutritionnels, notamment face à la dénutrition fréquente des patients. Deuxièmement, des failles dans la qualité de l'alimentation hospitalière. Troisièmement, une quasi absence de formation initiale et continue des personnels hospitaliers, et un nombre insuffisant des diététiciennes. Son analyse a été à l'origine de la prise de conscience des enjeux médico-sociaux liés aux troubles nutritionnels. Il suggère la mise en place d'un Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) et d'une stratégie pour organiser les soins nutritionnels de manière transversale dans les établissements des soins. Il propose ces comités à l'instar des Comités de Lutte contre Les Infections Nosocomiales (CLIN), qui depuis 1980, ont fait largement la preuve de leur efficacité dans la maîtrise du risque bactériologique hospitalier<sup>1</sup>.

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

---

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

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

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

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

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

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

Il est important de souligner le caractère non obligatoire des CLANs, contrairement aux CLINS<sup>2</sup>, puisqu'il s'agit seulement d'une « démarche incitative qui doit s'inscrire dans le projet d'établissement »<sup>3</sup>. Cela est d'autant plus surprenant que le constat est fait qu'environ 5% des patients qui séjournent à l'hôpital contractent une infection au sein de l'établissement<sup>4</sup> contre un taux de dénutrition de 30 à 50% qui s'avère également, dans la majorité des cas, nosocomial. Comment justifier cette inégalité entre les priorités relatives aux infections nosocomiales et celles qui concernent la nutrition ? Toutefois, en imposant les soins nutritionnels comme une condition de la qualité dans les soins, les établissements de santé se sont appropriés les CLANs de manière progressive : en 2008,

---

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

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

<sup>3</sup> Le C.L.A.N en 10 questions, PNNS, 2004.

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

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

En ce qui concerne les UTNC, leurs missions principales sont le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels auxquels s'ajoutent des missions de recherche<sup>1</sup>. Elles regroupent des moyens humains et techniques individualisés au sein desquels s'exprime une pluralité de compétences. Ainsi, depuis 2008, 9 UTNC ont été créées (aux CHU de Caen, Lille, Lyon, Nancy, Paris (Joffre-Dupuytren et Necker), Rouen et Toulouse) de manière expérimentale<sup>2</sup>. Ce type d'organisation transversale de la nutrition clinique a pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en organisant l'évaluation systématique de l'état nutritionnel des patients, dans les 48 premières heures d'hospitalisation, la surveillance, l'intégration du traitement nutritionnel et l'éducation du patient dans le projet de soins<sup>3</sup>. La figure 6 montre cette organisation des soins.

Au sein de cette organisation, le médecin se trouve au premier niveau lorsqu'il identifie le risque nutritionnel et adresse le patient aux diététiciens ou aux médecins nutritionnistes. Il est également concerné par le troisième niveau de soins, celui qui correspond à la prise en charge par un expert<sup>4</sup>. Lors de cette prise en charge, le médecin est responsable des soins de deuxième à la cinquième étape. Cela signifie que le patient bénéficiera

- d'un diagnostic nutritionnel et d'un avis thérapeutique complémentaires ;
- d'une proposition de soins nutritionnels adaptée aux capacités fonctionnelles du tube digestif ;
- d'une organisation de la prise en charge ambulatoire des soins nutritionnels ;
- d'un suivi nutritionnel régulier en ambulatoire ou hôpital de jour<sup>5</sup>.

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

---

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

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

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

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

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 7.

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

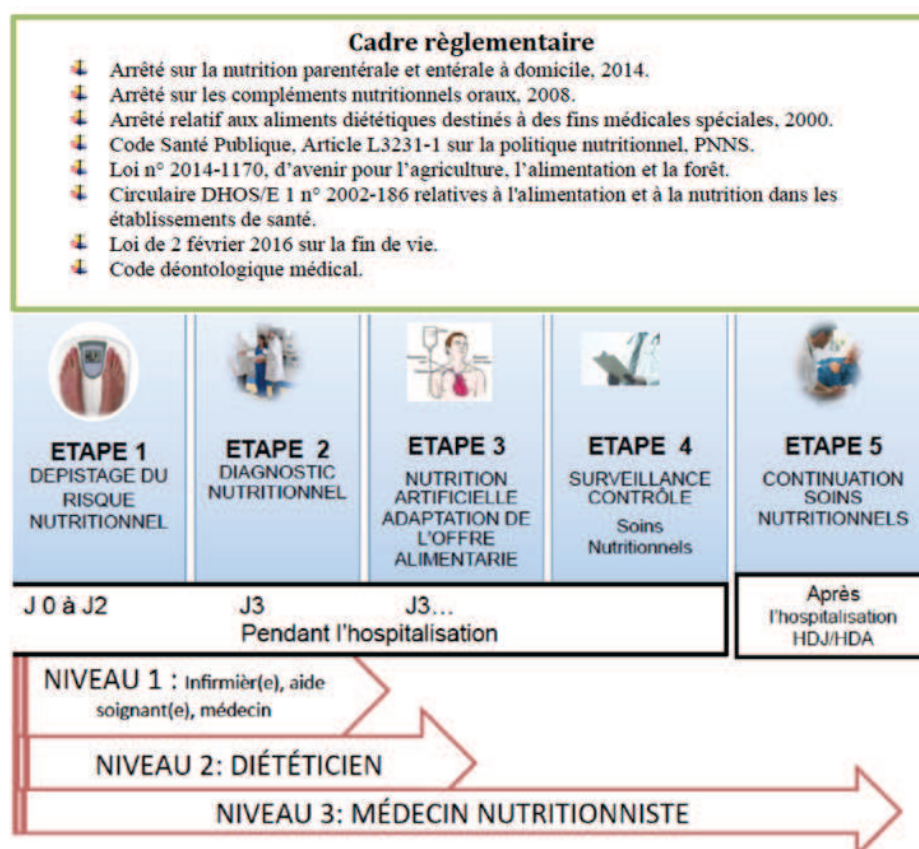
Ce cadre réglementaire vient s'ajouter à tous les textes juridiques qui concernent le droit à l'alimentation de manière implicite ou explicite (Tableau 4). Le respect de ce droit dans le cadre de la nutrition clinique, facteur décisif dans l'analyse de notre deuxième partie, doit être appréhendé, de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

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



pratiques homogènes dans le milieu hospitalier français. Le Pr. Basdevant<sup>1</sup> signale d'ailleurs, en 2013, des difficultés et des insuffisances dans l'organisation et la coordination des soins nutritionnels dans les divers établissements de soins. Les raisons évoquées sont les suivantes :

« Les insuffisances dans la coordination des soins sont liées à de nombreux facteurs. On peut citer en premier lieu un défaut de gradation des soins et un cloisonnement des intervenants d'autant plus problématiques qu'il faut gérer plusieurs pathologies gérées par différentes équipes médicales qui ne sont pas toujours en cohérence les unes avec les autres<sup>2</sup>. »



**Figure 13. Cadre réglementaire de la nutrition clinique.**

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

<sup>1</sup> A. Basdevant, *Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé, Mesures concernant la Prise en charge des maladies liées à la nutrition*, Ministère de la Santé, 2013, [http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_Basdevant\\_15\\_11\\_2013.pdf](http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Basdevant_15_11_2013.pdf). (consulté le 16 mars 2016).

<sup>2</sup> *Ibid.* p.7.

la cohérence des soins nutritionnels. A cela s'ajoute le fait que les professionnels de la santé en nutrition ne sont pas en mesure actuellement de répondre à la demande<sup>1</sup> : faible nombre de nutritionnistes, des activités de diététique non valorisées, des effectifs contraints, etc. Dans ce contexte, il est urgent de définir des stratégies et des politiques d'éducation en nutrition qui viseront à réorienter les missions et les métiers des professionnels de santé. Il s'agit, en particulier, de reprendre la formation initiale des médecins et de parvenir à la validation d'une spécialité en nutrition.

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

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

Avant d'étudier la situation actuelle de l'enseignement de la nutrition dans les écoles de médecine et la définition du métier de nutritionniste, il est nécessaire de faire un bref rappel historique afin de comprendre l'origine de cette dissociation entre médecine et nutrition dans le parcours de formation médical<sup>2</sup>.

La question de la formation des médecins en nutrition n'est pas nouvelle<sup>3</sup>. Dans l'histoire de la médecine, nous constatons que cette problématique est liée à la recherche d'un positionnement de la nutrition au sein de la pratique de la médecine. En effet, loin d'être évidente, la pertinence de la nutrition dans la thérapeutique médicale a été objet des questionnements permanents. Dans l'Antiquité, les médecins considéraient la diététique comme une partie de l'arsenal thérapeutique et avaient fait des aliments un remède contre les maladies et le déséquilibre des humeurs. Ces principes antiques restent presque intacts jusqu'au XVIIème siècle, lorsque les progrès des sciences ont confirmé le rôle de l'alimentation dans la guérison de certaines maladies et dans la

---

<sup>1</sup> *Ibid*, p. 8.

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

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

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

Par ailleurs, au XIX<sup>ème</sup> siècle, face à de nombreuses découvertes, en particulier celle des médicaments, la place de la diététique se fait de plus en plus restreinte<sup>1</sup>. Malgré les liens historiques entre la diététique et la thérapeutique depuis l'Antiquité, ceux-ci se distendent progressivement avec le progrès de la pharmacopée. Selon Apollinaire Bouchard, professeure d'hygiène à la faculté de médecine :

« comment ne pas comprendre et admirer les succès éclatant de la thérapeutique pharmacologique, lorsqu'ils s'appuient sur la découverte et l'étude des propriétés de la quinine, de la morphine, de l'atropine, de la digitaline, des iodure et bromure de potassium, du chloroforme et du chloral, etc.? Avec pareilles armes à manier, on comprend très bien l'amoindrissement progressif de la thérapeutique hygiénique<sup>2</sup>. »

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

---

<sup>1</sup> *Ibid.*

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

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

«On donnait autrefois à cet ensemble de moyens [hygiène thérapeutique] le nom de diététique, mot que l'on a attribué depuis plus particulièrement à l'hygiène alimentaire<sup>1</sup>. »

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

« Ce mot pris quelque fois comme synonyme d'abstinence est surtout employé en médecine pour désigner le régime, aussi bien chez l'homme sain que chez le malade<sup>2</sup>. »

A partir de 1890, les traités d'hygiène alimentaire regroupent le savoir médical sur l'alimentation de l'homme sain et malade<sup>3</sup>. Cependant, la question alimentaire (plus précisément l'hygiène alimentaire) est absente de l'enseignement médical.

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

Concernant la thèse, on considère que le sujet peut être un facteur déterminant dans la future vocation des étudiants en médecine. Il peut s'agir d'un mémoire récapitulatif des connaissances dans un domaine précis de la médecine ou de travaux de recherche qui font appel à l'observation et à l'expérimentation dans lesquels les hôpitaux servent souvent de terrain d'étude. Or le nombre d'étudiants traitant de la nutrition ou de l'alimentation dans un sujet de thèse de médecine est très rare. En effet, entre 1880 et 1892, celles-ci représentent moins de 1% des sujets d'études<sup>4</sup>. Cela montre bien que l'alimentation et l'hygiène alimentaire ne sont pas considérées comme des objets d'analyse pertinents pour les étudiants de médecine<sup>5</sup>.

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

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p.11.

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

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

<sup>4</sup> *Ibid.*, p.71.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p.72.

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

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

« les découvertes scientifiques nutritionnelles restaient encore celles du laboratoire. Cette science, jeune et balbutiante, n'était pas encore vulgarisée. La question de l'hygiène alimentaire restait l'apanage d'une hygiène individuelle, et le plus souvent d'une population aisée et informée. Or les questionnements des médecins-hygiénistes de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle tournaient autour des fléaux sociaux et des maladies épidémiques qui étaient beaucoup plus urgents<sup>1</sup>. »

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

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

---

<sup>1</sup> *Ibid.*

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

« Les titulaires des chaires de physiologie, de biologie, de bactériologie, ou leurs agrégés attribuent bien dans leurs enseignements une place normale à l'étude des fonctions de nutrition, à celle des aliments, à celle des microorganismes qui exercent une action au cours de la digestion. L'hygiène générale s'attache plus particulièrement à la pureté et à la protection des aliments (...) Mais toutes ces connaissances acquises successivement par l'étudiant au cours de ses études ne sont point reliées entre elles. Elles constituent des matériaux épars et non point une construction (...). Chaque professeur se place obligatoirement au point de vue de la discipline qu'il enseigne ; nul maître n'est autorisé, par la spécialisation de sa chaire, à pratiquer la synthèse qui fournirait les règles actuelles de l'alimentation rationnelle<sup>1</sup>. »

En dehors des cours de pédiatrie dont les étudiants bénéficient sous la forme de cours magistraux et de formation hospitalière, l'enseignement de l'alimentation et de la nutrition se limite à quelques cours de chimie ou de physiologie et à quelques tentatives ponctuelles d'enseignement complémentaire<sup>2</sup>. Cependant, malgré un enseignement limité, le médecin est censé être le garant d'une bonne alimentation et le prescripteur de régimes diététiques. Les soins nutritionnels reviennent aux infirmiers responsables traduire en soins les prescriptions du médecin.

On concevait alors ainsi le rôle de l'infirmerie :

« Toute infirmière soignante devrait évidemment être capable de composer puis d'exécuter le menu de son malade et de connaître les éléments de la cuisine diététique. Mais ce sont surtout les infirmières d'hygiène sociale ou visiteuses qui ont besoin d'une solide instruction théorique et pratique d'hygiène alimentaire. Elles ont à organiser et à conseiller des régimes, des achats de denrées, parfois à exécuter des préparations spéciales, pour les tuberculeux, par exemple<sup>3</sup>. »

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

---

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

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

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

enseignement assuré initialement par les infirmières. Dans ce cadre, le médecin est le responsable de la prescription des régimes pour les malades, mais seule la diététicienne<sup>1</sup> est capable d'établir précisément ces régimes. Elle élabore les menus spécifiques que les cuisiniers doivent mettre en forme. Malheureusement, la faible formation théorique et pratique des médecins dans le domaine de la nutrition ne s'est pas améliorée au XX<sup>ème</sup> siècle.

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

«there is an urgent need to define the responsibilities and challenges of medical schools in the teaching of nutrition. Modern research has shown the importance of nutritional factors in the pathogenesis and therapy of disease and the importance of nutrition in conditions of physiologic stress, i.e., in growth, pregnancy, and lactation<sup>2</sup>.»

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

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

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

---

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

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

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

La même année, les enseignants de nutrition se sont rassemblés dans le Collège des Enseignants de Nutrition (CEN). Cet organisme a pour objectif de promouvoir l'enseignement de la nutrition dans les facultés de médecine. Il définit les objectifs pédagogiques dès les premiers, deuxième et troisième cycles et se constitue comme une force de proposition auprès des instances nationales<sup>2</sup>. Le CEN distingue trois niveaux de formation initiale en nutrition pour les médecins :

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

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

---

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

<sup>2</sup> <http://www.lewebducen.fr/>



vraisemblable que l'importance de l'enseignement de la nutrition soit extrêmement variable en fonction des centres d'intérêt des enseignants de la discipline et de leur sensibilisation aux questions de nutrition<sup>1</sup>. En outre, la nutrition n'est toujours pas reconnue comme une spécialité d'exercice mais uniquement comme une formation complémentaire ou sous-spécialité (formation par DESC)<sup>2</sup>. Nous avons alors cherché à connaître la situation à l'étranger.

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

Diverses études montrent que l'enseignement de la nutrition dans les écoles de médecine est également insuffisant à l'étranger. Aux Etats Unis, depuis l'an 2000 et tous les 4 ans, l'état de l'éducation des 133 écoles de médecine accréditées a été évalué<sup>3</sup>. Le tableau 10 montre la quantité des heures d'enseignement dans les écoles de médecine de l'an 2000 au 2012. Le tableau 11 montre la répartition des heures dans les différentes disciplines.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'enquête a été menée par l'équipe de « *Nutrition in Medicine* » de l'université du Caroline du Nord<sup>1</sup>. Les chercheurs ont contacté par courriel 133 écoles qui ont répondu à un sondage en ligne concernant les heures d'enseignement en nutrition, leur répartition à travers le programme de médecine et leur inclusion au sein de différentes disciplines spécifiques. Un total de 121 (91%) écoles ont répondu. La plupart des écoles (86/121, 71%) ne parviennent pas à fournir le minimum de 25 heures d'enseignement en nutrition recommandé par l'Académie National de Sciences (*National Academy of Sciences*) dans le cadre du rapport *Nutrition Education in U.S. Medical Schools*<sup>2</sup>. Dans cette enquête, 43 (36%) écoles fournissent moins de la moitié du minimum recommandé. La majorité de l'enseignement se limite à des cours précliniques, avec une moyenne de 14,3 heures. Au total, l'enquête montre que le nombre d'écoles de médecine avec un enseignement minimum en nutrition a progressivement diminué depuis l'enquête de 2000.

Il est nécessaire de souligner que cette enquête fait partie du programme *Nutrition in Médecine (NIM)*. Le programme NIM est largement utilisé aux États-Unis et à l'étranger. Ce programme consiste en un ensemble des cours en ligne, disponibles gratuitement pour les écoles de médecine. Il a été créé afin de développer l'enseignement en nutrition pour les étudiants en médecine et ainsi favoriser un meilleur développement de la pratique de cette discipline dans la médecine. Depuis 2010, le NIM propose également une formation pour les médecins spécialistes<sup>3</sup>.

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

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

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

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

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

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

<sup>a</sup>All values are mean ± s.d.

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

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

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

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

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

#### **1.4 L'attitude et les compétences des médecins en nutrition**

Les attitudes et les compétences des médecins en nutrition ont souvent été questionnées en France et à l'étranger. Aux Etats-Unis une étude a indiqué que les connaissances du médecin en nutrition peuvent même, sur certains thèmes, être inférieures à celle du patient<sup>1</sup>.

En France, une enquête réalisée en 2007 auprès des patients obèses<sup>2</sup> a relevé que les patients estiment, dans près de la moitié des cas, que le généraliste rencontré n'était pas correctement formé pour les suivre à la fois sur le plan technique et sur le plan humain. La moitié des patients obèses ont rencontré des problèmes relationnels et plus du tiers des problèmes techniques lors des hospitalisations. Au-delà des aspects techniques concernant notamment les informations sur les différents traitements disponibles (notamment pour l'obésité massive) et la disposition d'un matériel adapté, cette enquête montre qu'il existe une demande très importante (touchant 80 % des patients obèses) pour que l'aspect psychologique soit abordé et mieux pris en compte<sup>3</sup>.

---

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

<sup>2</sup> Association le pulpeclub, [www.pulpeclub.com](http://www.pulpeclub.com).

<sup>3</sup> A. Martin, « La formation à la nutrition des professionnels », *Rapport au Ministre de la santé*, Avril 2009 [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_A\\_Martin\\_formation\\_nutrition.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_A_Martin_formation_nutrition.pdf)

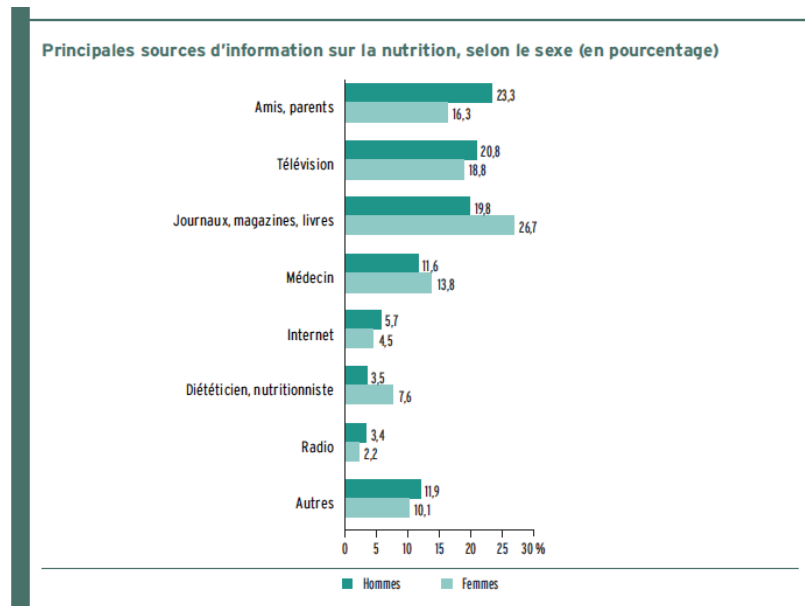
Le Baromètre nutrition santé de l'INPES<sup>1</sup> de 2008 montre que le corps médical et les diététiciens ne représentent que la 4<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> source d'information nutritionnelle, après les médias écrits, audiovisuels, internet, les parents et les amis. L'enquête montre que, globalement,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

Cela ne va pas sans poser des difficultés car ces autres sources d'information ne sont pas toujours fiables dans la mesure où elles transmettent des messages souvent erronés et contradictoires et qui sont parfois liés à des intérêts exclusivement commerciaux. Les médecins et les autres professionnels de la santé sont considérés comme des sources plus fiables d'information et comme de puissants modèles pour opter pour des habitudes de vie saines<sup>2</sup>. En effet, cette même enquête montre que 67% des personnes interrogées ont consulté leur médecin dans les trois mois qui ont précédé l'enquête. Parmi ces personnes, 24,9 % d'entre elles ont parlé à leur médecin de leur alimentation. Ces consultations sont liées au fait de suivre un régime, que ce soit pour maigrir ou pour une raison de santé. La proportion de personnes ayant parlé de leur alimentation durant ces consultations est restée stable depuis 1996. Dans ce contexte, le médecin doit être préparé avec un niveau de compétence suffisant à répondre aux interrogations des patients concernant l'alimentation, le dépistage et la prise en charge des pathologies liées à la nutrition, l'éducation et la prévention nutritionnelle.

---

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

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



**Figure 14. Principales sources d'information sur la nutrition, selon le sexe<sup>1</sup>.**

Cependant, plusieurs études montrent que dans l'ensemble les médecins sont d'accord sur l'importance de la nutrition dans leur pratique médicale, mais qu'ils ne se sentent pas à l'aise ni bien préparés pour fournir des conseils en nutrition à leurs patients. Ainsi, pratiquement toutes les études publiées à propos du rôle des médecins dans la nutrition ont indiqué que si les médecins de soins primaires se sentent concernés, ils ne fournissent pas de manière généralisée des conseils de nutrition à leurs patients<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> *Ibid.*

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

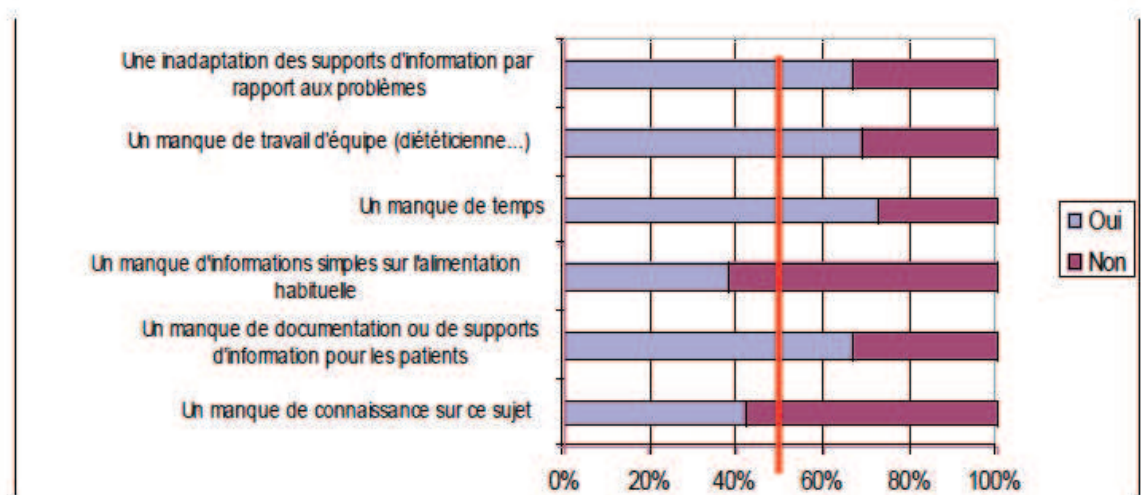
En France, en 2006, une enquête d'opinion sur 1500 médecins généralistes a été réalisée pour mieux comprendre les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes concernant la nutrition. Il faut noter que seulement 21 % des enquêtés ont été suivies de réponses, soit trois cents médecins ont répondu. Les principaux résultats de l'enquête à retenir sont les suivants<sup>1</sup> :

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

---

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

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



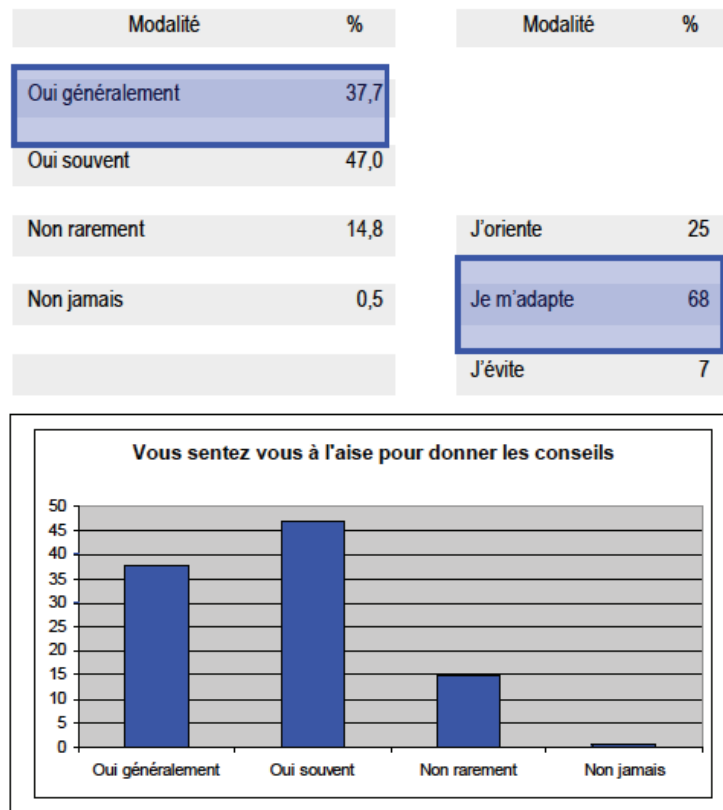
**Figure 15. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes sur les questions de nutrition**

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

« le caractère absolument pas scientifique du sujet. Il y a que des opinions et peu de connaissances. Trop de discours politiquement corrects. Multiples sources d'information parfois divergentes dans leur contenu. Sources très variées dont les bases scientifiques sont sujettes à caution, ou pas logiques, la documentations sur l'industrie alimentaire est trop orientée sur ses produits<sup>1</sup>.»

<sup>1</sup> *Ibid.*





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

Afin d'évaluer la pertinence du PNNS et de mieux cerner l'adéquation des recommandations gouvernementales avec la pratique en soins primaires, des travaux réalisés dans différentes régions françaises montrent de manière générale que les médecins se sentent concernés, mais peu d'entre eux sont formés en nutrition, ce qui les conduit à mettre en œuvre des pratiques très variées en matière d'éducation nutritionnelle. Dans l'étude menée en Rhône-Alpes<sup>1</sup> près de 3/4 des médecins déclarent que leur rôle en matière d'éducation nutritionnelle est de donner des conseils personnalisés, même en l'absence de demande du patient. Cependant, seule la moitié d'entre eux a connaissance des recommandations du PNNS et des guides "la santé vient en mangeant" envoyés à tous les médecins. Les chercheurs ont constaté que les plus informés sont les médecins installés en zone urbaine, les femmes et les moins de 45 ans. Cette étude a identifié quatre types de pratiques :

<sup>1</sup> Gruaz D., Fontaine D. *Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rh.-Alpes*. Lyon : ORS Rhone-Alpes, 2004, 51. [http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Nutrition\\_2004.pdf](http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Nutrition_2004.pdf) (consulté le 15 mars 2016).

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

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

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

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

L'étude réalisée en région parisienne montre que des conseils nutritionnels sont donnés dans 42,4% des consultations<sup>1</sup>. Les conseils concernent principalement le domaine diététique (90,2%) et ils sont donnés oralement (80,5%) et à l'initiative du médecin (81,6%). Autrement dit, collaborer avec d'autres professionnels de la santé à des fins nutritionnelles est extrêmement rare (5,4%). Des conseils nutritionnels sont également donnés en particulier pour la prévention secondaire, pour les patients âgés de 40 ans ou plus, souffrant d'obésité et avec une ou plusieurs maladies chroniques. Notons que les médecins les plus enclins à délivrer ces conseils sont âgés de 45 ans et plus, avec une pratique de convention d'honoraires et une pratique spécifique dans un domaine de la médecine. Cela dit, dans le cas où des conseils nutritionnels sont donnés, la consultation ne dure qu'une minute de plus en moyenne.

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

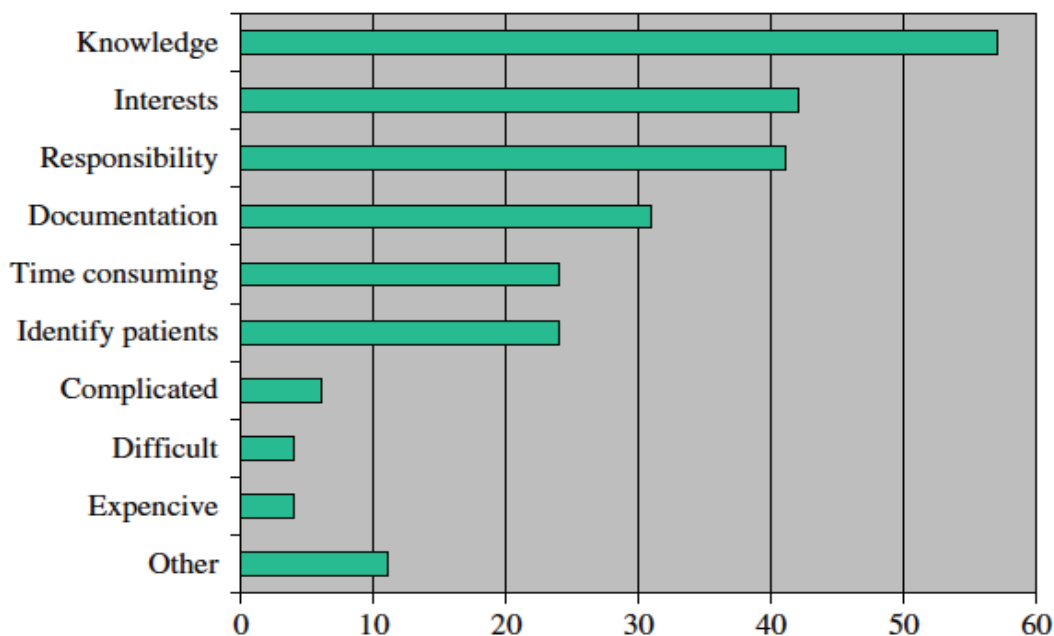
---

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

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

dans la pratique médicale.

Une autre étude a évalué la pratique de la nutrition en 2006 chez 4512 médecins et infirmiers du Danemark, Norvège et Suède<sup>1</sup>. La principale raison de l'insuffisante pratique nutritionnelle est le manque de connaissance en nutrition. (Figure 17). Les 73 % des personnels médicaux consultés reconnaissent l'importance de la dénutrition, mais d'autres données sont plus préoccupantes : 25% ont trouvé qu'il est difficile d'identifier les patients ayant besoin d'une thérapie nutritionnelle, 39 % manquaient de techniques pour identifier les patients souffrant de malnutrition, 53 % ont trouvé qu'il est difficile de calculer le besoin en énergie des patients et 66 % ne connaissant pas des lignes directrices nationales pour la nutrition clinique. Point culminant, seuls 28% des enquêtés, considèrent que la pratique insuffisante de la nutrition peut conduire à des complications et à une hospitalisation prolongée.



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

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

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

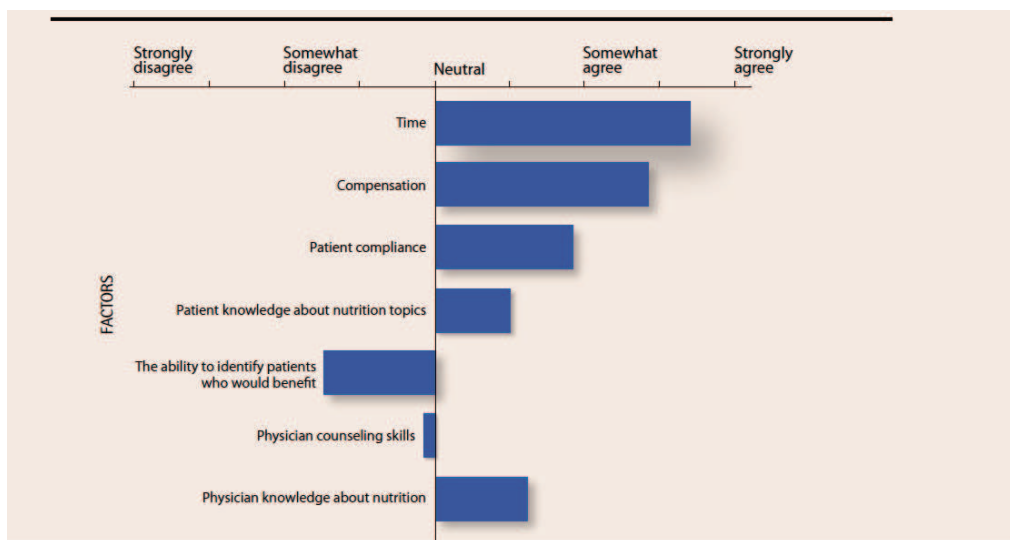
**Tableau 8. Attitude des médecins de soins primaires dans le domaine de la nutrition.**

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

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

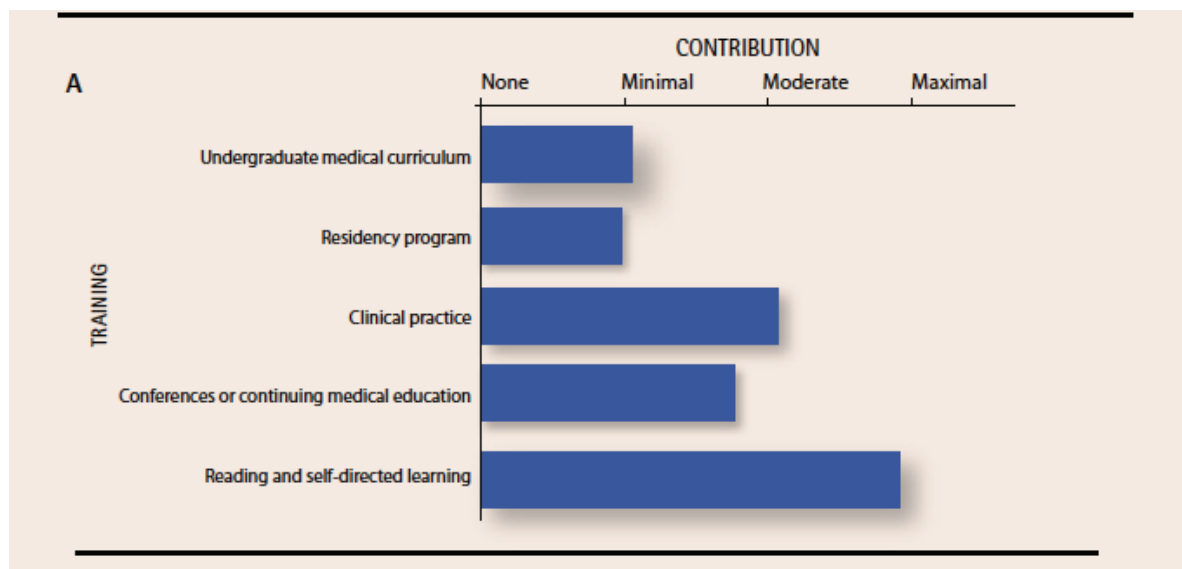
En ce qui concerne les obstacles pour la pratique des conseils en nutrition, cette étude a identifié, par ordre d'importance, le manque de formation, le manque de temps et de rémunération, le recours insuffisant dans les services de diététique et l'absence d'interventions fondées sur des preuves. Il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

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



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

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



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

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

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

En 2010, nous avons réalisé une étude en Colombie auprès des étudiants de médecine de la quatrième à la sixième année de l'Ecole Colombienne de Médecine et des internes de première année de l'internat de médecine et chirurgie<sup>3</sup>. L'objectif était d'évaluer les connaissances en nutrition des étudiants de médecine et leur attitude sur ce sujet. Nous avons réalisé une évaluation avec 30 questions fondées sur l'étude de ML.Vetter.<sup>4</sup> Un total de 338 élèves a participé (88%). L'étude a montré que les élèves ont une attitude favorable à l'égard de la nutrition, mais il y a des lacunes dans les connaissances. Le nombre moyen de réponses correctes était de 53%.

---

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

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

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

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

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

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

« Pour voir un changement dans la proportion de médecins qui donnent des conseils en nutrition, on doit avoir les éléments suivants : les médecins, résidents et étudiants en médecine, doivent d'être éduqués à la nutrition; les ressources doivent être actualisées; la rémunération pour des conseils sur la nutrition doit être améliorée; et des changements organisationnels doivent être faits pour permettre aux médecins de fournir des messages brefs sur la nutrition fondées sur des preuves, avec le soutien des infirmières, des diététiciennes et d'autres au cabinet ou en dehors<sup>1</sup>.»

Ainsi, nous constatons que dans la pratique médicale en soins primaires<sup>2</sup>, malgré la perception positive des médecins à l'égard de la nutrition, le médecin en général n'est pas préparé pour affronter cette problématique.

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

« L'ampleur inacceptable du phénomène de la dénutrition parmi les personnes hospitalisées en Europe (...) et rappelle que la dénutrition chez les personnes hospitalisées entraîne un allongement de la durée d'hospitalisation, un rétablissement plus long, une dégradation de la qualité de vie et des surcoûts<sup>3</sup>. »

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

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

---

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

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

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

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

iii. Des chaires de nutrition clinique doivent être créées.

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

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

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

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

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

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

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

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

xii. Il faut étendre la coopération entre les associations de nutrition clinique des différents pays<sup>1</sup>.»

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

---

<sup>1</sup> *Ibid.*



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

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

« La présence de ressources humaines adéquates pour assurer, dans le domaine de la nutrition, des interventions inspirées de bases factuelles, y compris des conseils et des soins<sup>1</sup>. »

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

« La formation de tous les professionnels de la santé (y compris les médecins, les infirmières, dentistes et nutritionnistes) devrait inclure l'alimentation, la nutrition et l'activité physique comme déterminants de la santé médicale et dentaire... Il y a un besoin urgent de développer et de renforcer les structures existantes et les programmes de formation pour mettre en œuvre ces actions avec succès<sup>3</sup>. »

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

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 9.

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

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

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

---

## CHAPITRE 2. Les conséquences d'une formation insuffisante de médecins en nutrition

---

### 2.1 La compétence en nutrition : plus qu'une qualité technique, une notion morale.

L'intérêt de l'éducation et de la formation dans le questionnement éthique a été souligné par P. Ricœur :

« Les jugements proférés à cette occasion exemplifient une sagesse pratique d'une nature plus ou moins intuitive résultant de l'enseignement et de l'exercice<sup>1</sup>. ».

L'enseignement façonne le jugement et la décision médicale. En tenant compte de notre analyse initiale sur la formation, l'attitude et la pratique de la nutrition des médecins, mais aussi de notre expérience comme médecin, nous pouvons conclure que la pratique de la nutrition aujourd'hui est le fait de médecins qui :

1. Identifient la nutrition comme un thème important mais ne se sentent pas toujours concernés.
2. Ne reconnaissent pas facilement les problématiques nutritionnelles des patients.
3. Ne pensent pas à adresser les patients aux confrères compétents en nutrition.

En effet, n'étant pas formé pour reconnaître ni aborder les problématiques propres à la nutrition, le médecin les rend du coup invisible, augmentant ainsi la vulnérabilité des patients. Cette vulnérabilité renforcée par les médecins va s'ajouter à la vulnérabilité induite par la pathologie de la dénutrition, qui se caractérise par l'atteinte multi-organique et l'impact psychique et social de cet état. C'est ce que nous avons appelé la double vulnérabilité particulière du patient dénutri<sup>2</sup>. Les conséquences pour les patients, au-delà des effets biologiques et cliniques démontrés (risques d'augmenter la mobilité, la mortalité, les coûts de dépense de santé et la détérioration de la qualité de vie des

---

<sup>1</sup> P. Ricœur, « Les trois niveaux du jugement médical », *op.cit.*, p. 227.

<sup>2</sup> Nous avons déjà analysé ce point dans la deuxième partie.

patients), compromettent l'engagement moral qu'implique le « pacte de soins » qui est fondé sur la confiance mutuelle et la confidentialité. Pour ces raisons, il est à présent pertinent d'interroger les conséquences de l'absence de formation des médecins en nutrition au premier niveau du jugement médical appelé « niveau prudentiel ».

Le médecin a un devoir de compétence. Selon l'article 11 du Code de Déontologie Médicale :

« Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu<sup>1</sup>. »

Cela implique, pour le médecin, un exercice de sa profession conforme aux données acquises de la science. Cela suppose également un savoir aussi large que possible et une bonne adaptation à l'exercice de l'activité médicale<sup>2</sup>. Le médecin a ainsi l'obligation de s'informer des progrès nécessaires à sa pratique. La complexité croissante et l'avancée rapide de la recherche médicale fait de cette obligation un impératif de plus en plus difficile et exigeant. Pour cela, le médecin doit toujours être conscient de ses limites et de ses lacunes et doit recourir aux confrères si nécessaire. Le médecin est également dans l'obligation de structurer sa décision par une réflexion et une analyse méthodique en tenant compte, selon le code de déontologie,<sup>3</sup> de :

- « La connaissance scientifique, qui repose sur des critères précis de vérification permettant une objectivité des résultats.
- L'enseignement de ces connaissances scientifiques se fait lors des études et font l'objet de contrôles, de thèses, de travaux qui forgent nos certitudes.
- Le développement professionnel continu (DPC) se veut être l'accompagnement dynamique de toute vie professionnelle alliant en permanence formation, évaluation et collégialité.
- Les référentiels, protocoles, recommandations, sont des guides évolutifs de bonnes pratiques confortant à tout moment ses certitudes.

---

<sup>1</sup> Article R.4127-11 du CSP.

<sup>2</sup> <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-11-formation-continue-235>

<sup>3</sup> Article 32 (article R.4127-32 du CSP): « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »

Article 33 (article R.4127-33 du CSP): « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. »

- La collégialité est un facteur indispensable de la prise de décision car ce « choc » des pensées est un moyen objectif de conforter et d'enrichir ses certitudes (...) en toute confraternité.
- Le contexte sociétal est indissociable de ses prises de décision car ce contexte prend certes en compte l'individu, mais au cœur d'un projet de société animé par une politique de santé qui se doit d'exister dans tout état démocratique.
- Le patient, sa conscience, son *habitus*, son contexte familial et professionnel restent l'ultime facteur de ses décisions médicales dans l'intimité de la rencontre de la conscience du soignant et de la conscience du patient<sup>1</sup>. »

Cependant, le médecin est confronté à une double difficulté : l'insuffisance de sa formation initiale théorique et pratique et le défaut de reconnaissance de nutrition comme spécialité.

Malgré un cadre politique en matière de santé et des obligations de connaissance, force est de constater que les médecins en générale, ne sont pas attentifs aux inquiétudes et aux interrogations du patient. Parmi ces derniers, on cite en priorité les suivantes : Quel est mon régime ? Puis-je manger ? Quelle sera mon alimentation lors de mon hospitalisation ? Aurai-je faim ? Si je ne mange pas, comment je pourrais être nourri ?

A ce sujet, l'éthique du *care* nous a permis d'identifier les dispositions morales, dont la compétence<sup>2</sup> qui sont nécessaires pour réaliser un bon soins nutritionnel. Nous avons montré dans la deuxième partie comment les soins nutritionnels peuvent s'intégrer aux quatre étapes du *care* définis par Tronto. (Voir figure 6). Les éléments de l'éthique du *care* comme l'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse sont essentiels pour délivrer des soins nutritionnels adéquats. En effet, parmi ces étapes, la troisième étape, le *care giving* exige un élément décisif : la compétence. Selon J. Tronto :

---

<sup>1</sup> X. Deau, « Décision conjoncturelle et décision médicale, Structure de la décision », dans *L'indépendance de la décision médicale*, M. BIENCOURT, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 19 juin 2010, p. 7.

<sup>2</sup> La notion de compétence dans le domaine professionnel se réfère a trois savoirs, « savoir » ou ce que je sais, j'ai connus, j'ai appris, « savoir –faire » ce que je suis capable de faire et « savoir être » ce que je suis ou je ne suis pas. D'après Rémi Gagnayr et Jean-François d'Ivernois la compétence va au delà de ces savoirs et ils donnent une définition s'appuient sur trois notions<sup>2</sup>. La première se réfère a que la compétence est proche d'un système intégré de savoirs au sens large (savoir, savoir-faire, savoir-être,), la deuxième considère que la compétence permet d'aboutir à une performance, (sa part observable ou mesurable) et cela dans plusieurs contextes ou situations professionnels et troisième une compétence nécessite que le professionnel soit en mesure de mener une activité réflexive au cours même de sa réalisation.

« s'assurer que le travail du soin est accompli avec compétence doit être un aspect moral du *care*, si l'adéquation de la sollicitude accordée doit être la mesure de la réussite de cet acte<sup>1</sup>. »

Cela implique que pour assurer un bon *care* nutritionnel, il est nécessaire d'intégrer le médecin aux soins nutritionnels en tenant compte de ses compétences et non de sa seule bonne volonté. Ainsi, la compétence relève de la vertu. Cette approche relative à l'éthique des vertus qui fait porter l'accent sur les dispositions morales à acquérir pour bien agir, intègre comme toute éthique de la responsabilité, une attention aux conséquences de ses actions. Elle est donc également conséquentialiste. Avoir l'intention de répondre aux besoins nutritionnels du patient ou prendre conscience de la responsabilité de nourrir les malades mais sans y parvenir réellement, ne suffit pas pour délivrer des soins nutritionnels de qualité. Dans ce domaine particulier de la nutrition clinique, il est évident que la disponibilité des ressources comme les produits de NP, NE, est indispensable pour mener un soin nutritionnel adapté et de qualité, mais il est également nécessaire de mener les soins avec compétence. De ce fait, serait-il possible de considérer le médecin comme moralement responsable de cette incompétence ?

Les institutions qui ont chargé ce médecin d'effectuer des soins nutritionnels ont bel et bien pris en compte le problème, mais sans s'assurer que le *care* nutritionnel (répondre aux besoins nutritionnels par une prise en charge spécifique pour prévenir et traiter la malnutrition) soit véritablement réalisé. Cette situation correspond à la réalité actuelle. Les autorités et les institutions de santé, tout en se souciant de l'ampleur de cette problématique, continuent à demander aux médecins d'assumer cette responsabilité sans que leur compétence soit totalement acquise. Par exemple, le PNNS mis en place par le ministère de la santé et qui vise à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition, ne prévoit pas d'amélioration relative à la formation des médecins. En outre, la nutrition artificielle reste une prescription médicale dans le système des soins, sans que cela soit véritablement une compétence entrant dans la formation des médecins. L'adhésion des médecins à l'éthique professionnelle ne résout en rien leur incompétence en nutrition. La responsabilité est toutefois partagée car les professionnels, les institutions de santé et d'éducation doivent également intégrer la nutrition au sein de l'enseignement de la médecine. Ainsi, un médecin compétent en nutrition doit mobiliser et organiser les différents savoirs selon les différents contextes et les situations.

---

<sup>1</sup> J. Tronto, *Un monde vulnérable*, op.cit., p.180.

## 2.2 Conséquences éthiques de la formation insuffisante de médecins en égard aux principes de bioéthique

Le principe de l'autonomie

D'origine kantienne, ce principe consiste à reconnaître en chacun une dimension de sujet libre capable de juger et de se déterminer par lui-même, d'après les lois de sa propre raison, qu'a une valeur universelle. Il s'agit d'après l'impératif kantien, de toujours traiter l'humanité en sa personne et en celle d'autrui, toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen. Si l'on tient compte de son étymologie (du grec *autos* « auto » et *nomos* « règle ») ce principe désigne la capacité de se fixer ses propres lois<sup>1</sup>. Or on considère que le sens donné à cette notion est large mais que :

« *Virtually all theories of autonomy view two conditions as essential for autonomy : liberty (independence from controlling influences) and agency (capacity for intentional action).* <sup>2</sup>.

« Pratiquement toutes les théories de l'autonomie considèrent deux conditions comme essentielles pour l'autonomie : la liberté (indépendance par rapport à des influences sous contrôle) et agentivité (capacité de faire une action intentionnelle). »

Dans le domaine de l'éthique médicale, la notion d'autonomie joue un rôle primordial même si elle n'est pas toujours un point de départ et qu'il importe de la reconfigurer<sup>3</sup>. Ce principe se réfère au devoir du soignant de respecter le libre choix du malade. Cela exige pour tout acte médical ayant des conséquences sur autrui, de respecter le consentement éclairé. Celui-ci est défini selon Beauchamp et Childress comme suit :

« Un consentement éclairé est l'autorisation autonome d'un individu qui accepte une intervention médicale ou qui accepte de participer à la recherche<sup>4</sup>. »

Ce consentement se constitue comme devoir pour les médecins. Selon le code déontologique, dans l'article 36 on lit :

---

<sup>1</sup> TL. Beauchamp, JF. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*. op.cit., p. 99.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 100.

<sup>3</sup> C. Pelluchon, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, op.cit., p.25.

<sup>4</sup> TL Beauchamp, JF Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, op.cit., p.119.

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité<sup>1</sup>. »

Ainsi, le respect du principe d'autonomie exige un devoir d'information qui doit aussi être compris par le patient. En effet, l'information du patient est la condition préalable de son consentement,

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé<sup>2</sup>. »

Cette notion d'autonomie dans ce contexte protège et encourage le droit de savoir parce que l'autonomie du sujet n'est possible et ne devient progressivement effective qu'au moyen d'une connaissance venant éclairer la volonté et la liberté. Ainsi, l'autonomie est considérée davantage comme un point d'arrivée qu'un point de départ<sup>3</sup>. C'est pourquoi, le médecin a le devoir de créer les conditions nécessaires pour que le patient soit pleinement en mesure de prendre la décision ce qui implique un dialogue permettant au patient de comprendre les informations.

Or, dans le cadre de la pratique de la médecine actuelle, le respect de ce principe est compromis lorsque le médecin n'est pas capable d'identifier et, en conséquence, de traiter pleinement les problématiques nutritionnelles. Dès lors, le médecin ne pourrait informer correctement le patient et offrir les conditions pour que le patient donne son consentement en toute connaissance de cause.

Prenons l'exemple du cas numéro un traité dans la deuxième partie. Il s'agit de monsieur Dn, âgé de 71 ans qui a été admis à l'hôpital pour la première fois pour une broncho-pneumonie gauche d'aspiration. Il présentait un risque de dénutrition en raison de la perte de 8 kg de son poids corporel en raison de symptômes digestifs. La semaine précédente à l'hospitalisation, le patient était incapable de manger des aliments solides. Lors de son admission à l'hôpital, son IMC n'indiquait pas de maigreur. D'une manière générale, le médecin fait le diagnostic de broncho-pneumonie gauche d'aspiration et propose alors au patient un traitement antibiotique adapté. Le patient doit alors donner

---

<sup>1</sup> Consentement éclairé du patient, article R.4127-36 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> L'article L.1111-4 du code de la santé publique précise à cet égard.

<sup>3</sup> C. Pelluchon, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, op.cit., p.31.



son consentement à ce traitement. Ce qu'il ignore, toutefois, c'est que le médecin aurait pu réaliser un tamisage nutritionnel et identifier le risque nutritionnel, ce qui le conduit à proposer une deuxième intervention par suppléments alimentaires et l'adaptation de la consistance des aliments si des troubles de la déglutition sont détectés. Dans ce contexte, le patient aurait pu décider de son alimentation en connaissant toutes les informations. Si le médecin est attentif aux problèmes nutritionnels, il aurait pu également demander l'avis d'un nutritionniste ou d'une diététicienne pour proposer le diagnostic et le traitement nutritionnel adapté. En effet, faire appel au concours d'un confrère fait partie de la responsabilité médicale et du soin intégré. Or, pour que le médecin soit sensible et attentif à la problématique nutritionnelle, il est nécessaire qu'il puisse acquérir ces compétences au cours de sa formation initiale à la nutrition. Il y a aussi une autre difficulté. En effet, le médecin souhaite adresser les patients aux confrères capables d'assumer ce problème, il rencontre une difficulté car le nombre de professionnels est limité en raison de la non-reconnaissance de la nutrition comme une véritable spécialité. Ainsi, le principe de bienfaisance n'est pas non plus respecté. Comme nous l'avons déjà analysé dans la deuxième partie, les effets bénéfiques des soins nutritionnels sur l'évolution de la maladie ont été largement démontrés. (Voir tableau 3). L'absence des soins nutritionnels mettent alors en jeu le non-respect de ce principe de bienfaisance.

Le principe de non-malfaisance peut également être négligé. Ce principe implique pour le médecin, de ne pas nuire intentionnellement à son patient (*primum non nocere*) ou d'utiliser ses compétences pour éviter un préjudice à quelqu'un. Il implique l'obligation de ne pas tuer, de ne pas causer de douleur ou de souffrance, de ne pas priver les autres des bonnes choses de la vie<sup>1</sup>. Ce principe qui est important dans les questions d'arrêt ou de limitation des traitements et d'aide active à mourir, doit aussi être respecté lorsque nous recommandons un certain type d'intervention nutritionnelle. L'obligation de non-malfaisance implique non seulement de ne pas nuire intentionnellement mais aussi de ne pas imposer le risque d'un mal futur. Rappelons que les indications pour la NE et la NP sont strictes en raison des nombreuses complications possibles. Dans le cas de l'épidémie de l'obésité de nombreux médecins généralistes aujourd'hui ne sont pas suffisamment informés des raisons pour lesquelles les personnes souffrant d'obésité luttent pour atteindre et maintenir la perte de poids. Cette faible

---

<sup>1</sup> TL. Beauchamp, JF. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, op.cit., p.153.

sensibilisation à ce problème, est un obstacle à des interventions efficaces et elle favorise fréquemment des interventions nuisibles comme des régimes non équilibrés ou la délivrance de compléments potentiellement dangereux.

Cette situation met du même coup en jeu le principe de justice et notamment deux sens précis de la justice : une première signification collective et économique (équité) qui tient compte de la distribution des ressources et qui a pour but d'optimiser les rapports coûts /bénéfices des soins. Cette signification renvoie à la dimension sociale de l'homme et permet de mettre en évidence le fait qu'un médecin non formé en nutrition augmentera les dépenses des soins. En effet, comme nous l'avons analysé dans la deuxième partie, les soins nutritionnels permettent, dans de nombreux cas, de faire des économies. Une deuxième signification de la justice au sens individuel<sup>1</sup> du terme implique de répondre au sentiment d'injustice vécu dans la maladie et la nécessité de répondre par la reconnaissance de l'autonomie du patient, le devoir de bienfaisance et le souci de non-malfaisance. Ainsi sera juste la décision qui sera parvenue à intégrer en elle ces trois principes éthiques. Un médecin intégrant les connaissances relatives à la nutrition dans son exercice de la médecine, pourrait faire participer le patient aux décisions concernant son alimentation. Ainsi, les compétences et les connaissances sur la nutrition s'avèrent nécessaires pour bien informer le patient et le faire participer au processus de décision. Un médecin formé en nutrition pourrait donc réfléchir au bénéfice possible en termes cliniques et de qualité de vie des soins nutritionnels. Il pourrait aussi éviter d'exposer le malade aux risques qu'implique la malnutrition.

Par conséquent, l'exclusion de la nutrition des soins des patients, conduit à une médecine fragilisée. Celle-ci se définit comme une médecine qui ne trouve pas de cohérence entre le devoir de compétence, le devoir de prendre en charge les problèmes les plus fréquents et les exigences de santé publique en nutrition. Les institutions d'éducation ont toutefois un rôle primordial à jouer pour mettre fin à cette incohérence. Avant d'analyser le rôle concret des institutions d'éducation, nous voulons montrer comment une médecine ainsi fragilisée par la méfiance vis-à-vis des institutions est l'un des facteurs principaux expliquant des dérives de certaines thérapies alternatives.

---

<sup>1</sup> P. Le Coz, *Petit traité de la décision médicale*, Paris, Seuil, 2007, p. 53.

### 2.3 Les risques de thérapies complémentaires et les dérives sectaires

Une médecine qui conçoit la maladie sans prendre en considération ses déterminants nutritionnels est une médecine fragilisée. Une telle fragilité est aggravée par l'insuffisance de formation adéquate en nutrition. Précisons ce qu'il faut entendre par la notion de « médecine fragilisée ».

Il s'agit d'une médecine qui ne considère pas le malade dans son intégrité. Considérer le patient dans son intégrité signifie aborder la personne dans son ensemble ou de manière holistique (du grec *holes*, « tout entier ») en tenant compte de la dimension psychologique, morale et sociale (ses raisons, ses valeurs, ses convictions, ses désirs, ses motifs et ses choix) en plus de la dimension physique (son corps). La nutrition et l'alimentation sont indissociables de la notion de vie et s'intègrent à l'homme par ses aspects affectifs et symboliques ainsi que par ses liens avec la santé et la maladie. Elles appartiennent aussi à l'identité sociale et culturelle de la personne et ne peuvent pas être considérées comme de simples facteurs externes.

Se préoccuper de l'alimentation et des problèmes nutritionnels encourage une approche intégrale du malade et cela est également vrai lorsqu'il s'agit d'un malade à l'hôpital. Par exemple, il est fréquent que les patients hospitalisés restent des heures à jeûner (*Nil per sos*) pour des indications médicales (attente d'examens ou d'une intervention). Ces périodes de jeûne souvent excessifs sont source non seulement de déficit de nutriments et de malnutrition, mais aussi de souffrance et d'angoisse. Or ces difficultés peuvent disparaître si le médecin est attentif à l'alimentation de ses malades. Le patient bien alimenté à l'hôpital sera un patient reconnaissant du traitement intégral et enclin à le suivre. L'exclusion de la nutrition de la formation des médecins participe donc à une certaine « deshumanisation » de la médecine. La médecine est alors fragilisée. Celle-ci est vécue par le patient comme une atteinte à sa dignité et cette situation conduit à rechercher des solutions alternatives ou des « médecines » qui comblent ces besoins d'attention et de considération, notamment sur des questions de nutrition. Ainsi, cette fragilisation de la médecine a par conséquent responsable de dérives dans le cas de pratiques définies comme médecines douces, naturelles,<sup>1</sup> non conventionnelles, ou « thérapies complémentaires »<sup>2</sup>. La concurrence entre ces

---

<sup>1</sup> Médecines alternatives et complémentaires, chez les Anglo-saxons.

<sup>2</sup> Il existe 17 catégories de thérapies complémentaires et la mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires dénombre 400 pratiques "à visée thérapeutique" (dont la plupart ne méritent évidemment pas l'appellation de thérapie complémentaire). Seules l'acupuncture et

thérapies complémentaires et la médecine allopathique, (scientifiquement vérifiable) n'est pas récente<sup>1</sup>, et la possibilité actuelle de ces doubles soins remonte au XIX<sup>e</sup> siècle. Le recours à des thérapies complémentaires ne cesse pas d'augmenter. En effet, elles sont plus populaires actuellement que dans les 50 dernières années. Près de quatre français sur dix y ont recours, particulièrement, les malades atteints de cancer<sup>2</sup>.

Notons cependant que le terme de « thérapie complémentaire » est recommandé par l'Académie Nationale de Médecine pour des raisons précises. Il :

«Nous semble le meilleur car il évite l'appellation tout à fait injustifiée de "médecines" et implique que ces pratiques ne sont que de possibles compléments aux moyens de traitement qu'offre la médecine proprement dite, à laquelle elles ne sauraient se comparer ni se substituer<sup>3</sup>».

Ainsi, il est donc clair que ces pratiques doivent rester à leur juste place : « celle de méthodes adjuvantes pouvant compléter les moyens de la médecine ». Cependant, elles se disent souvent plus efficaces en raison de leur dimension « naturelle » et « holistique ». Toutefois, le sens de la notion de « naturel » utilisée dans les thérapies complémentaires est difficile à cerner<sup>4</sup>. Il est utilisé dans son sens original, à savoir, au sens de ce qui vient de la nature par opposition aux termes scientifique et technique ou artificiel qui renvoient à une modification de la nature par l'homme. La nature est associée avec les notions de « mère » et de « nourricière », et, de ce fait, elle est en quelque sorte perçue comme sûre, agissant comme une influence bénigne et ayant de l'humanité. Ce qui est alors sous-jacent, c'est l'idée qu'il faut vivre en accord avec la nature et c'est bel et bien la nature qui soigne comme il faut. Pour certaines « thérapies complémentaires », la nature prend un caractère presque semblable à Dieu. Mettre en avance le caractère « naturel » d'une thérapie est aussi une manière de faire concurrence à la médecine, car c'est le naturel qui soigne et non ce qui vient du progrès de la

---

l'homéopathie sont, en France, reconnues comme « orientation médicale » mais elles ne sont toutefois pas des spécialités: <http://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Prises-en-charge/Medecines-alternatives-et-complementaires#sthash.W5f1PKjA.dpuf>

<sup>1</sup> Cette double approche concurrentielle de la médecine remonte à l'Antiquité où l'école grecque d'Asclépios, qui préconise le traitement « héroïque » dirigé par un médecin, était opposé à l'école *Hygeia*, qui était davantage ciblée sur le patient et visait à améliorer la capacité du patient à vivre en harmonie avec leur environnement et l'utilisation des ressources internes pour lutter contre la maladie.

<sup>2</sup> D. Bontoux, D. Couturier, CH.J. Menkès, « Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi », leur place parmi les ressources de soins», *Académie nationale de médecine rapport du 5 mars 2013*

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> S. Tyreman, «Values in complementary and alternative medicine», *Med Health Care and Philos* 2011, vol. 14, p. 209–217.

science. Dans ce contexte, la nutrition fait partie de ce « naturel » qu'il faut suivre pour se soigner.

Le terme « holistique » prend lui aussi diverse sens. Il se réfère à des thérapies centrées sur le patient et respectant son autonomie, ce qui leur permet d'être au centre des décisions relatives à sa santé et à son bien-être. Holistique se réfère aussi en termes des soins à ces thérapies qui se donnent comme objectif de faire le plus grand bien aux patients pris dans leur intégrité. Les thérapies qui se disent holistiques prétendent traiter le malade comme personne et non la maladie. Or, dans ces trois manières de concevoir « l'holistique », il n'y a rien d'original, puisqu'il s'agit ici de diverses manières d'impliquer les principes fondamentaux de l'éthique médicale tels que l'autonomie et la bienfaisance. L'alimentation et la nutrition mobilisent intuitivement les notions de « naturel » et « holistique » et se prêtent donc facilement à ces thérapies complémentaires. Or la difficulté majeure est que les modalités sous lesquelles certaines thérapies utilisent la nutrition, sous prétexte de privilégier la dimension naturelle et holistique du soin peuvent nuire gravement au patient.

L'utilisation de certaines de ces thérapies avec des promesses et recettes de guérison, de bien-être et de développement personnel, est à l'origine de pratiques sectaires. L'ampleur de cette problématique est constatée par le dynamisme de ces groupes au moyen d'une promotion agressive sur internet et sur les réseaux sociaux, de leur participation à de nombreuses manifestations (colloques, salons), de la diffusion de produits complémentaires thérapeutiques par le système des ventes pyramidales, de la protection de labels et, pire encore, par l'invention d'« ordres » pseudo-professionnels<sup>1</sup>. Cette problématique attire notre attention d'une part parce que près de trois mil médecins, en France, seraient en lien avec la mouvance sectaire et, d'autre part, parce que la nutrition est considérée par la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaire comme un domaine à risque<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaire, *Guide Santé et dérives sectaires*, <http://www.derives-sectes.gouv.fr/publications-de-la-miviludes/guides/santé-et-dérives-sectaires>, 2012 (consulté le 10 mars 2016)

<sup>2</sup> La dérive sectaire est un dévoiement de la liberté de pensée, d'opinion ou de religion qui porte atteinte aux droits fondamentaux, à la sécurité ou à l'intégrité des personnes, à l'ordre public, aux lois ou aux règlements. Elle se caractérise par la mise en œuvre, par un groupe organisé ou par un individu isolé, quelle que soit sa nature ou son activité, de pressions ou de techniques ayant pour but de créer, de maintenir ou d'exploiter chez une personne un état de sujétion psychologique ou physique, la privant d'une partie de son libre arbitre, avec des conséquences dommageables pour cette personne, son entourage ou pour la société. Il s'agit d'un concept opératoire, permettant de déterminer un type de comportements bien précis qui nécessitent une réaction de la part de la puissance publique. Il n'existe

Ces pratiques sont considérées comme dangereuses parce que elles atteignent non seulement des personnes vulnérables, solitaires, exclues ou à la recherche d'un certain ésotérisme, mais également des personnes sans difficulté particulière. Elles sont aussi dangereuses par l'absence d'évaluation indépendante et rigoureuse des méthodes et des formations qui excluent explicitement ou de fait les pratiques médicales conventionnelles. Certaines de ces thérapies sont réalisées par des « gourous thérapeutiques » qui exercent une véritable emprise mentale sur les malades. Le point commun à ces pratiques est de ne pas être reconnues au plan scientifique par la médecine conventionnelle et donc de ne pas être enseignées au cours de la formation initiale des professionnels de santé<sup>1</sup>. Or cela n'est pas sans rapport avec la difficulté que nous avons dénoncée : la nutrition est une science largement validée au plan scientifique qui n'est cependant que peu enseignée aux professionnels de santé, ce qui laisse la porte ouverte aux dérives thérapeutiques

L'absence d'une référence médicale solide pour les questions et les problématiques de la nutrition de la population<sup>2</sup> favorise, d'une part, la permanence et l'ancrage de fausses croyances et d'autre part, la nécessité de chercher des soins qui soient capables de répondre à ces questions. Cela favorise du même coup les thérapies et dérives sectaires dans le domaine de la nutrition. Précisons qu'une thérapeutique devient sectaire lorsqu'elle essaie de faire adhérer le patient à une croyance, à un nouveau mode de pensée, ce qui se fait plus facilement avec les questions relatives à la nutrition. En prétextant l'inutilité des traitements conventionnels, le « pseudo-praticien » va demander au patient d'avoir toute confiance en lui car lui seul détient la méthode « miracle » capable de le guérir. C'est ainsi que de nombreux régimes et « méthodes » alimentaires sont considérées comme une alternative pour la santé ou la solution « miraculeuse » à de nombreux problèmes.

---

aucune définition juridique de la secte, et aucun texte de loi n'interdit l'appartenance à une secte. Le législateur a néanmoins créé le délit d'abus frauduleux de l'état de faiblesse par sujétion psychologique. Guide Santé et dérives sectaires Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, La documentation Française, p. 10.

<sup>1</sup> Plusieurs universités ont pris l'initiative d'enseigner certaines thérapies complémentaires, notamment l'acupuncture et l'homéopathie, en créant des diplômes universitaires et interuniversitaires. Certaines de ces pratiques sont entrées dans les soins des hôpitaux comme l'hypnothérapie.

<sup>2</sup> Mais aussi l'absence de formation clinique plus solide de diététiciens.

Certaines méthodes non conventionnelles à visée thérapeutique, proposent des pratiques de « détoxification » alliant exercice physique, frugalité ou encore jeûne<sup>1</sup>. Aujourd'hui, les cures de jeûne sont recommandées par des gourous et charlatans sous différentes formes : jeûne modifié (absorption d'un seul type d'aliment : jus de fruit, légumes, bouillon, tisanes), la mono diète (consommation d'un seul aliment comme le raisin, les cerises, les pommes, les poireaux) et le jeûne intégral. Par exemple, l'instinctothérapie ou pratique crudivore qui consiste dans la seule consommation d'aliments crus sélectionnés sur leur odeur est pratiquée en France depuis 1983. Cette théorie a été élaborée par Guy Claude Burger<sup>2</sup> à partir de l'hypothèse d'une adaptation génétique incomplète aux modifications subies par l'alimentation humaine depuis la Préhistoire<sup>3</sup>. Par la marginalisation et l'extrémisme de ses propos, cette théorie est considérée comme sectaire<sup>4</sup>. Elle comporte des risques graves pour la santé<sup>5</sup>. A ce jour, il n'y a pas d'études cliniques sur l'instinctothérapie qui montre une quelconque preuve de son efficacité, en particulier contre le cancer. La théorie de Burger reste fondée sur des expériences personnelles et invérifiables<sup>6</sup>. Or, malgré cela, certains médecins<sup>7</sup> comme le Dr Jean Seignalet, ancien maître de conférences à la Faculté de médecine de Montpellier, sont favorables à cette thérapie. Ce médecin affirme avoir fait sur plusieurs années :

« Une étude attentive de ses publications et ne pas y avoir décelé de faille. Les travaux de Burger se rattachent à la médecine classique (...) et l'instinctothérapie repose sur une démarche scientifique rigoureuse<sup>8</sup>. »

Il considère que le raisonnement de Burger est :

---

<sup>1</sup> Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaire, *Guide Santé et dérives sectaires*, <http://www.derives-sectes.gouv.fr/publications-de-la-miviludes/guides/santé-et-dérives-sectaires>, 2012 (consulté le 10 mars 2016) *op.cit.*, p. 115.

<sup>2</sup> Il a été condamné pour publicité irrégulière et escroquerie et pour exercice illégal de la médecine. Il a été aussi reconnu coupable de viols sur mineurs et condamné à 15 ans de réclusion criminelle.

<sup>3</sup> O. Jallut, «Instinct therapy--raw food with meat with exclusion of milk products», *Schweiz Rundsch Med Prax.* 1989, vol. 78p. : 697-701.

<sup>4</sup> Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaire, *Guide Santé et dérives sectaires*, <http://www.derives-sectes.gouv.fr/publications-de-la-miviludes/guides/santé-et-dérives-sectaires>, 200 (consulté le 10 mars 2016) *op.cit.*, p. 30.

<sup>5</sup> Dénutrition, carence (notamment en vitamines B1 et B6 ainsi qu'en fer, calcium, magnésium, zinc, cuivre et en chrome) et risques infectieux.

<sup>6</sup> O. Jallut, «Instinct therapy -raw food with meat with exclusion of milk products», *op.cit.*, p. 697-701.

<sup>7</sup> On peut citer également le Pr Henri Joyeux connu par ses pratiques controversées ainsi que son livre *Changez d'alimentation*, Paris, Rocher, 2013. <http://www.professeur-joyeux.com>

<sup>8</sup> J. Seignalet, « Préface », dans *Instinctothérapie, Manger Vrai*, Guy Claude Burger, Paris, Rocher, 1990, p.16. J. Seignalet, *L'alimentation, ou la troisième médecine*. Paris, Éditions Francois-Xavier de Guibert, 1998.

« Logique et bien construit, clair malgré sa complexité et en accord avec les données actuelles de la science (...) En conclusion, je considère Guy-Claude Burger comme un chercheur brillant, cultivé, logique, qui mérite d'être écouté et jugé impartialement<sup>1</sup>. »

Or, il faut savoir que Jean Seignalet était immunologue et chercheur, maître de conférences à l'Université de Montpellier et pionnier des greffes d'organes et de tissus. Lorsqu'il a été atteint d'un syndrome dépressif, il s'est intéressé à la nutrition. Il adapte son alimentation selon les recommandations de plusieurs nutritionnistes dont le régime de Burger. Il n'a aucune formation ou parcours scientifique en nutrition. Cependant, il publie une méthode qui est encore utilisée en France. Son livre *L'alimentation, ou la troisième médecine* explique sa théorie fondée sur

« L'incapacité de la médecine actuelle à répondre à la question essentielle : "*Pourquoi mon organisme se met-il soudainement à dysfonctionner après des années de bons et loyaux services?*"<sup>2</sup> »

Son hypothèse met au jour trois types de mécanismes qui impliquent l'intestin grêle, sans aucune véritable preuve scientifique. Les dernières éditions de ce livre sont l'objet d'une promotion de la part de l'association Seignalet :

« Si le régime Seignalet est aujourd'hui le régime santé de référence, c'est parce qu'il a fait ses preuves auprès de milliers de patients. Il propose une véritable alternative à la médecine classique, en particulier là où cette dernière échoue le plus souvent : les maladies chroniques<sup>3</sup>. »

Du fait de ses caractéristiques, même si la méthode de Seignalet ne peut pas être considérée comme une dérive sectaire, car elle s'avère moins extrême que la méthode de Burger, elle peut être conçue comme une thérapie alternative dangereuse en raison des déséquilibres alimentaires qu'elle peut causer et surtout parce qu'elle propose une alternative à la médecine « classique » et non une modalité « complémentaire ». Cette méthode se fonde sur des intuitions et des croyances qui prétendent être transmises aux malades comme des vérités validées scientifiquement. On constate aussi que cette méthode est dangereuse car elle est légitimée par le fait d'être proposée par un médecin reconnu dans un domaine de la médecine (l'immunologie et non la nutrition) fondant sa

---

<sup>1</sup> J. Seignalet, *Instinctothérapie, Manger Vrai*, op.cit., p. 16.

<sup>2</sup> J. Seignalet, *L'alimentation, ou la troisième médecine*, op.cit.,

<sup>3</sup> Association Seignalet : [http://www.seignalet.fr/qui-sommes-nous.html#mid\\_139](http://www.seignalet.fr/qui-sommes-nous.html#mid_139) (consulté le 20 janvier 2016).



pertinence sur des publications supposées scientifiques<sup>1</sup>. Il est difficile pour la population de le prendre pour un charlatan<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Son site internet affirme avoir plusieurs publications. En effet il s'agit de sept publications scientifiques dans le domaine de l'immunologie de 1975 à 1995. Il n'y a pas de publication scientifique sur la nutrition.

<sup>2</sup> Il y a d'autres exemples de charlatanisme difficile à discerner par la population, comme par exemple, le cas du Pr Henri Joyeux.

---

## CHAPITRE 3. L'enseignement de la nutrition

---

### 3.1 Le problème

Les raisons qui pourraient expliquer le faible positionnement de la nutrition dans l'enseignement médical en France ont été exposées dans le rapport au Ministre de la santé présenté par le Pr Ambroise Martin en 2009. L'auteur souligne que :

« La nutrition est une discipline médicale hospitalo-universitaire récente, peu étoffée et encore fragile. D'une façon générale, la nutrition médicale française cherche encore son identité : peut-être plus que d'autres disciplines, elle reste fragile du fait de la démographie médicale et du fait qu'elle se trouve confrontée aux importants mouvements de réforme des études médicales, récents ou à venir sans avoir eu le temps de consolider sa légitimité. L'absence de technicité apparente de la nutrition courante (au sens de la nécessité du recours à des instruments biologiques, d'imagerie ou d'exploration sophistiqués) comme la réelle difficulté d'obtention de résultats probants rapides sont vraisemblablement des éléments, parmi d'autres éléments liés à son enseignement qui seront évoqués plus loin, qui expliquent en partie la désaffection du corps médical en exercice ou en formation vers cette discipline. La nutrition, sans doute comme quelques autres disciplines, est en concurrence avec d'autres disciplines davantage curatives, plus attractives et peut-être plus rémunératrices, dans un contexte de contraction de la démographie médicale<sup>1</sup>. »

Ce rapport indique, en effet, trois problèmes : tout d'abord, on voit la nécessité pour la nutrition de trouver une identité au sein de la profession médicale. Autrement dit, il s'agit de légitimer les actions relatives au savoir-faire de la nutrition clinique. Est-ce que le médecin doit être compétent en nutrition ? Dans ce cadre de réflexion, la visée est de définir les limites de cette compétence. L'enjeu est de savoir si la compétence du médecin s'arrête à la maladie, ou si elle peut s'étendre également à l'état nutritionnel et à la santé. Le médecin doit-il prendre en charge l'alimentation et les soins nutritionnels des malades ou bien aussi celle des bien portants ? Autrement dit, faut-il exiger de la nutrition une visée uniquement thérapeutique ou bien lui conférer aussi une dimension préventive ? La définition de la nutrition clinique que nous avons établie dans la première partie de la thèse nous permettra de définir ces limites.

---

<sup>1</sup> A. Martin, « La formation à la nutrition des professionnels », Rapport au Ministre de la santé, Avril 2009 [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_A\\_Martin\\_formation\\_nutrition.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_A_Martin_formation_nutrition.pdf) (consulté le 5 mars 2016)

Le deuxième problème tient à l'absence de reconnaissance d'une technicité propre à la nutrition clinique. C'est un obstacle à la reconnaissance de la place de la nutrition dans la médecine. Or, aujourd'hui la recherche a permis de développer un savoir-faire technique propre à la nutrition clinique : Bioimpédance, DEXA, et d'autres techniques de mesure de composition corporelle ainsi que les instruments de calorimétrie indirecte. Il s'agit ici de différents instruments diagnostiques qui nécessitent des connaissances et une expertise spécialisée. Issus de recherches et avancées scientifiques majeures, ils permettent de réaliser avec précision le diagnostic de la malnutrition, en particulier, le compartiment de la composition corporelle atteint par cet état, et d'indiquer avec précision les besoins nutritionnels d'une personne. Ces sont deux aspects clés dans le savoir-faire de la nutrition clinique. Par exemple, la détermination de la masse maigre et de la masse musculaire est nécessaire de nos jours dans diverses situations comme l'obésité, le problème de la nutrition du sujet âgé, les malades en réanimation et le cancer. La perte de la masse maigre dans les cas de malnutrition comme la cachexie, la sarcopénie et l'obésité, est liée à l'augmentation de la morbi-mortalité bien connue aujourd'hui. On sait, que les patients atteints de cachexie, avec une perte musculaire importante, présentent des risques de toxicité élevés suite au traitement par chimiothérapie. La détermination de la masse maigre permettrait d'ajuster les doses de chimiothérapie. Ce traitement qui était calculé en fonction de la surface corporelle, est désormais calculé en fonction de la masse maigre, autrement dit, en tenant compte du statut nutritionnel, limitant ainsi la toxicité des médicaments<sup>1</sup>. En ce qui concerne les techniques de détermination de la dépense énergétique, calorimétrie indirecte, pletismographie, etc., elles se sont simplifiées et perfectionnées ces dernières années mais, en raison de leur coût important, elles restent limitées à la recherche ou à certains centres spécialisés.

Enfin, la concurrence avec d'autres disciplines médicales, qui ne sont pas spécifiques à la nutrition, s'inscrivent dans une problématique plus large que les seules conditions de l'exercice de la médecine. Force est de reconnaître que la nutrition s'affirmera comme une science bien plus attractive quand la médecine aurait pu se l'approprier pleinement et que son rôle, ses compétences et son champ d'action soient clairement

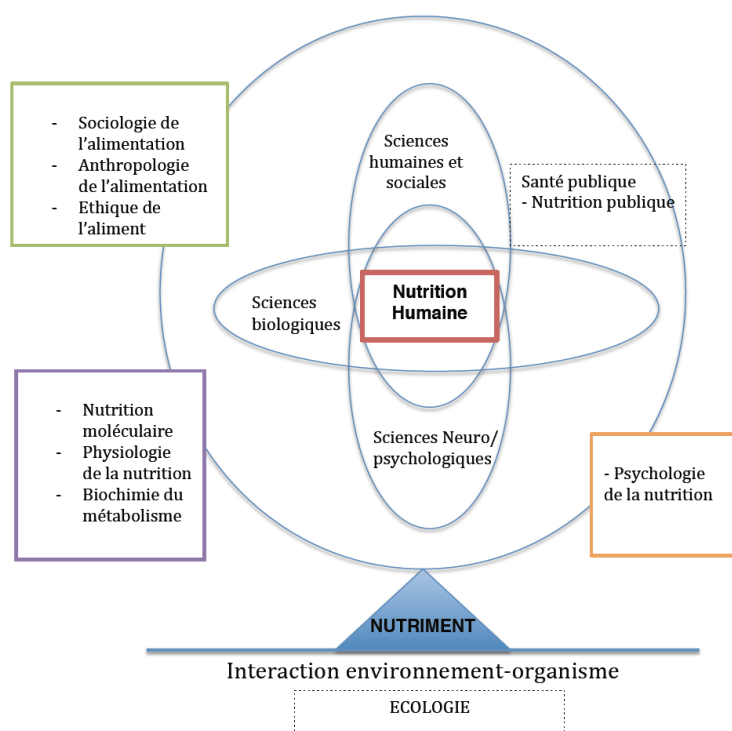
---

<sup>1</sup> M. de la Torre-Vallejo, J. Turcott J, O. Arrieta, V. Baracos V, «Letters to the Editor: Sarcopenia in the Oncology Setting: The Use of CT Scan Images to Assess Lean Body Mass», *Oncologist*, 2016, vol. 21, p.e2.

définis. Reste donc à présent à délimiter le domaine de la nutrition et à étudier les modalités de sa relation avec le champ de la médecine.

### 3.2 Les limites intra et interdisciplinaires de la nutrition

La nutrition est une science autonome au croisement d'un questionnement multidisciplinaire (Figure 20). Nous l'avons défini dans la première partie de notre étude comme une science empirique qui étudie la relation de l'homme à l'aliment. L'autonomie de cette science se fonde sur la distinction d'un domaine particulier, à savoir « l'état nutritionnel ». Il s'agit d'une science qui étudie la relation entre santé/état nutritionnel et qui possède comme moyen propre, la diététique, conçue comme la science du régime alimentaire. Nous l'avons, à ce titre, définie dans un cadre de référence spécifique : l'interaction entre l'environnement et l'organisme, autrement dit, entre le nutriment (l'aliment) et les divers systèmes et fonctions de l'organisme qui assurent l'état de santé. Elle pourrait donc être conçue aussi comme un domaine de l'écologie.



**Figure 20. Multidisciplinarité de la science de la nutrition.**

Dans notre définition, le caractère multidisciplinaire est fondamental. Avant d'étudier les relations entre la nutrition et les sciences biologiques, psychologiques et

sociales, il est primordial, dans un premier temps, de définir préalablement la multidisciplinarité. Celle-ci se présente comme<sup>1</sup>.

« L'étude d'un objet d'une seule et même discipline par plusieurs disciplines à la fois<sup>2</sup>. »

Une discipline est une branche de la connaissance donnant matière à enseignement, au sens strict du terme, c'est à dire un « savoir organisé selon l'ordre de la raison ». Dans ce cadre, une discipline est un :

« Ensemble de connaissance dont la logique interne et l'articulation imposent de règles auxquelles les disciplines ne peuvent pas déroger<sup>3</sup> »

Par exemple, une calorie est l'unité de mesure de la valeur énergétique des aliments et correspond, de manière invariable, à la quantité d'énergie nécessaire pour élever la température d'un gramme d'eau de 1 °C. Dans le langage courant, la notion de discipline recouvre une plus grande généralité et désigne un champ de connaissances et de pratiques qui présente une spécificité socialement reconnue.

Les personnes qui appartiennent à un groupe disciplinaire se regroupent autour d'une identité commune. Cette manière d'agir particulière à chaque discipline se traduit par un ensemble de modalités de penser, qui caractérisent une profession. C'est précisément à cette signification que nous allons nous référer lors de l'étude la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité de la nutrition.

La figure 20 montre les diverses disciplines qui sont concernées par la science de la nutrition humaine. Cette multidisciplinarité est conçue comme l'interaction de ces disciplines dans le domaine spécifique de la nutrition. Cette interaction se caractérise par une dimension relationnelle entre différentes disciplines, en faisant appel à chacune de leurs compétences pour étudier l'objet de la nutrition. Ces disciplines qui se chevauchent partagent donc des bases de références, des principes et des méthodes qui visent le même objet : l'étude de l'état nutritionnel et de sa relation avec la santé.

La nutrition est biologique lorsqu'on étudie l'ensemble des procédés (biochimiques, physiologiques, moléculaires, etc.) par lesquels les individus utilisent les nutriments des aliments pour voir un bon état nutritionnel et assurer un état adéquat de santé. L'utilisation de ces nutriments peut être fonctionnelle si elle s'avère bénéfique pour la

---

<sup>1</sup> *Dictionnaire Le Petit Robert*, Montréal, Dictionnaire Le Robert, 1993.

<sup>2</sup> N. Basarab, « La transdisciplinarité », *Manifeste*, Éditions du Rocher, Monaco, 1996.

<sup>3</sup> M. Payette, « Interdisciplinarité : clarification des concepts », Université de Sherbrooke, <https://www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites> (consulté le 27 mars 2016).

santé ou dysfonctionnelle, voire pathologique, pour l'état de santé. La notion de nutriment est très importante car elle définit le cadre de référence particulier de la nutrition. Point décisif, lorsque les disciplines biologiques, mais aussi psychosociales, interagissent avec la nutrition, cette notion obéit à la même définition. En effet, le nutriment est conçu comme un

« Composant alimentaire simple, qui ne nécessite pas de transformation chimique préalable pour être assimilé par l'organisme considéré<sup>1</sup>. »

Ces nutriments sont classés selon leur abondance dans les aliments, macro ou micronutriments, ou par leurs caractéristiques biochimiques ; les macronutriments, quant à eux, sont classés comme protéines, glucides ou lipides. Ils sont principalement issus de la production agricole, mais aussi de la production et la de la transformation industrielle. Les nutriments en raison de leur rôle dans le métabolisme et en tant que source d'énergie et de composants structuraux sont déterminants pour l'état nutritionnel et pour l'état de santé. Cette définition est importante car c'est à partir de la transformation de ce concept que nous avons établi l'origine de la nutrition clinique.

La nutrition est concernée aussi par les sciences psychosociales, dans la mesure où le choix des aliments et l'acte de manger sont déterminés par ces deux dimensions. Par exemple, la problématique de la faim peut être étudiée à partir d'un regard croisé entre la biologie, qui étudiera les effets sur le métabolisme, la psychologie, qui évaluera l'impact de la restriction alimentaire et des altérations métaboliques liées à la faim, et les sciences humaines et sociales que détermineront les possibles explications de la non-visibilité au niveau géopolitique et les stratégies possibles de prise en charge des personnes. De cette manière, les connaissances scientifiques permettent de comprendre la synergie entre l'ingestion des nutriments, le métabolisme et le comportement humain.

Lorsque la nutrition est étudiée par ces disciplines, de nouvelles disciplines peuvent surgir. Par exemple, l'éthique de l'aliment ou « *food ethics* » est défini comme le domaine qui fournit une analyse éthique et des lignes directrices pour la conduite humaine relativement à la production, la distribution, la préparation et la consommation des aliments. Il s'agit d'un nouveau champ de connaissance reconnu socialement (il existe d'ailleurs un *Journal of Food ethics*) qui ne se trouve pas juxtaposé à la nutrition mais est à la frontière de son cadre de référence. La nutrition moléculaire est un autre

---

<sup>1</sup> Dictionnaire médical en ligne de l'Académie Nationale de Médecine 2013. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>. (consulté le 10 avril 2014).

exemple de collaboration entre les sciences biologiques et la nutrition. En utilisant les méthodes de biologie moléculaire, le but est de mieux comprendre les phénomènes et les processus impliqués dans l'utilisation de nutriments par l'organisme.

Compte tenu de ces éléments, la nutrition s'affirme donc comme une science multidisciplinaire, et c'est ainsi qu'elle doit être enseignée. Dans ce contexte, comment intégrer l'enseignement de la nutrition dans la formation initiale des médecins ? Il est possible de concevoir trois possibilités :

1. L'enseignement d'un cours spécifique et obligatoire de nutrition.
2. L'enseignement d'un cours spécifique optionnel, non obligatoire, de nutrition.
3. L'enseignement de la nutrition de manière fragmentée dans diverses disciplines.

Les auteurs divergent à ce sujet<sup>1</sup>. Par exemple, DS McLaren affirme que

« Nutrition on its own is not a science; it is an integral part of physiology, biochemistry, cell or molecular biology. Consequently, when it is taught as a separate academic subject the result is bound to be incomplete (...) If nutrition were given its rightful place as an integral part of the basic sciences there would be no need for separate courses or textbooks on nutrition. <sup>2</sup>»

« La Nutrition n'est pas une science ; elle est une partie intégrante de la physiologie, la biochimie, la biologie moléculaire ou cellulaire. Par conséquent, quand elle est enseignée en tant que discipline universitaire à part, le résultat est incomplet (...) si on donnait la juste place à la nutrition en tant que partie intégrante des sciences fondamentales, il n'y aurait pas besoin de cours distincts ou des manuels sur la nutrition. »

Son argument est fondé sur la distinction entre la diététique et la nutrition. La diététique est considérée comme une science et un art semblable à la médecine. La nutrition est considérée comme un processus physiologique du même type que la respiration ou la reproduction et doit donc être rattachée à la physiologie. Il s'agit ici d'une manière réductrice de concevoir la nutrition par la seule caractéristique de sa fonction biologique. Or la première partie de cette thèse a permis d'établir la nutrition comme science et de mettre en évidence sa relation avec la diététique. En d'autres termes, nous considérons la nutrition comme une science mais aussi comme un art, la diététique en faisant partie, toute dissociation entre elles se révélant contre-productive

---

<sup>1</sup> RF. Kuschner, « Will there be a tipping point in medical nutrition education? », *Am J Clin Nutr* 2003, vol. 77, p. 288-291.

<sup>2</sup> DS. McLaren, « Nutrition in medical schools: a case of mistaken identity », *Am J Clin Nutr* 1994, vol. 59, p. 960-963.

du point de vue médical. Cela a bien évidemment des conséquences sur l'enseignement des médecins et des diététiciens dans la mesure où les médecins ne sont pas uniquement concernés par la fonction nutritionnelle : ils doivent aussi apprendre la diététique. De même, les diététiciens ne s'occupent pas uniquement de la diète, mais ils doivent élargir leurs compétences aux autres domaines de la nutrition. Il est alors nécessaire de savoir comment former ou mieux former les médecins en nutrition.

### **3.2.1 L'enseignement fragmentée de la nutrition en France**

Les études de médecine en France se déroulent en trois cycles<sup>1</sup>. Le premier cycle de trois ans dit « de formation générale », se termine par l'obtention du diplôme de formation générale en sciences médicales. Cette partie a pour objectif l'acquisition des connaissances scientifiques de base, indispensables à la maîtrise ultérieure des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice des métiers médicaux<sup>2</sup>. Cette base scientifique est ample puisqu'elle englobe la biologie, certains aspects des sciences exactes et plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales. La première année ainsi que le concours sont communs aux étudiants en médecine, pharmacie, odontologie et aux sages-femmes, mais ils excluent d'emblée les diététiciens. Le tronc commun est composé de huit unités d'enseignement et possède un programme fixé nationalement<sup>3</sup>. Dans cette organisation académique, l'enseignement de la nutrition est situé dans l'unité n° 1 : « Atomes, biomolécules, génome, bioénergétique, métabolisme. » Comme nous l'avons déjà mentionné, il est difficile de connaître le contenu réel de cet enseignement, qui très vraisemblablement, varie en fonction des centres d'intérêt des enseignants de la discipline et de leur sensibilisation aux questions de nutrition.

Le deuxième cycle de trois ans dit « de formation approfondie » a pour objectif de faire acquérir des compétences génériques permettant aux étudiants d'exercer par la suite en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire ; le troisième cycle a pour objectif de permettre l'acquisition des compétences professionnelles liés à la formation dans laquelle ils s'engageront au cours de leur spécialisation<sup>4</sup>. Les enseignements portent

---

<sup>1</sup> Ces études se réalisent au sein d'une université ayant une unité de formation et de recherche de médecine (parfois mixte entre la médecine et la pharmacie), associée à l'un des 29 centres hospitaliers universitaires. <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-etudes-de-medecine-en-france-400>

<sup>2</sup> Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales, Journal Officiel n. 0087 du 13 avril 2011.

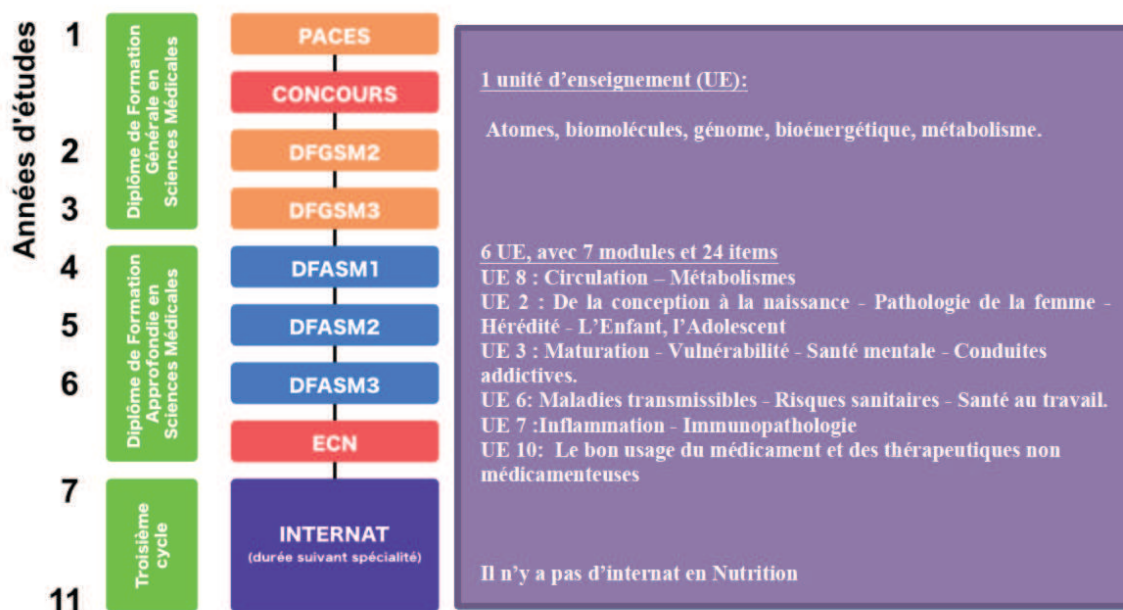
<sup>3</sup> Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé, Journal Officiel n. 0266 du 17 novembre 2009.

<sup>4</sup> Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales



essentiellement sur ce qui est fréquent, grave ou qui constitue un problème de santé publique, ainsi que sur ce qui est cliniquement exemplaire. L'organisation des enseignements est définie par l'unité de formation et de recherche de médecine, puis approuvée par le président de l'université. Le programme est national et prépare aux épreuves classificatoires nationales. Sur ce point, le Collège des enseignants de nutrition des Facultés de Médecine de France (CEN) a identifié la nutrition dans les trois types de questions possibles dans cette épreuve et dans 7 modules et 24 items<sup>1</sup>. Ici, non plus, nous ne connaissons pas la pratique en France de cet enseignement.

Au cours du troisième cycle de trois à cinq ans dit « d'études spécialisées », l'étudiant en médecine devient alors interne, il est toujours considéré comme un étudiant, mais il partage la responsabilité de son droit de prescription avec un médecin senior. En 2001, il existait 11 filières, dont la nutrition ne faisait pas partie, dans la mesure où la nutrition est considérée comme une formation complémentaire.



**Figure 21. Les études de médecine et l'enseignement fragmenté de la nutrition<sup>2</sup>.**

Bien que cette approche permette l'intégration de la nutrition de manière transversale aux autres disciplines, il se pourrait que les étudiants ne reconnaissent pas la nutrition

<sup>1</sup> <http://www.lewebducen.fr/dcem-ecn/> (consulté le 30 novembre 2015).

<sup>2</sup> Figure adaptée de : <http://www.remede.org/documents/comment-s-organisent-les-etudes-de.html> (consulté le 17 mars 2016).

comme une discipline distincte. Dans ce cas, la solution serait de proposer un enseignement par un cours indépendant ou autonome en nutrition. Certaines universités, comme l'Université de Chicago dans les années 80, ont suivi cette option. Voici ce qu'affirme le Pr L. Clifford à propos de cette expérience :

«When I started in this field, I believed that we had to implement a stand-alone nutrition course. After all, if students did not take a required course in nutrition, all of the nutrition principles that I deemed important would be lost among the clutter. My colleagues and I did just that at the University of Chicago in the late 1980s, when we introduced the first nutrition course in the curriculum. That experience taught me an important lesson—stand-alone courses will fail if nutrition is not integrated throughout the entire curriculum. Without that step, nutrition will be seen merely as a peripheral, isolated subject with very little practical relevance<sup>1</sup>. »

« À mes débuts dans ce domaine, j'ai pensé que nous devions mettre en place un cours de nutrition autonome. Après tout, si les élèves ne prenaient pas un cours obligatoire en matière de nutrition, tous les principes de la nutrition que je jugeais importants seraient perdus dans cette dispersion. Mes collègues et moi avons fait cela à l'Université de Chicago à la fin des années 1980, lorsque nous avons lancé le premier cours de la nutrition dans le programme. Cette expérience m'a appris une leçon importante : des cours autonomes seront voués à l'échec si la nutrition n'est pas intégrée dans l'ensemble du programme. Sans cette étape, la nutrition sera considérée simplement comme un sujet isolé périphérique avec très peu d'intérêt pratique. »

En France, en 2005, le CEN a proposé la mise en place d'un module autonome de nutrition clinique dans le deuxième cycle de formation des médecins. La mise en place de ce type de cours aurait, selon le rapport du Pr Martin, les avantages suivants :

- Respecter la logique pédagogique de la discipline, qui du fait de son caractère transversal, ne peut être assurée par la dispersion dans les modules actuels ; dans la dispersion actuelle des enseignements, les cas particuliers sont fréquemment enseignés avant l'enseignement des bases de la nutrition.

- Assurer une meilleure évaluation des connaissances. La faible place de la nutrition au sein des différents modules où elle est présente a conduit à la quasi disparition de la nutrition dans les questions d'examen.

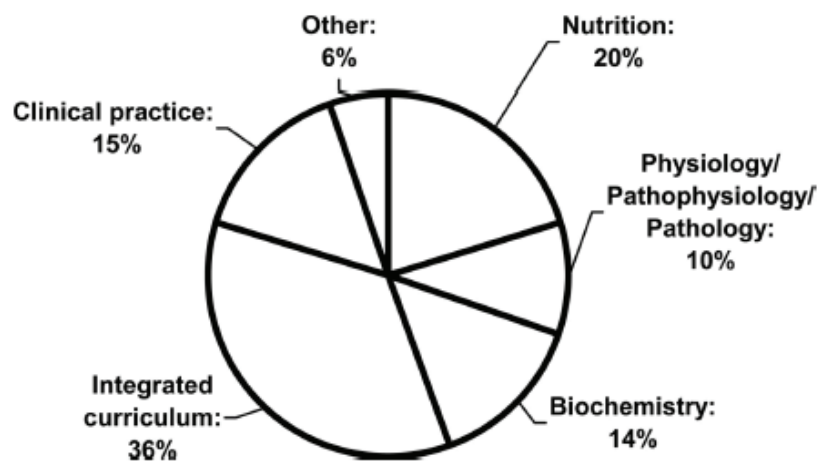
- Permettre aux étudiants de travailler plus efficacement pour la préparation de l'examen classant national, le système actuel les conduisant, selon l'expérience des enseignants, à faire pratiquement l'impasse sur la nutrition.

---

<sup>1</sup> RF. Kuschner, « Will there be a tipping point in medical nutrition education? », *op.cit.*, p. 290.

Cependant, l'inconvénient ici est de proposer des modules pour une seule discipline, même transversale comme la nutrition, alors que la conception modulaire de l'enseignement de deuxième cycle vise, au contraire, à décloisonner les disciplines.

Selon l'étude de K. Adams sur l'enseignement dans les écoles de médecine Nord-américaines, 20 % des facultés disposent d'un cours de nutrition autonome et dans 80 % d'entre elles, la nutrition est intégrée dans d'autres cours ou environnements d'apprentissage.



**Figure 22. Répartition des heures d'enseignement de nutrition dans les écoles de médecine aux USA.**

Toutefois, qu'elle soit enseignée de manière fragmentée ou comme un cours autonome (ce qui permettrait de consolider la nutrition), ce qui est révélateur c'est le fait qu'elle soit intégrée tout au long du curriculum de médecine. Ce type d'enseignement, à la fois par modules autonomes et intégrés transversalement, a fait ses preuves aux Etats-Unis. L'école de médecine de *Mercer University* a mis en place un programme intégré de nutrition dont l'efficacité a permis d'améliorer les compétences dans la pratique de la nutrition. Celle-ci a été mesurée par un examen clinique doté d'un objectif structuré, permettant ainsi de diminuer le nombre d'étudiants (de 68% à 11,5%)<sup>1</sup>, considérant que le volume horaire relatif à l'enseignement de la nutrition était insuffisant.

En 2010, nous avons eu l'occasion d'évaluer puis d'intégrer la nutrition dans la formation des médecins dans une université privée en Colombie. L'Ecole colombienne

<sup>1</sup> B. Tobin, K. Welch, M. Dent, C. Smith, B. Hooks, R. Hasch, «Longitudinal and horizontal integration of nutrition science into medical school curricula», *J Nutr* 2003, vol. 133, p. 567S-72S.

de médecine est une école accréditée du Label d'excellence académique (« acreditacion de Alta calidad » octroyée par le Ministère de l'éducation nationale colombien), avec une approche biopsychosociale, qui organise l'enseignement de la médecine en six années de formation et en trois blocs (biologique, communautaire ou sociale et psychologique). Les six années se divisent en trois cycles de formation : un cycle « préclinique » de trois années, un cycle « clinique » de deux 2 années, puis une année de « *internado* » ou l'équivalent « d'externat ». L'évaluation initiale réalisée par nos soins dans le cadre d'une recherche sur l'enseignement de la nutrition montrait que la nutrition était pratiquement absente sauf dans un cours en deuxième année de médecine, en soins primaires et dans un cours de pédiatrie. Nous avons aussi réalisé une étude auprès des étudiants de médecine du cycle clinique et des étudiants de première année de l'internat de médecine et chirurgie. Celle-ci témoigne de leur attitude favorable à l'égard de la nutrition, malgré l'évidence de certaines lacunes dans les connaissances<sup>1</sup>.

A la suite de cette évaluation, nous avons intégré un total de 90 heures de formation, dont 90% dans le cours du bloc de médecine communautaire et sociale du cycle préclinique, qui avait un nombre de crédits académiques plus faible par rapport aux cours de biologie. Les 10% restants ont été intégrés au bloc biologique du cycle clinique. Cette réussite est due à la constitution d'une équipe d'enseignants composée d'un pédiatre nutritionniste, d'un médecin nutritionniste, et de deux diététiciens<sup>2</sup>. Cependant, un an après, une réforme du curriculum qui a avait comme but, entre autres, de diminuer la charge d'enseignement en présentiel, de réorganiser certaines disciplines et d'en introduire de nouvelles, a conduit à diminuer progressivement le nombre total d'heures d'enseignement de 70%, malgré notre désaccord. Un cours électif non obligatoire a été toutefois mis en place. Les enseignants, en raison de l'absence de cours, se sont du coup orientés davantage vers la recherche, mais des stratégies ont été définies (non effectives à ce jour) pour récupérer le place de ces enseignements.

La situation actuelle en France, l'expérience de certaines universités aux Etas Unis et notre évaluation en Colombie nous conduisent à formuler trois conclusions. Tout d'abord, idéalement, l'intégration de la nutrition doit être transversale et cela au moyen de la création d'un cours autonome. Cependant, compte tenu de la surcharge des

---

<sup>1</sup> D. Càrdenas, «Evaluation of attitudes and knowledge in nutrition in undergraduate and graduate students at the medical school of the Universidad El Bosque», *Nutrition in Clinical Practice* 2011, vol. 1, p. 94-102.

<sup>2</sup> D. Càrdenas, «El papel del médico en la nutrición», *Revista Salud Bosque* 2011, vol. 1, p. 57-62.

curriculum et de la tendance actuelle à décloisonner les disciplines, l'enseignement de nutrition peut être offert en s'intégrant aux autres disciplines. Afin de donner une cohérence à la discipline et de renforcer sa visibilité auprès des étudiants, d'autres stratégies doivent cependant être recherchées. Ensuite, l'importance décisive de la nutrition pour le médecin doit constamment être rappelée et défendue auprès des décideurs institutionnels, des enseignants et des étudiants. Le fait est que le caractère secondaire ou de moindre importance de la nutrition reste bien ancré dans la perception qu'on les médecins de cette science et ses préjugés sont difficiles à extirper. Enfin, il est nécessaire d'assurer la présence de médecins nutritionnistes qui jouent un rôle de référence, que ce soit dans l'enseignement théorique ou pratique.

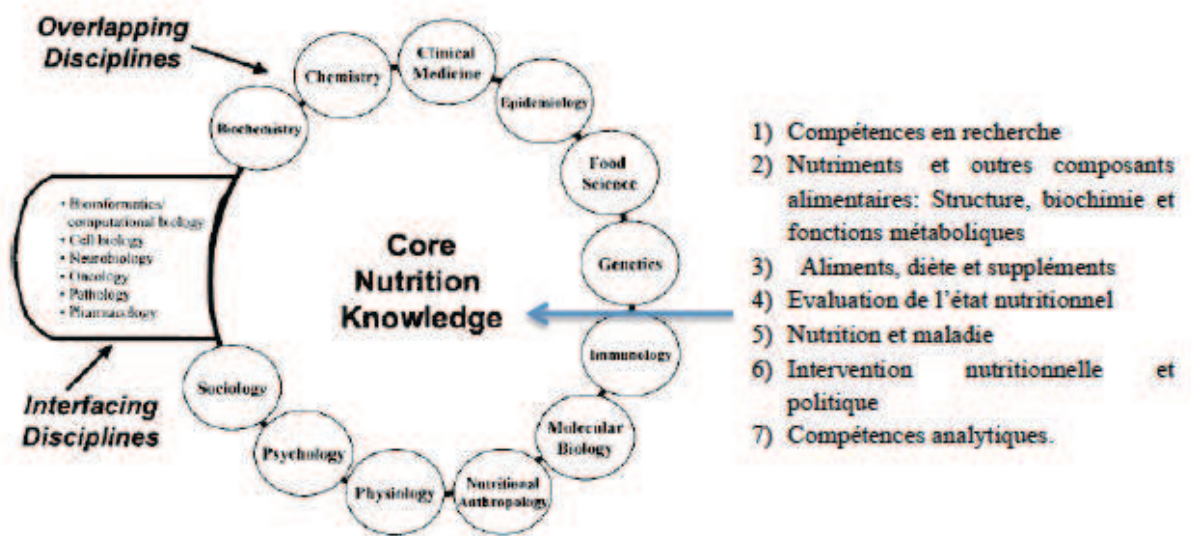
Dans ce contexte, il devient nécessaire de savoir quel est le contenu de l'enseignement de la discipline. Ceci ne va pas sans poser la question des limites des compétences des médecins en nutrition. Cela est particulièrement important parce que l'exercice de la discipline de la nutrition est partagé avec les diététiciens. Il convient alors de délimiter leurs champs d'actions respectifs. La question fondamentale est la suivante : la compétence du médecin s'arrête-t-elle à la maladie ? Autrement dit, le médecin est-il concerné par la dimension thérapeutique de la nutrition ou bien est-ce que sa compétence peut s'étendre également à l'état nutritionnel et à la santé, à savoir à la dimension préventive ? Afin de définir le contenu des enseignements, il est nécessaire de définir au préalable les limites de la nutrition comme science. Ainsi, partant d'un noyau de connaissances propres à la nutrition, il serait possible de définir les contenus des enseignements et les compétences respectives requises par les médecins et les diététiciennes.

Cette recherche a été menée par la Société américaine de sciences de la nutrition (SACN, *American society for nutritional science*) en élaborant les définitions suivantes :

- Un noyau de connaissances spécifiques, individualisant la discipline. La composition de ce noyau est présentée dans le tableau 12.
- Des recouvrements avec d'autres disciplines : chimie, biochimie, biologie moléculaire, épidémiologie, science des aliments, génétique, immunologie, ....
- Des interfaces avec d'autres disciplines : oncologie, pharmacologie, neurobiologie, etc.

Le noyau de connaissances spécifiques permet ainsi de délimiter ses frontières et

confèrent à la nutrition son unicité et son identité. (Figure 23) La consolidation de ce noyau permettra d'assurer l'avenir à la discipline lorsqu'elle est en mesure de s'étendre et de communiquer avec d'autres sciences. Ce noyau se chevauche de manière significative avec les connaissances d'autres sciences et construit des interfaces de savoirs avec des disciplines supplémentaires qui représentent les nouvelles frontières de la recherche en nutrition. L'enseignement en nutrition doit ainsi répondre à trois exigences : être complet relativement au noyau de connaissances spécifiques ; avoir une profondeur sélective dans les connaissances disciplinaires qui se chevauchent ; et offrir la possibilité aux étudiants de se confronter aux disciplines d'interface.



**Figure 23. Contribution d'autres disciplines au noyau de connaissances de la nutrition<sup>1</sup>.**

Dans ce cadre, l'enseignement doit pouvoir permettre de mettre en relation l'intégration et l'application de l'alimentation à partir du niveau cellulaire et moléculaire.

La définition de ce noyau a été établie par SACN dans le cadre de l'enseignement multidisciplinaire des sciences de la nutrition, en particulier pour les formations doctorales. Le but est de préparer des chercheurs qui puissent affronter les défis de la société actuelle en tenant compte des nombreuses avancées dans d'autres sciences. Ce

<sup>1</sup> LH. Allen, ME. Bentley, SM. Donovan, DM. Ney, PJ Stover, « Securing the future of nutritional science through integrative graduate education », *J Nutr* 2002, vol. 132, p. 779-784.

noyau définit sept thèmes principaux, dont trois correspondent aux connaissances et compétences pour la recherche. Parmi les disciplines de recouvrement, se trouve la médecine, et dans le noyau de connaissances, dans l'unité thématique n° 5 « Nutrition et maladie », est mentionné l'item « Nutrition Clinique ». Cette caractérisation de la nutrition comme science a l'avantage d'être simple et aisée à comprendre. Toutefois, la difficulté ici est qu'elle ne permet pas de positionner la médecine à sa juste place. Comme nous allons l'étudier, la nutrition ne peut pas être considérée comme une discipline de recouvrement ou d'interface mais doit s'affirmer comme une discipline d'intégration. Plus rigoureusement, elle doit être conçue comme dans une interaction interdisciplinaire.

Pour cerner ce point, nous avons voulu comparer la caractérisation de la science de la nutrition de la SACN avec notre définition de la nutrition humaine. Une différence fondamentale se manifeste : notre définition de la nutrition humaine comme discipline multidisciplinaire a pour but de poser un cadre de référence pour les enseignements de la nutrition pour les professions de santé. Par opposition aux propositions de la SACN, cela signifie qu'elle ne concerne pas la nutrition uniquement sur le plan de la recherche et de la constitution de nouvelles connaissances. Elle concerne aussi la mise en pratique de cette connaissance, en établissant la nutrition comme une *technè*, « un savoir théorique et un savoir-faire pratique étroitement reliés<sup>1</sup> ». Dans cette définition il est possible de définir également un noyau de connaissances propres, qui partage certaines connaissances et des savoir-faire techniques avec les sciences biologiques, sociales et humaines, et neuropsychologiques (ou disciplines de recouvrement). Les nouvelles disciplines surgissent de l'interaction entre la nutrition et ces dernières disciplines et permettent donc d'élargir ces frontières, d'aller au-delà du cadre de l'interaction entre l'organisme et l'environnement. Il est possible aussi, à partir de notre définition, de concevoir des disciplines d'« interface » mais pas dans le même sens que celui qui est indiqué par la SACN. Certaines disciplines, comme par exemple les sciences économiques, les sciences de l'éducation et le marketing, peuvent être concernées par la nutrition mais ne participent pas à la composition du noyau de connaissances spécifiques de la nutrition humaine. Autrement dit, si l'enseignement de la nutrition doit se fonder sur ce noyau de connaissances, la connaissance des disciplines d'interface n'est pas forcément intégrée dans les enseignements.

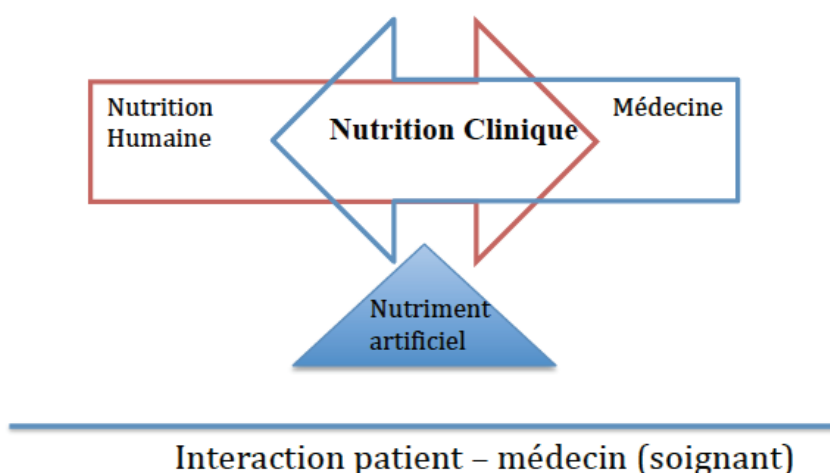
---

<sup>1</sup> A. Debru, « Au commencement de notre rationalité médicale : la médecine hippocratique » dans *Aux origines de la médecine*, op.cit., p. 32.

Il s'ensuit que notre conception de la science de la nutrition humaine permet de donner une autre place à la médecine. La recherche réalisée dans la première partie de notre étude a permis d'identifier une véritable interaction entre nutrition et médecine. Cela signifie que nous considérons cette relation dans sa dimension interdisciplinaire. L'interdisciplinarité est définie comme :

« Une modalité de l'organisation du travail qui vise l'interaction entre différentes disciplines. Cette interaction a pour but de produire l'intégration des connaissances, des expertises et des contributions propres à chaque discipline dans un processus de résolution de problèmes complexes<sup>1</sup>. »

A différence de la multidisciplinarité, dans l'interdisciplinarité, l'interaction des disciplines conduit à la transformation de certains concepts et à la délimitation d'un nouveau cadre de référence. En effet, lorsque la médecine cherche à nourrir l'homme malade, l'évolution du concept de nutriment permet de concevoir un outil thérapeutique (support nutritionnel) pour répondre à la souffrance et à la faim dans un éventail large de situations : la fin de vie, les patients en réanimation, les personnes âgées, les personnes atteintes de démences, les patients en situation post-chirurgicale, les patients souffrant de cancers, etc. Le nutriment est alors conçu comme « nutriment artificiel », en raison de son origine et de son mode d'administration. Comme conséquence de cette interdisciplinarité, une nouvelle discipline voit le jour : la nutrition clinique.



**Figure 24. Interdisciplinarité de la nutrition clinique**

<sup>1</sup> M. Payette, « Interdisciplinarité : clarification des concepts », Université de Sherbrooke, <https://www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites> (consulté le 27 mars 2016).



La nutrition clinique ne doit pas être considérée simplement comme l'application de la nutrition dans le domaine de la clinique ou comme la prolongation de la diététique. Il s'agit d'une nouvelle discipline résultant de l'interaction de la nutrition, de la médecine et de l'évolution du concept de « nutriment ». Cette discipline n'est plus définie dans le cadre de l'interaction entre l'environnement et l'organisme, mais dans un cadre de référence spécifique inscrit dans l'interaction patient-médecin (soignant). Nous avons proposé une définition de la nutrition clinique fondée sur son statut épistémologique, son objet et son domaine spécifique de la connaissance :

La nutrition clinique est une science interdisciplinaire, concernée par la malnutrition (dénutrition / surpoids obésité / carences). Son objectif est d'appliquer les principes du support nutritionnel (i.e. nutriment artificiels) dans le cadre des soins nutritionnels afin d'assurer l'état nutritionnel et de moduler d'autres fonctions biologiques pour influencer positivement le traitement des patients et la guérison<sup>1</sup>.

Il est possible d'identifier certaines caractéristiques épistémologiques et sociologiques qui confirment l'autonomie de cette discipline. Le tableau 13 expose ces différents critères. Cela requiert une définition précise d'un noyau de compétences relatives à la nutrition clinique. En effet, nous considérons que ce noyau correspond à une formation de type spécialité pour les médecins et autres soignants. Autrement dit, elle permet de définir le métier de nutritionniste, point sur lequel nous reviendrons par la suite.

---

<sup>1</sup> D. Cardenas, « What is Clinical Nutrition? Understanding the epistemological foundations of a new discipline », *op.cit.*, p. e63-e66.

Tableau 13. Critères épistémologiques et sociologiques de l'autonomie de la discipline de la nutrition clinique (voir Annexe A, Cardenas D, *Clinical Nutrition* 2015.)

Criteria for disciplinary autonomy of clinical nutrition.

**Epistemological characteristics**

- A separable research object: The artificial nutrient
- Separate methods for empirical investigations: pharmaconutrient approach; tracer methodology, etc.
- An independent theory development or invention of a new theory: Artificial nutrient concept, parenteral and enteral nutrition principles, etc.
- A common conceptual apparatus: Malnutrition, disease-related malnutrition, immunonutrients, etc.

**Sociological features**

- A core group of researchers: ESPEN Special interest groups, etc.
- Common communication channels: Clinical Nutrition Journal, American Journal of Clinical Nutrition, etc.
- Separate conferences, meetings, etc: ESPEN congress, ASPEN congress, etc.
- Associations or institutions at a national and/or international level: SFNEP France, SBNC Belgium, DGEM Germany etc.
- The existence of teaching and training curricula, in addition to courses which are provided at universities or colleges, or offered as commercial courses to trade and industry: LLL ESPEN course, Adriatic Club of Clinical Nutrition (ACCN), etc.

Nous avons voulu comparer le noyau de connaissances propres de la nutrition de SACN (tableau 14), avec des propositions de contenus d'enseignement formulées pour les études en médecine en France et dans différentes universités aux Etats-Unis. Il est important de souligner que cette question est étudiée depuis les années 80, principalement aux Etats-Unis et que peu de publications à ce sujet provenant d'autres pays, existent. Nous avons choisi trois universités<sup>1</sup>: la faculté de médecine de l'Université de Harvard a défini cinq unités thématiques appelées « essentielles » avec 92 items<sup>2</sup>. Ce contenu traduit dix objectifs d'enseignement. Par exemple, l'item « déficience en vitamines et minéraux » de l'unité thématique « Biochimie, physiologie et pathologie » s'accorde avec l'objectif « Description de l'absorption et du métabolisme des principaux nutriments chez l'homme sain et malade ». Ce contenu est similaire à celui que propose le programme de *Nutrition in Médecine* de l'université de Université du Caroline du Nord<sup>3</sup>. Ce programme est désormais utilisé comme référence dans ce pays. L'université de Northwestern à Chicago<sup>4</sup> propose quant à elle, onze unités

<sup>1</sup> L. Clifford, « Integrating nutrition as a theme throughout the medical school curriculum », *Am J Clin Nutr* 2000, vol. 72, p. 882S-889S.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 883S.

<sup>3</sup> KM. Adams, M. Kohlmeier, M. Powell, SH. Zeisel. « Nutrition in Medicine: Nutrition Education for Medical Students and Residents », *op.cit.*, p. 471-480.

<sup>4</sup> RF. Kushner, VH. Linda, RL. Cheryl, SE. Marilyn, WB. Connie, M. Kohlmeier, and SR. Akabas, « Nutrition education in medical school: a time of opportunity », *Am J Clin Nutr* 2014, vol. 99, p. 1167S-73S.

thématiques qui renvoient aux cycles préclinique et clinique de la formation. Nous constatons que les contenus du programme du CEN sont semblables à ceux des universités américaines, mais ils sont présentés sans être regroupés dans des unités thématiques, bien qu'intégrés dans les Unités d'Enseignement de chaque cycle. Les trois programmes de ces universités américaines et celui du CEN ont comme point commun de définir des contenus concernant :

- Les aspects fondamentaux biologiques, qui correspondraient à la connaissance de recouvrement avec les disciplines biologiques (biochimie, physiologie, etc.).
- L'évaluation de l'état nutritionnel.
- Le nutriment, l'aliment et les compléments.
- La dimension thérapeutique et préventive de la nutrition.

La thérapie nutritionnelle qui concerne principalement l'utilisation de support nutritionnel (IE, NE, NP, SN) est présente dans les trois programmes universitaires mentionnés mais elle n'est pas intégrée au noyau de connaissances propres à la nutrition de la SACN.

De manière générale, ces points communs montrent que la nutrition cible l'état nutritionnel et cela dans une dimension préventive en lien avec l'état de santé, les patients sains et en prenant compte de la dimension thérapeutique concernant la maladie et les malades. Ainsi les compétences des médecins dans leur exercice ne se limitent pas à la dimension curative, mais elles incluent aussi la dimension préventive, à savoir les compétences qu'impliquent les 9 repères du PNNS.

Tableau 14. Noyaux de connaissances de la discipline de la nutrition selon la Société américaine des sciences de la nutrition et la connaissance pour l'enseignement de la nutrition dans les facultés de médecine.

Société américaine de sciences de la nutrition	Programme Nutrition in Médecine, Université North Caroline	Université de Northwestern, Chicago	Université de Harvard	CNE, France
Intégré dans le curriculum	Intégré dans le curriculum	Formation préclinique	Intégré dans le curriculum	Premier cycle
1) Compétences en recherche	1) Fondements en science de la nutrition	1) Micronutriments et macronutriments	1) Biochimie, physiologie et pathologie, 24 items	1) Fondamentaux en nutrition humaine 12 items
2) Nutriments et autres composants alimentaires: Structure, biochimie et fonctions métaboliques	2) Evaluation de l'état nutritionnel 8 items	2) Métabolisme et calcul de la dépense énergétique de base, composition corporelle	2) Evaluation de l'état nutritionnel 16 items	2) Pathologie nutritionnelle 3 items
3) Aliments, diète et suppléments	3) Prévention 13 items	3) Evaluation de l'état nutritionnel-IMC, gain / perte de poids, les carences en nutriments	3) 16 items	Deuxième cycle :
4) Evaluation de l'état nutritionnel	4) Traitement de la maladie 20 items	4) Besoins nutritionnels tout au long du cycle de vie	4) Diète et prévention 14 items	3) Circulation - métabolismes
5) Nutrition et maladie	5) Thérapie nutritionnelle	5) Réaliser anamnèse de l'alimentation / de l'activité physique et la prescription de l'activité physique	5) Nutrition et maladies 29 items	4) De la conception à la naissance - Pathologie de la femme - Hérité - L'Enfant L'Adolescent.
6) Interventions nutritionnelle et politique		6) Nutrition et les étapes de la vie	6) Thérapie nutritionnelle 9 items	5) Maturation -Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives.
7) Compétences analytiques.		Formation Clinique		6) Maladies transmissibles - Risques sanitaires - Santé au travail.
		7) La nutrition dans la promotion de la santé et la prévention des maladies des États-Unis		7) Inflammation - Immuno pathologie.
		8) Lignes directrices nationales pour la prévention et le traitement de l'obésité, le diabète, l'hypertension, la maladie coronarienne, le cancer, l'ostéoporose, etc.		8) Le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses
		9) Gestion médicale ambulatoire et en milieu hospitalier de la thérapie nutritionnelle pour les maladies aiguës et chroniques		24 items
		10) Nutrition en réanimation, NE, NP		
		11) Adresser les patients à une diététicienne (RD) pour la consultation en nutrition		

A titre d'exemple d'avancée significative, en 2011, nous sommes parvenus, en Colombie, avec la Société colombienne de nutrition clinique, à établir un consensus national sur les compétences requises de la part du médecin en nutrition<sup>1</sup>. Un comité d'experts intégrant quatre médecins et deux diététiciennes a sélectionné, en se fondant sur les résultats de la littérature scientifique, un total de 6 unités thématiques et de 178 compétences. Lors d'une journée consacrée à l'élaboration de ce consensus, 47 professionnels médecins et diététiciennes impliqués dans le domaine de la nutrition ont été invités. Par votation, ces données ont été sélectionnés, les compétences ne faisant pas le consensus ayant fait l'objet de discussions. Parmi les résultats, certaines compétences comme le dépistage, l'évaluation nutritionnelle et les connaissances du rôle de la nutrition et d'autres modes de vie sains dans la prévention des maladies chroniques, ont été considérées à l'unanimité comme prioritaires.

Parmi les compétences qui n'ont pas fait l'unanimité, il faut signaler les « conseils nutritionnels » (*nutritional counselling*). Ces derniers se définissent comme un processus éducatif, concernant l'alimentation, qui implique la communication entre le soignant

<sup>1</sup> D. Cardenas, J. Kling, LS. Hidalgo, C. Bagés, A. Navas, C. Posada, «Consenso nacional sobre competencias profesionales en nutrición para el médico general », *RCMN* 2012, vol. 3, p. 19-35.

formé en nutrition et l'individu à toute étape de la vie. En France, cela concerne par exemple, l'éducation des 9 repères nutritionnels du PNNS. Le but est d'analyser une situation nutritionnelle individuelle et d'aider à prendre des décisions à ce sujet, sur la base des résultats de l'évaluation et de l'analyse des pratiques nutritionnelles, du renforcement des pratiques identifiées comme positives et de corriger celles considérées à risque, afin d'assurer un état nutritionnel adéquat. L'objectif du conseil est de maintenir la santé et la qualité de vie, d'assurer la prévention des maladies et le traitement de certaines maladies liées à l'alimentation. Le *Preventive Services Task Force* des Etats-Unis recommande d'ailleurs de fournir des conseils sur le comportement alimentaire chez les patients adultes dans des cas spécifiques tels que l'hyperlipidémie et d'autres facteurs à risque connus pour les maladies cardiovasculaires, ainsi que dans le cas de maladies chroniques liées à l'alimentation. Le conseil nutritionnel, selon cette entité, peut être donné par les médecins de soins primaires ou par d'autres spécialistes référents, tels que des nutritionnistes ou des diététiciens<sup>1</sup>. En France, les conseils nutritionnels sont un élément constitutif de la consultation en diététique.

Les raisons évoquées pour concevoir cette compétence résident dans l'idée qu'elle ne concerne pas les médecins, mais serait propre à la pratique du métier de diététicienne. En Colombie, comme dans la plupart des pays d'Amérique latine, ainsi qu'aux Etats-Unis, le titre de « diététicien » est obtenu après une formation universitaire de bac +4, pouvant parfois s'étendre même jusqu'au niveau de Master et de Doctorat. D'une certaine manière, ces professionnels se sentent en concurrence et menacés de voir leurs domaines de compétences concurrencés et transgressés par d'autres professionnels. Cela s'explique précisément par l'absence de définitions des compétences et de domaines spécifiques à chaque métier, favorisant ainsi l'idée qu'il s'agit d'un champ dont pourraient s'emparer différents professionnels.

Après cette analyse, il est possible de rendre compte de l'importance de ce noyau de connaissances en nutrition humaine, tel qu'il est identifié par le CEN, et qui peut servir de référence à l'enseignement dans les facultés de médecine. Or, la difficulté est que cet enseignement est définitivement inscrit dans les curriculums, en accord avec une formation pratique dans le cadre de stages hospitaliers. Cependant, nous pensons qu'il est nécessaire de définir un noyau de connaissances générales susceptibles de servir

---

<sup>1</sup> U.S. Preventive Services Task Force. « Behavioral Counseling in Primary Care to Promote a Healthy Diet : Recommendations and Rationale », *Am J Prev Med* 2003, vol. 24, p. 93-100.

comme cadre de référence en France, une sorte de socle de connaissances et de compétences de base indispensables, complétées ensuite par l'apport de chaque corps professionnel. Cela donnerait une cohérence à la fois aux enseignements de la nutrition et à l'exercice des soins nutritionnels. Ce noyau de connaissances doit, pour cela, bien tenir compte de la politique nutritionnelle en France, notamment du PNNS.

Il est important de souligner que toutes les professions de santé sont concernées par les soins nutritionnels : médecins, sages-femmes et odontologistes, mais aussi diététiciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens, et orthophonistes. Cette pratique se fonde sur la mise en œuvre de compétences communes et le respect de compétences individuelles professionnelles. Les soins nutritionnels, ainsi réalisés par l'ensemble des professionnels du soin, doivent chercher à établir des compétences impliquant une collaboration interprofessionnelle, et cela pour le bénéfice des patients. Toutefois, le binôme médecin-diététicien reste un des acteurs clé des soins nutritionnels. Dans ce cadre précis, et pour que cela devienne effectif, il est d'abord indispensable de définir les limites et les difficultés d'interaction de ces deux professions.

### **3.2.2 Le métier de diététicien**

Le travail mené par les professionnels en diététique est complémentaire de celui mis en œuvre par les professionnels médecins dans les soins nutritionnels. Cependant, cette complémentarité a du mal à se mettre en place. Les difficultés se trouvent toutefois des deux côtés. D'une part, les médecins, comme nous l'avons déjà analysé, ne sont pas formés et, souvent, ils ne sont pas attentifs à la problématique nutritionnelle dans les établissements de santé, ce qui conduit à une méconnaissance du métier de diététicien. D'autre part, il n'existe pas de rôle bien défini pour les diététiciens dans les établissements de santé et leurs fonctions sont souvent ambiguës. Voici ce qu'affirme à propos de cette difficulté le Pr. Kempt dans son *Rapport sur l'évolution du métier de diététicien* :

« Il existe en effet un contraste frappant entre l'importance déclarée des problèmes de santé publique (PNNS) et la place centrale de la nutrition par rapport aux moyens et à l'importance

donnée à ces différents acteurs, quel que soit le domaine d'expression (soins, éducation, organisation et recherche)<sup>1</sup>. »

La preuve de cela est l'absence d'évolution de la formation des diététiciens, malgré une demande générale de la part des associations de diététiciens et le fait que cela soit signalé dans de nombreux rapports concernant la problématique nutritionnelle. En effet, il s'agit d'une profession très hétérogène : elle se présente certes comme une discipline médicale mais elle est principalement reconnue surtout par ses activités au sein de la collectivité et dans l'industrie alimentaire. Le métier de diététicien présente ainsi des enjeux majeurs qui ont comme origine le fait que leur formation se révèle inadaptée.

Il s'agit d'un métier reconnu comme professionnel de santé depuis moins de 10 ans, mais sa formation n'a pas évolué au rythme des enjeux actuels. En effet, la formation semble courte et insuffisante au regard des vastes domaines possibles d'exercice de la profession. Cela pose particulièrement problème dans le domaine médical.

La profession de diététicien est inscrite depuis plusieurs années dans le Code de la Santé Publique dans la rubrique auxiliaires médicaux<sup>2</sup>. Ce cadre réglementaire fixe l'exercice de la profession et autorise quelques uns à porter le titre de « diététicien ». Les personnes titulaires du diplôme d'Etat français de diététicien peuvent faire accompagner ou non leur titre du qualificatif, « nutritionniste »<sup>3</sup>.

Pour accéder à ce Diplôme d'Etat français, deux voies sont possibles : le Brevet de Technicien supérieur en Diététique (B.T.S.) et le Diplôme universitaire en génie biologique option Diététique (D.U.T.). Il s'agit de formations délivrées par le ministère de l'Education Nationale et dont la durée de formation est de 2 années. Or la dénomination « Diplôme d'Etat » n'est cependant pas applicable pour les diplômes actuels, ce qui n'empêche pas les professionnels d'exercer. Il faut noter que ces deux formations sont bel et bien distinctes, alors qu'elles ciblent la même profession et par suite la même fonction. Ce règlement définit la profession comme :

« toute personne qui, habituellement, dispense des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles

---

<sup>1</sup> M. Krempf *Rapport sur l'évolution du métier de diététicien, Programme National Nutrition Santé (PNNS)*, 2002. [http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/rapport\\_krempf.pdf](http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/rapport_krempf.pdf) (consulté le 2 février 2016) . Ce rapport s'inscrit dans le cadre du programme national nutrition santé, qui a retenu au nombre des actions à mener, une réflexion sur les métiers de la nutrition et sur la formation des personnels intervenant dans ce domaine.

<sup>2</sup> Loi N° 2007-127 du 30 janvier 2007, Journal officiel n. 27 du 1 février 2007.

<sup>3</sup> Le terme de « nutritionniste » est un qualificatif mais qui ne définit pas une profession, il peut être utilisé par toute personne (médecin, ingénieur, diététicien,) ayant une formation en nutrition. Nous analyserons les enjeux de ce qualificatif plus bas.

du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un bilan diététique personnalisé et une éducation diététique adaptée<sup>1</sup>.»

Leur fonction est donc définie selon divers domaines :

- Les établissements des soins.
- Le secteur libéral.
- La restauration collective.
- Les structures de santé publique (municipalité, centre d'examens pour la santé, comité d'éducation pour la santé, etc.).
- L'industrie alimentaire et pharmaco/diététique.
- Les structures de recherche.

Malgré les multiples fonctions auxquelles ils s'appliquent et l'importance confirmée par les pouvoirs publics (politique PNNS) du rôle des diététiciens, ces diplômés neurent que deux années. Une formation sur trois années pour l'enseignement supérieur mettrait le diplôme au niveau d'une licence professionnelle et serait donc considéré comme un diplôme reconnu de niveau II, équivalent cadre, donc nettement au-dessus du niveau de recrutement actuel des diététiciens dans les établissements de soins<sup>2</sup>.

La formation est organisée sur deux années (1600 heures de cours avec les TD et les TP) et regroupe différentes disciplines : français, nutrition/alimentation, biochimie/physiologie, bases physiopathologiques, régimes, techniques culinaires, gestion et une langue facultative. Deux stages sont prévus : l'un de 6 semaines durant la première année et l'autre de 14 semaines (parfois fractionné en plusieurs périodes) la deuxième année, soit un total de pratique sur le terrain d'environ 20 semaines. L'enseignement théorique et pratique se révèle largement insuffisant si on le compare aux autres professions de santé (voir Tableau 15).

---

<sup>1</sup> Loi N° 2007-127 du 30 janvier 2007, Art. L 4371-1

<sup>2</sup> M. Krempf, *Rapport sur l'évolution du métier de diététicien, Programme National Nutrition Santé (PNNS)*, op.cit.p. 24.



Tableau 15 Comparaison de la formation du diététicien par rapport à celle du personnel soignant ou rééducateurs<sup>1</sup>

<b>Professions</b>	<b>Formation CM et TD Heures</b>	<b>Stage Heures</b>	<b>Niveau d'études reconnu</b>	<b>Diplôme</b>
<b><i>Diététicien</i></b>	<b>1600/1800</b>	<b>800</b>	<b>Bac + 2</b>	<b>DUT/BTS</b>
Infirmière	2240	2275	3	DE
<b><i>Ergothérapeute</i></b>	1870	1560	3	DE
<b><i>Kinésithérapeute</i></b>	1860	1205	3	DE
<b><i>Orthophoniste</i></b>	1640	1200	4	Certificat de capacité
Manipulateur – radio	1528	2578	3	DE / DTS
Pédicure – Podologue	1315	1695	3	DE
Psychomotricien	1090	1080	3	DE
Technicien de Laboratoire	1560	4 à 8 semaines 800	Bac + 2	DE / BTS / DUT

Le diététicien est certes un professionnel de santé, mais sa formation n'est pas menée en milieu hospitalier. La place de ces professionnels dans le milieu de soins est du coup souvent ambigu. La fonction des diététiciens, pour beaucoup d'administrateurs d'établissement de santé, est avant tout un service apporté à la clientèle (malades ou restauration collective). C'est la fonction de gestion administrative (des stocks et de l'alimentation des usagers des hôpitaux) qui est prioritaire avec comme finalité de pouvoir assurer la sécurité maximale et, le cas échéant, une qualité gustative acceptable. Il est intéressant de souligner qu'encore aujourd'hui dans de très nombreux établissements, le service diététique dépend, comme au XVIIIème siècle, directement de la direction des services économiques et/ou du responsable des unités de production. Cela montre comment la diététique et la nutrition à l'hôpital, ne sont toujours pas conçues comme un soin.

<sup>1</sup> M. Krempf, Rapport sur l'évolution du métier de diététicien, Programme National Nutrition Santé (PNNS), op.cit., p. 19.

L'autre preuve confirmant cette thèse est le rôle du diététicien, censé traduire en menu la prescription diététique du médecin : il est souvent assimilé à un cuisinier. La mission relative aux soins est alors négligée. Cette problématique est moins fréquente lorsque l'établissement se passe de services diététiques pour confier toute la restauration à une unité de production de repas. Dans ce contexte, il est fréquent d'observer que les soins et l'éducation nutritionnels sont largement négligés, voire occultés. Dans les établissements où il existe un service de diététique, il est possible de rencontrer d'autres difficultés. Premièrement, les effectifs souvent très faibles obligeant ainsi à cibler et à limiter les interventions uniquement sur quelques services ou sur certains types de patient, mais au détriment des nombreux autres patients hospitalisés. Cette dilution de l'activité conduit à une perte de l'efficacité des soins. Deuxièmement, l'absence de définition des rôles des différents soignants pose des difficultés. Cela concerne le médecin mais aussi les infirmières. Rappelons que la mission du métier de diététicien, avant que ce dernier n'existe, était, en France, confiée aux infirmières. Du coup, certaines infirmières considèrent qu'elles ont aussi pour mission la prise en charge des aspects nutritionnels du patient hospitalisé. Ainsi, certaines des missions, comme l'éducation nutritionnelle ou le calcul de la prise alimentaire des patients, qui auraient dû normalement revenir aux diététiciens, ont été attribuées ou réattribuées au personnel soignant notamment, aux infirmières.

En ce qui concerne les médecins, leur position envers les diététiciens est souvent ambiguë, car ils reconnaissent l'importance de la nutrition mais ne leur donnent pas une place dans les soins intégraux du malade. Cela s'explique, d'une part, parce que le métier de diététicien est assez mal connu de la part des médecins généralistes<sup>1</sup> (qui d'ailleurs confondent le rôle exact des diététiciens et des nutritionnistes) et, d'autre part, par le non-remboursement des actes diététiques. Les médecins peuvent les considérer comme de simples adjuvants au soin sans les intégrer véritablement dans l'équipe soignante. Certes, cela a évolué légèrement avec la place du diététicien dans le CLAN et dans les Unités transversales de nutrition. Les médecins, une fois identifiée une problématique nutritionnelle, comme par exemple, la nécessité de la perte de poids ou la nécessité de mettre en place un régime hypocholestérolémiant, peuvent désormais adresser les malades à une consultation diététique. Pour cela, les médecins devront connaître ces indications et les principes de ces interventions alimentaires, mais ce sont

---

<sup>1</sup> *Ibid.*, p.23.

les diététiciens qui sont concernés par cette fonction. C'est au moyen d'une consultation diététique bien menée (consultation initiale de suivi, etc.) que l'objectif de perte du poids ou de réduction du cholestérol par une intervention diététique pourra être atteint. Ces consultations sont de véritables soins et doivent être inscrits dans les soins nutritionnels. Elles ont pour objectif de :

« garantir des apports nutritionnels quantitativement et qualitativement conformes à l'état physiologique des personnes, à leur pathologie et aux traitements poursuivis, tout en tenant compte de leurs préférences, de leurs habitudes culturelles et religieuses, de leurs capacités individuelles, et en préservant le plaisir de s'alimenter. La démarche de soin diététique apporte un cadre à la consultation diététique et comporte de spécificités en termes d'outils, de stratégies et d'évaluation, selon les orientations des consultations<sup>1</sup>. »

Malgré l'importance accordée à la nutrition et la possibilité de conférer un statut de soins aux consultations diététiques, ces dernières ne sont pas remboursées par la sécurité sociale mais uniquement par certaines mutuelles. Ainsi, dans la majorité des consultations médicales, face à la nécessité d'une intervention nutritionnelle, l'action est souvent limitée à des recommandations généralisées sur le mode d'une prescription médicale, uniformisée et identique pour tous les patients. Ces recommandations diététiques ne peuvent ainsi prétendre s'intégrer dans les soins du patient et ne font pas l'objet d'un suivi adapté et nécessaire.

Dans ce contexte, il s'avère indispensable de redéfinir le rôle et la mission de diététicien. Cette profession doit évoluer pour avoir une meilleure lisibilité dans le cadre des soins. Pour cela, le statut de diététicien doit être modifié et devenir l'équivalent de celui d'un « cadre » et sa formation devrait pouvoir s'intégrer dès la première année d'études à un diplôme de formation générale en sciences médicales. Leur complémentarité avec la médecine doit se fonder sur cette avancée dans la formation.

A ce manque de formation solide des diététiciens s'ajoute un problème qui est celui du manque de référent médecin spécialisé.

---

<sup>1</sup> Association de diététiciens de langue Française, *Recommandations pour la pratique clinique, La consultation diététique réalisée par un diététicien*, Haut autorité de Santé, 2006.  
[http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/recommandations/consultation\\_dietetique\\_recos.pdf](http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/recommandations/consultation_dietetique_recos.pdf) (consulté le 30 mars 2016)

### **3.3 Le métier de nutritionniste : un problème à résoudre, une exigence à accomplir**

Si l'on est amené à réfléchir sur le métier de nutritionniste, c'est précisément parce que cette qualification peut être utilisée aujourd'hui en France avec peu de discernement. En effet, le mot nutritionniste ne définit pas une profession, il peut être utilisé par toute personne médecin, ingénieur, diététicien, infirmière ayant reçu une formation en nutrition. Or cette formation souvent universitaire est diverse et très hétérogène, et au regard de ses implications scientifiques, elle ne s'improvise pas.

Ce qui se trouve au centre de cette problématique et de la nécessité de définir clairement le métier de nutritionniste, c'est le souci de nourrir l'homme malade. Dans le cadre actuel de la pratique de la médecine et face à de nombreuses situations auxquelles on peut désormais remédier grâce au progrès de la médecine, la nutrition peut être le facteur déterminant de la survie de la personne et du succès du traitement. Malgré les nombreuses avancées de la médecine dans d'autres domaines, la faim, la dénutrition et d'autres pathologies de la nutrition sont fréquentes et régulièrement ignorées à l'hôpital ou par les cadres libéraux. Toutefois, nourrir l'homme malade n'est pas seulement un soin, mais un traitement, qui nécessite de la part de professionnels des compétences spécifiques. Nous avons étudié les enjeux éthiques de ce double statut de la nutrition. Il s'agit de faire face à la double vulnérabilité des malades dénutris et cela avec des qualités morales d'attention, de compétence, de responsabilité et avec la capacité de réponse. Face à cela, la définition rigoureuse d'un professionnel avec les compétences scientifiques et techniques nécessaires mais aussi morales, est plus que jamais une exigence pour faire face à la faim et la souffrance de ces patients.

Qui est aujourd'hui « nutritionniste » en France ? C'est un métier qui s'exerce en libéral ou à l'hôpital. Il existerait des milliers de médecins, (on ne dispose pas de statistiques précises) qui affirment pratiquer la « nutrition », souvent après la validation d'un Diplôme Universitaire en Nutrition. Cependant, cela n'est pas reconnu par le Conseil de l'ordre des médecins comme étant une pratique officielle. La difficulté ici est qu'il n'existe pas de contrôle sur ces formations ni sur les modes d'exercice de la nutrition. Pour ne rien ignorer de ce panorama inquiétant, il existe aussi des non-médecins avec des formations (à distance sur internet) qui réalisent des consultations de nutrition. C'est le cas de nombreux « coach nutritionnels » qui, après une formation de quelques heures, deviennent des « conseillers en nutrition ». C'est ainsi qu'il est possible de rencontrer des « coach minceurs », « amaigrisseurs », « nutriciopathes », «

micronutriciologues », « nutritiologies » tous plus ou moins dangereux dans la mesure où le public les considère comme des nutritionnistes avérés.

Aujourd'hui, les médecins ayant officiellement le titre de nutritionnistes, sont des médecins qui ont validé le diplôme d'études spécialisées complémentaires de Nutrition (DESC). Il s'agit d'un DESC de type 1 ouvert également, aux spécialistes de Médecine générale. Le DESC type 1 n'est pas qualifiant. Autrement dit, il n'impose pas un exercice exclusif de la discipline. Ainsi, la nutrition continue de se fragmenter en raison d'un exercice inscrit dans un spectre trop large de spécialités. Par exemple, un réanimateur ayant validé le DESC de nutrition se limitera aux soins nutritionnels dans le service de réanimation, ou un gastroentérologue, aux soins concernant les maladies du système digestif. Toutefois, et c'est là aussi un problème, le nombre d'étudiants est en baisse depuis 2007. 50 étudiants sont inscrits en moyenne mais la validation finale n'est effectuée que par cinq à huit étudiants par an au niveau national. La raison principale réside dans le manque d'attractivité et de définition claire de ce métier. Depuis 2004, la Fédération nationale des associations médicales de nutrition<sup>1</sup> a pour objectif de garantir un cadre réglementaire de protection du titre de médecin nutritionniste. Cette entité certifie la pratique de la Nutrition à tous les praticiens qui ne justifient pas du DESC, au moyen de conditions strictes, avec l'aide des représentants universitaires de la discipline, puis des autorités corporatives et administratives.

La nécessité de reconnaître la nutrition comme une véritable spécialité n'est pas récente et elle ne se limite pas au contexte français. Voici ce qu'affirme en 1979 les professeurs de médecine de *Letterman Army Institute of Research* à San Francisco :

«Despite the recognition that dietary components or their absence can cause illness, that chronically ill patients often are malnourished and that nutritional therapy is technically possible in conditions in which it had been impossible, there still is reluctance by some to accept clinical nutrition as a medical specialty. Instead nutrition is fragmented among other medical specialties where it is used only within the context of that specialty without regard for clinical nutrition as an entity<sup>2</sup>. »

« Malgré la reconnaissance du fait que les composants alimentaires ou leur absence peuvent causer des maladies, que les patients souffrant de maladies chroniques souvent sont mal nourris et que la thérapie nutritionnelle est techniquement possible dans des conditions dans lesquelles auparavant cela était impossible, il y a encore une réticence de certains à accepter la nutrition clinique comme

---

<sup>1</sup> <http://www.fnamn.fr/category/presentation/> (consulté le 30 mars 2016).

<sup>2</sup> RH. Herman, L. Hagler, « Clinical Nutrition is a Medical Speciality », *The Western Journal of Medicine* 1983, vol. 130, p. 93-94.

une spécialité médicale. Au lieu de cela, la nutrition est fragmentée parmi d'autres spécialités médicales où elle est utilisée uniquement dans le cadre de cette spécialité sans tenir compte de la nutrition clinique comme entité. »

Aux Etats Unis, le *Physician Nutrition Specialist*® est un titre conféré aux médecins spécialistes ayant validé une formation spécifique de nutrition<sup>1</sup>. C'est également une sous-spécialité exercée à partir de la médecine interne, de la pédiatrie, de la médecine familiale, ou de la chirurgie générale et parfois de la gastroentérologie pédiatrique, de l'endocrinologie, des soins intensifs, de la néphrologie, de la cardiologie ou autres. A ce jour, nous n'avons pas trouvé un pays qui reconnaisse la nutrition comme une véritable spécialité médicale. En Amérique Latine, les formations complémentaires en nutrition sont rares et la plupart sont de type master. En France, malgré le fait que la société des savants et des experts<sup>2</sup> a exprimé sa position face à la nécessité de reconnaître la nutrition comme une spécialité (médecins nutritionnistes), elle reste encore aujourd'hui une formation complémentaire pour divers spécialistes.

Compte-tenu de ces difficultés, comment redéfinir le métier de « nutritionniste » ? Le CNE propose un DES de quatre années permettant la qualification de « Médecin nutritionniste ». Cet organisme définit le métier ainsi :

« L'utilisation du terme « Nutritionniste » doit être réservée à des médecins ayant un exercice exclusif de la Nutrition (...). Le Médecin Nutritionniste est un médecin avant tout compétent dans quatre domaines : les maladies de la surnutrition (obésité y compris le suivi après chirurgie bariatrique, diabète de type 2, syndrome métabolique, dyslipidémies, stéatopathies métaboliques (NASH)), la dénutrition (personne âgée fragile, cancer, situations d'agression, insuffisances d'organes, maladies digestives, malade hospitalisé, maladies chroniques, carences nutritionnelles spécifiques), les pathologies liées à l'alimentation ou nécessitant des régimes alimentaires spécifiques (allergies alimentaires, erreurs innées du métabolisme), et les troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale, boulimie...). Il est compétent aussi dans tous les domaines qui touchent à la prévention des maladies nutritionnelles ou des maladies pour lesquelles la nutrition est un facteur prédisposant ou protecteur<sup>3</sup>. »

---

<sup>1</sup>[http://www.nutritioncare.org/NBPNS/Physician\\_Nutrition\\_Specialist/Physician\\_Nutrition\\_Specialist/](http://www.nutritioncare.org/NBPNS/Physician_Nutrition_Specialist/Physician_Nutrition_Specialist/) (Consulté le 27 mars 2016)

<sup>2</sup> Société Francophone de Nutrition : E. Fontaine, « Ne dites pas à ma mère que je suis nutritionniste, elle croit que je suis médecin », *op.cit.*, p.1-2. A. Martin, « La formation à la nutrition des professionnels », *op.cit.*

<sup>3</sup> *Referentiel Metier de Nutrition*, Collège des Enseignants de Nutrition de Facultés de Médecins, 2010. [www.lewebducen.fr/app/download/5789210128/référentiel+métier+nutrition.pdf](http://www.lewebducen.fr/app/download/5789210128/référentiel+métier+nutrition.pdf) (consulté le 10 Mars 2016).

Le Médecin Nutritionniste peut exercer en milieu libéral ou dans toute structure impliquée dans le soin ou la prévention. Sa mission concerne la dimension de soin de la nutrition mais aussi l'organisation et la coordination des soins et de la recherche biomédicale. Ainsi, les médecins sont en charge :

« Du diagnostic (déterminants et conséquences) de ces situations pathologiques, de l'évaluation de l'état nutritionnel (par des moyens cliniques et des explorations complémentaires dont certaines lui sont propres : calorimétrie indirecte, techniques de mesure de la composition corporelle, holter d'activité physique ...), de la mise en place et du suivi des stratégies nutritionnelles médicales ou chirurgicales (incluant la nutrition péri-opératoire). »

Ces spécialités seraient concernées par le deuxième et troisième niveaux des soins de santé. Le premier niveau est relatif aux soins de santé primaires pris en charge par le médecin généraliste, d'où l'importance d'une formation initiale adaptée de ces professionnels. Le second niveau correspond aux soins de premier recours nutritionnel et concerne directement les médecins nutritionnistes. Le troisième niveau se définit comme le second recours nutritionnel dans lequel le médecin nutritionniste agirait dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire disposant de capacités d'explorations nutritionnelles spécialisées (dépense énergétique par calorimétrie indirecte et composition corporelle par absorptiomètre bioénergétique ou pléthysmographie). Il coordonnerait ainsi les actions territoriales en santé publique (capacité de collaborations régionales et interrégionales).

Nous considérons que les médecins nutritionnistes sont des spécialistes de la nutrition clinique et que, au-delà de la nécessité de déterminer les différents modes et niveaux de possibilités d'exercice ou d'établir une *check List* des maladies susceptibles d'être concernées par la nutrition, il est nécessaire avant tout de délimiter et de définir clairement pour la nutrition clinique, avec les éléments suivants :

1. Son objet d'étude.
2. Son domaine de connaissance.
3. L'objectif de sa pratique.

Cette définition implique la possibilité d'établir un noyau de compétences de la nutrition clinique. Cette caractéristique permettra de donner une identité à cette discipline et d'homogénéiser les contenus de formation des futurs spécialistes. Ces trois

caractéristiques, ainsi que la caractérisation de la nutrition clinique comme science, établies par nos soins, ont fait l'objet d'une publication dans le Journal de la société européenne de nutrition clinique *Clinical Nutrition* (Annexe 2). Ici, nous avons montré que la transformation de la notion de nutriment a été l'un des facteurs clé du développement de la discipline. En effet, désormais, il est possible de nourrir des patients dans certaines situations cliniques extrêmes qui auparavant conduisaient à des décès faute de nutriments. Dans ce contexte, le domaine de la nutrition clinique peut se définir par la malnutrition, l'alimentation, le métabolisme, la santé et la maladie. En effet, la nutrition clinique porte sur tous ces aspects, mais il y en a un qui le définit précisément : la malnutrition. C'est le principal problème abordé par la nutrition clinique. Cela signifie que les connaissances et la pratique sont censées aider à lutter contre la malnutrition, dans le cadre du processus de soins nutritionnels. L'objectif est donc d'appliquer les principes du support nutritionnel (i.e. nutriment artificiels) dans le cadre de soins nutritionnels, ceci afin d'assurer l'état nutritionnel et de moduler d'autres fonctions biologiques pour influencer positivement le traitement des patients et la guérison.

La formation de ces spécialistes doit être en accord avec cette conception de la nutrition clinique. Elle met en évidence la souffrance de la faim et de la malnutrition et permet ainsi de délimiter le cadre d'action relatif à la relation patient-médecin.

Une dernière considération est nécessaire. Le titre de « nutritionniste » ne doit pas être octroyé exclusivement à des médecins. Dans la mesure où le métier de diététicien évolue et entre dans le cadre de formation université LMD, la spécialité de nutritionniste pourrait être envisageable. De la même manière, les infirmières ou les pharmaciens après une formation spécialisée, pourraient intégrer ce corps professionnel et devenir, par exemple, des infirmiers « nutritionnistes ».

Ces différents professionnels seraient amenés à travailler dans des unités transversales de nutrition clinique (UTNC). Ces équipes multidisciplinaires sont formées afin d'offrir un support nutritionnel spécialisé de qualité. Elles ont pour mission principale d'évaluer l'état nutritionnel des patients, de prescrire les besoins nutritionnels et de réduire l'incidence des complications métaboliques à travers un suivi régulier. Elles ont été créées en France par la circulaire du 29 mars 2002 relative à l'alimentation



et à la nutrition dans les établissements de santé<sup>1</sup>. Cette structure organisée autour d'un médecin nutritionniste reconnu a également comme mission de développer l'enseignement et la recherche. Autour de ces équipes pourraient se regrouper des moyens humains venus de disciplines diverses, principalement des infirmiers, des diététiciens et des pharmaciens, mais aussi des psychologues, des kinésithérapeutes et d'autres professionnels susceptibles d'intervenir, offrant ainsi une pluralité de compétences. Ce travail collaboratif permettrait une approche globale de ces patients. Ces UTNC existent dans des pays anglo-saxons depuis les années 70, ainsi qu'en Allemagne, en Suisse, au Portugal et depuis les années 90 dans certains pays d'Amérique latine comme la Colombie. Elles ont montré une véritable efficacité en termes de diminution des risques dans l'utilisation du support nutritionnel pour le patient et de diminution des coûts globaux des soins de santé<sup>2</sup>.

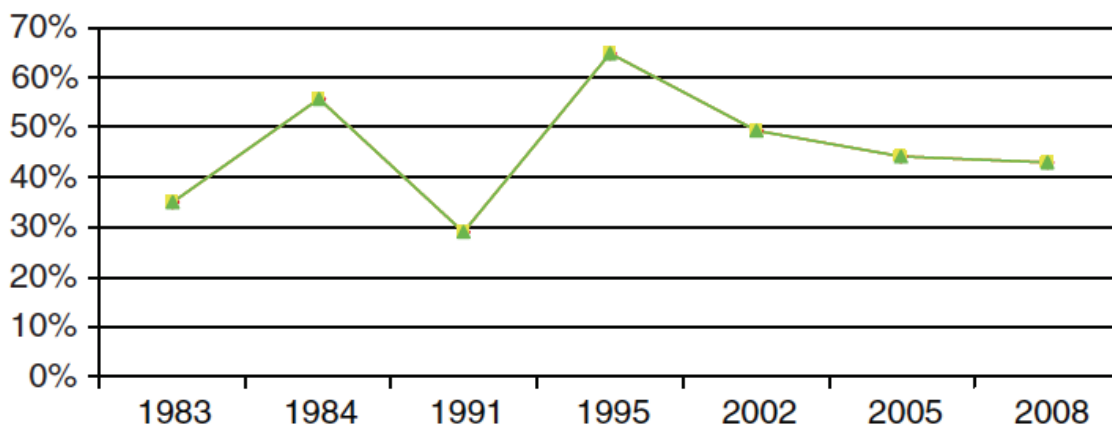
Dans le cadre de la politique nutritionnelle du PNNS, huit unités expérimentales ont été créées en mars 2008 aux CHU de Caen, Lille, Lyon, Nancy, Paris (Joffre-Dupuyrien et Necker), Rouen et Toulouse. Cette stratégie a été considérée par les décideurs politiques comme une pratique thérapeutique innovante : elle permet une traçabilité efficace des actes, la structuration transversale de la prise en charge de la dénutrition et des troubles nutritionnels, la valorisation des stratégies de prise en charge et la promotion de la pluridisciplinarité. Or, malgré ce constat, à ce jour, force est de constater que le nombre de ces groupes n'est pas en progression en France. La situation est similaire aux Etats-Unis, où ils ont diminué malgré l'existence de ces équipes depuis plus de 40 ans<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Circulaire DHOS/E1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé. <http://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-16/a0161475.htm>

<sup>2</sup> CJ. Naylor, RD. Griffiths, RS. Fernandez, « Does a Multidisciplinary Total Parenteral Nutrition Team Improve Patient Outcomes? A Systematic Review », *JPEN* 2004, vol. 28, p. 251– 258.

<sup>3</sup> M. DeLegge and A.S.P.E.N. Practice Management Task Force, and A.S.P.E.N. Board of Directors, « The State of Nutrition Support Teams and Update on Current Models for Providing Nutrition Support Therapy to Patients », *Nutrition in Clinical Practice* 2010, vol. 25, p. 76-84.



**Figure 25. Evolution de nombre d'UTNC aux Etats Unis.**

Il est important de souligner qu'il existe de nombreuses études qui soulignent l'efficacité et la pertinence de ces équipes, en particulier en ce qui concerne leur impact sur les résultats cliniques, le bon usage du support nutritionnel ainsi que sur la réduction des coûts de santé. Malgré cela, il y a eu une diminution constante du nombre de NST formelle au cours des dernières années (65% des hôpitaux en 1995 à 42% en 2008), les hôpitaux et d'autres organisations de soins de santé cherchant des moyens de réduire les coûts de santé<sup>1</sup>. Des raisons évoquées pour ne pas mettre en place des UTNC sont :

- Le manque de soutien des médecins (22%).
- Les questions de financement.
- Le manque de soutien administratif.

C'est ainsi que le développement de la profession de médecin nutritionniste pourrait favoriser le développement de ces équipes.

Ce métier se justifie alors, d'une part, par l'augmentation des maladies à déterminisme nutritionnel (maladies chroniques) et par l'importance de la dénutrition dans les hôpitaux et les autres établissements de soins qui exigent que les médecins doivent mettre en place des interventions et des conseils nutritionnels découlant des politiques et des stratégies de santé publique. D'autre part, il s'agit de répondre à la responsabilité de nourrir l'homme malade, ce qui implique de faire évoluer le statut de

<sup>1</sup> D. Seres, GS. Sacks, CA. Pedersen, « Parenteral nutrition safe practices: results of the 2003 American Society for Parenteral and Enteral Nutrition survey », *J Parenter Enteral Nutr* 2006, vol. 30, p. 259-265. JR, Wesley, « Nutrition support teams: past, present, and future », *Nutr Clin Pract* 1995, vol.10, p. 219-228. Schneider PJ. « Nutrition support teams: an evidence-based practice », *Nutr Clin Pract* 2006, vol. 21, p. 62-67.

ces médecins nutritionnistes et de les considérer comme ayant de véritables spécialités médicales.

Ainsi, l'exigence éthique de nourrir l'homme malade nous a amené à questionner les pratiques professionnelles de santé, en particulier celles des médecins et des diététiciens. Il s'avère nécessaire de faire évoluer les pratiques en définissant mieux leurs compétences et leur champ d'exercice. Dans ce contexte, le rôle des institutions est essentiel : elles doivent créer les conditions et l'espace pour que la nutrition clinique française puisse trouver son identité.

---

## Conclusion Générale

La question essentielle de notre travail était de savoir quelle est la place de la nutrition au sein de la pratique de la médecine. Autrement dit, le problème était de montrer que la nutrition, comme objet éthique, est enfin en mesure de se présenter légitimement comme un soin dans la pratique médicale. Pour cela trois approches, *épistémologique*, *éthique* et *institutionnelle*, ont été privilégiées pour mener notre recherche et vérifier nos hypothèses. Il nous paraît nécessaire à présent d'exposer les résultats de ces analyses en reprenant le cheminement de notre réflexion.

L'approche *épistémologique* a été fondamentale dans la mesure où la nutrition ne doit pas être conçue comme une somme de connaissances au croisement de champs scientifiques distincts, sans domaine propre. Bien au contraire, il s'agit d'une science autonome, dotée d'un objet prioritaire, à savoir l'état nutritionnel, d'une méthode appliquée à l'étude des nutriments et d'un noyau de connaissances spécifiques constituées à partir d'un domaine multidisciplinaire. Bien que ces connaissances se soient façonnées depuis l'Antiquité, nous considérons que la nutrition ne devient une discipline pleinement autonome qu'au XX<sup>ème</sup> siècle, lorsqu'il est possible de concevoir de manière scientifique son objet propre. L'état nutritionnel est déterminé à partir de la somme des réponses données par divers systèmes de l'organisme (digestif, neurologique, circulatoire, respiratoire, cardiovasculaire, endocrinien, immunologique, etc.) Plus précisément, il désigne une réponse « systémique » ou globale, qui est déterminée principalement par l'ingestion de nutriments ou l'alimentation. Cela suppose de considérer la nutrition comme une fonction « intégrale » et, plus rigoureusement, de définir la nutrition comme l'ensemble des éléments biologiques auxquels s'ajoutent les dimensions sociales et affectives de l'acte de manger.

C'est ainsi que la nutrition conduit à appréhender la personne dans ses multiples dimensions sans réduire cette fonction à la seule dimension biologique. Cela est particulièrement vrai lorsqu'est diagnostiquée une altération de l'état nutritionnel comme, par exemple, la dénutrition ou l'obésité. Si les critères diagnostics et la prise en charge de ces altérations sont principalement établis à partir d'arguments biologiques quantitatifs comme l'IMC, le poids, la taille, ceux-ci doivent davantage intégrer des déterminants sociaux, affectifs et psychologiques de ces maladies (ressources

économiques, activité professionnelle, aides familiales, troubles du comportement alimentaire etc.).

Il s'ensuit que la reconnaissance de l'état nutritionnel comme l'objet de la nutrition se présente comme la condition permettant de rapprocher nutrition et médecine. En effet, il existe ici une action réciproque : l'état nutritionnel détermine l'état de santé et l'état de santé détermine l'état nutritionnel. Le constat de cette interdépendance et de ses conséquences pour la recherche permet de déterminer une nouvelle discipline : la nutrition clinique. Cette dernière ne doit pas être considérée simplement comme l'application de la nutrition au domaine de la clinique ou comme la prolongation de la diététique dans le champ médical. Il s'agit bel et bien d'une nouvelle discipline résultant de cette interaction qui implique une évolution du concept de « nutriment ». C'est dans ce cadre que nous proposons la définition suivante :

La nutrition clinique est une science interdisciplinaire, concernée par la malnutrition (dénutrition / surpoids obésité / carences). Son objectif est d'appliquer les principes du support nutritionnel (i.e. nutriment artificiel) dans le cadre de soins nutritionnels afin d'assurer l'état nutritionnel et de moduler d'autres fonctions biologiques pour influencer positivement le traitement des patients et la guérison.

Autrement dit, cette science permet de savoir comment nourrir l'homme malade. Pour cela, le support nutritionnel apparaît comme étant le moyen pour administrer les besoins en nutriments, relativement à toute situation médicale. Dans ce contexte, le nutriment ne répond plus à la même notion. En raison de son mode de production et d'administration, il est désormais qualifié d'artificiel. Cette évolution traduit une volonté de rapprocher la notion de nutriment (ce qui nourrit) du concept de médicament (ce qui guérit). Bien que l'ambition consistant à conférer un statut de médicament aux nutriments soit manifeste tout au long de l'histoire de la médecine, ce n'est qu'au XXème siècle que cela devient effectif. Cela est dû au fait que des produits spécifiques, comme les pharmanutriments, les produits de nutrition entérale et les compléments alimentaires, sont classés comme « aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales » et que la nutrition parentérale est conçue comme un médicament. Ces classifications doivent être considérées comme une véritable avancée de la médecine dans la mesure où le patient est désormais protégé contre les éventuels risques induits par ces techniques, grâce au protocole de « pharmaco » vigilance et à un encadrement médical obligatoire, ce qui implique une expertise médicale spécifique.

Or s'il est vrai que l'existence de ces produits est considérée comme un progrès de la médecine, le fait de les concevoir exclusivement comme des médicaments soulève des questionnements éthiques lorsqu'il s'agit de nourrir l'homme malade. Pour rappel, nous avons déterminé, pour la nutrition clinique, un cadre de référence spécifique inscrit dans l'interaction patient-médecin (soignant). Cela est fondamental dans la mesure où la nutrition clinique permet de délimiter un champ d'action professionnel dans lequel s'inscrivent ces questionnements éthiques. C'est ainsi que l'approche *éthique*, au moyen de l'analyse de quatre cas représentatifs et d'une revue de la littérature, met en jeu, dans l'exercice de la nutrition clinique, le niveau « prudentiel » du jugement médical. Sur ce point, trois problèmes éthiques sont à retenir : tout d'abord, on insiste sur l'absence de diagnostic de la dénutrition. Lorsqu'un patient souffre de dénutrition et qu'il n'est pas pris en charge adéquatement, la souffrance est à la fois physique et morale. Pour lever cette difficulté, il est nécessaire de conférer le statut de maladie à la dénutrition et de reconnaître la vulnérabilité de ces patients. Celle-ci se caractérise à la fois, du point de vue physique, par l'altérité du corps dénutri, l'affaiblissement, la perte de l'autonomie et la possibilité de perdre la vie et, du point de vue moral, par une atteinte à sa dignité, à son statut de personne, à son intégrité. C'est pourquoi le fait de nourrir le patient dénutri ou soumis à un risque de dénutrition est une exigence éthique, un devoir pour le médecin dans la mesure où il doit répondre à cette double vulnérabilité : l'absence de diagnostic et la souffrance physique et morale. Il est donc nécessaire de concevoir le support nutritionnel comme un véritable soin. Il n'y a pas de place ici pour un clivage entre *cure* et *care*. L'acte de nourrir l'homme malade doit être évalué dans la perspective du *care* et participer à la guérison (*cure*) du patient. Le médecin doit donc intégrer des soins nutritionnels dans la prise en charge globale du malade considérant que la nourriture n'est pas seulement un moyen mais une fin, au sens où l'on a du plaisir à manger,

« La vie ne consiste pas à rechercher et à consommer les carburants fournis par la respiration et la nourriture, mais, si l'on peut dire, à consommer des nourritures terrestres et célestes. (...) Ce dont nous vivons ne nous asservit pas, nous en jouissons<sup>1</sup>. »

Le fait d'administrer l'aliment, même par voie artificielle, reconstitue une force mais nourrit aussi une vie et soutient le sentiment d'exister de la personne. Nourrir l'homme malade nécessite un engagement éthique qui se conçoit comme la mise en œuvre d'une

---

<sup>1</sup> E. Levinas, *Totalité et infini*, Paris, Le livre de Poche, 2010, p. 117-118.

pratique des soins nutritionnels, mais aussi comme une « attention soutenue à l'égard de l'autre » : les soins nutritionnels se présentent comme un véritable soin.

Le deuxième problème éthique concerne la pratique des soins nutritionnels et il met en jeu la question du droit à l'alimentation dans la mesure où ce droit est susceptible d'influencer les décisions dans la prise en charge nutritionnelle. Le droit à l'alimentation et à la nutrition doit guider l'action des soignants mais, au-delà de l'exigence de se nourrir, il doit être conçu comme le droit de toute personne malade à « être nourrie ». Plus précisément, les médecins doivent veiller à que les besoins nutritionnels lui soient administrés dans un contexte qui prenne en charge l'émotionnel, le symbolique et la dimension sociale de l'alimentation. En ce sens, la nutrition participe au respect de la dignité des patients. Cela se traduit, au niveau du jugement prudentiel, par la possibilité pour le médecin de mettre en œuvre un soin nutritionnel adapté au patient, en évaluant les bénéfices, au regard du respect du principe de bienfaisance et des risques potentiels. Cette possibilité concerne également l'arrêt de tout soin artificiel, dans le respect du principe de non-malfaisance, et le fait de lui substituer l'alimentation orale lorsqu'elle est possible et pertinente. Cette pratique ne peut devenir déraisonnable et les souhaits du patient et de la famille ne peuvent être ignorés ou négligés. Les bénéfices du support nutritionnel sont cliniques, certes, mais ils influencent également la qualité de vie. Cela exige la constitution de savoirs techniques tels que le pronostic de la maladie, la détermination des besoins de certains nutriments et la connaissance de l'histoire personnelle et familiale du patient, de ses souhaits, de ses attentes et de son projet de vie.

A cela s'ajoute le troisième problème éthique qui se présente dans le cas de l'obésité et de la vulnérabilité que cela entraîne. D'une part, la médecine, en privilégiant le traitement par des techniques chirurgicales, expose le patient à des complications nutritionnelles et de santé non négligeables et à un taux d'échec significatif. Cela est d'autant plus inacceptable qu'il s'agit en grande mesure d'une pathologie causée par des déterminants socio-culturels qui ne sont pas pris en compte. Le nombre de chirurgies bariatriques réalisées sans encadrement multidisciplinaire et sans suivi médico-nutritionnel est considérable et cette situation est alarmante. D'autre part, ces patients sont la principale cible de certaines stratégies commerciales visant à diffuser sur le marché différents produits et régimes amaigrissants, qui ne renvoient à aucun fondement scientifique. Or la nutrition ne doit, en aucun cas, être l'objet d'un marché, la

santé et le bien-être doit primer sur la rentabilité économique et les profits privés. Ainsi, il est possible de conclure qu'en interrogeant la dimension éthique des soins nutritionnels, nous interrogeons, plus largement, les valeurs du soin.

Toutefois, cette exigence éthique qu'implique l'acte de nourrir l'homme malade ne peut se concevoir pleinement sans une approche *institutionnelle*. En effet, si cette analyse est apparue essentielle pour notre recherche, c'est parce qu'elle cherche à savoir si les politiques actuelles et les institutions sont en mesure de définir et de favoriser les conditions nécessaires pour que les soins nutritionnels existent réellement. Trois constats attirent notre attention : en premier lieu, la politique nutritionnelle française est centrée sur le concept de « bien manger » pour des raisons de santé. Or, pour être pertinente, une telle position ne peut exclure la pluralité des significations relatives à l'alimentation prônées par la société actuelle. Ensuite, cette politique, bien qu'elle s'intéresse au traitement des pathologies de la nutrition, reste largement focalisée sur la problématique de l'obésité et nécessite ainsi d'être restructurée afin de mieux intégrer d'autres pathologies comme la dénutrition et le trouble du comportement alimentaire. Dans ce contexte, la priorité donnée au « bien manger » doit s'accompagner d'une autre priorité qui réside dans l'exigence d' « être nourri ». Enfin, malgré le lien évident entre médecine et nutrition, ces deux sciences ne se trouvent pas associées dans la formation des médecins, ce qui exclut la nutrition des spécialités médicales. La nutrition doit être effectivement intégrée à la formation du médecin et soumise à un système d'évaluation. Les contenus de cet enseignement doivent se fonder sur la conception de la nutrition comme une discipline multidisciplinaire, et se focaliser sur le noyau propre des connaissances de la nutrition ainsi que sur certaines connaissances biologiques, psychologiques et sociales. Par ailleurs, la nutrition clinique doit être reconnue comme une véritable spécialité. De ce point de vue, il est primordial de créer le DES de nutrition en considérant les connaissances de la nutrition clinique comme référence.

Ainsi, ce qu'il convient de retenir de notre réflexion, c'est l'idée que la nutrition clinique doit être au centre des préoccupations de la médecine. Il en est ainsi parce que l'acte de nourrir constitue en lui-même une exigence éthique. Cela ne peut être possible qu'à condition que les politiques intègrent la nutrition comme un véritable soin et que, dans ce cadre, les décideurs donnent aux médecins les moyens de se former pour répondre à ces enjeux éthiques. C'est à ce prix qu'il deviendra possible de tendre réellement vers des institutions justes qui préservent la dignité de la personne malade.





## Bibliographie

### Première partie

- Antonio C., « Chemical and mechanical theories of digestion in early modern medicine », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Science*, 2012, vol. 43, p. 329-337.
- Aristote., *Traite sur l'âme*, Paris, Vrin, 1977, II, 2,413a.
- Aron J.P., *Biologie et alimentation au XVIIIe siècle et au début du XIXe siècle*, Annales Economies, Sociétés, Civilisations, 1961, p. 972.
- Aucante V., *La philosophie médicale de Descartes*, Paris, PUF, 2006.
- Bachelard G., *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin, 2011.
- Bachelard G., *La psychanalyse du Feu*. Paris, Gallimard, 1983.
- Bachelard G., *Le Nouvel Esprit Scientifique*, Paris, PUF, 1966.
- Bernard C., *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, LGF, 2008.
- Bernard C., *Leçons sur la chaleur animale*, Paris, Baillière, 1876.
- Bernard C., *Leçons sur le diabète et la glycogénèse animale*, Paris, Baillière, 1877.
- Bichat M.F.X., *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, Paris, Flammarion, 1994.
- Boerhaave H., *Institutions de Médecine*, vol. I, Trad. M de la Mettrie. Paris, Huart, Briasson, et Duart eds., 1668-1738.
- Bourdieu P., *La distinction*, Paris, Les éditions de minuit, 1979.
- Braunstein J.F., « Paris 1800 : la naissance de la médecine moderne », dans *Aux origines de la médecine*, Paris, Fayard, 2011.
- Broussai F. J. V., *Histoire des phlegmasies, ou inflammations chroniques*, Paris, Gabon, 1808.
- Broussonnet J.L.V., *Tableau élémentaire de la sémiotique*, Montpellier, Tournel, an VI.
- Cabanis P.J.G., *Coup d'oeil sur les révolutions et sur la réforme de la médecine*, Paris, Crapelet, 1804.
- Canghulhem G., « La formation du concept de réflexe aux XVIIe et XVIIIe siècles », dans *Histoire des Sciences*, Paris, Vrin, 1994.

- Canguilhem G., « Aspects du vitalisme », dans *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 2009.
- Canguilhem G., « Les fonctions de nutrition », dans *La science moderne*, Paris, PUF, 1969.
- Canguilhem G., *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 2002.
- Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1998.
- Cannon G., « The rise and fall of dietetics and of nutrition science, 4000 BCE–2000 CE », *Public Health Nutrition* 2005, vol. 8, p.701–705.
- Cardenas D., « Let not thy food be confused with thy medicine: The Hippocratic misquotation », *Clinical Nutrition e-SPEN Journal*, 2013, p.260-268.
- Corbeau J.P., *Penser l'alimentation, entre imaginaire et rationalité*, Toulouse, Privat, 2002.
- Corbeaux J.P., « Aurons-nous à manger, que vais-je manger ? » dans *Penser l'alimentation*, Paris, Privat, 2002.
- Corvisart L., *Etudes sur les aliments et les nutriments*, Paris, Labé, 1854.
- Daremberg Ch., *La médecine dans Homère*, Paris, Didier, 1865.
- Descartes, *Discours de la méthode, Œuvres philosophiques*, Paris, Edition de F. Alquié, 1998.
- Descartes, *L'Homme et un traité de la formation du foetus, avec les remarques de Louys de La Forge*, Paris, J. Le Gras, 1664.
- Dudrick S.J., «History of Parenteral Nutrition», *Journal of the American College of Nutrition* 2009, vol. 28, p. 243-251.
- Dupont J.C., *L'Invention du médicament*, Paris, Hermann, 2013.
- Fernel J., *The Physiologia of Jean Fernel 1567*, Trad. JM. Forrester American Philosophical Society, Philadelphia, 2003.
- Flandrin J.L., Montanari M., *Histoire de l'alimentation*, Paris, Fayard, 1996.
- Fontaine E., « Lettre du président : ne dites pas à ma mère que je suis nutritionniste, elle croit que je suis médecin », *Nutrition clinique et métabolisme*, 2014, vol 28, p.1-2.
- Foucault M., *Histoire de la sexualité II, L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, 1984.
- Foucault M., *Naissance de la Clinique*, Paris, PUF, 1963.
- Galien, *Méthode de Traitement*, Paris, Gallimard, 2000.

- Galien, *Œuvres médicales choisies I. de l'utilité des parties du corps humain*. Paris, Gallimard, 1994.
- Galien, *Œuvres médicales choisies II. Des facultés naturelles*, Paris, Gallimard, 1994.
- Gayon J., « Epistémologie de la médecine », dans Dominique Lecourt (dir.) *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004.
- Gayon J., Ricqlès A., *Les fonctions : Des organismes aux artefacts* Paris, PUF, 2010.
- Grieco A.J., « Alimentation et classes sociales à la fin du Moyen Âge et à la Renaissance », dans *Histoire de l'alimentation*, J.L. Flandrin, M. Montanari, Paris, Fayard, 1996.
- Grignon C., « La découverte de la circulation sanguine : révolution ou refonte ? », *Gesnerus, Revue suisse d'histoire de la médecine et des sciences naturelles* 2011, Vol. 68, p. 5.
- Harvey W., *La circulation du sang*, trad. Charles Richet, Genève, Alliance Culturelle du Live, 1962.
- *Hippocrates, Œuvres complètes d'Hippocrate*. Trad. Littre E., Tome IX, Paris, JB Baillièrre et fils, 1861.
- Joly R., Hippocrate, *Du régime des maladies aiguës*, Paris, Les Belles Lettres, 1967.
- Joly R., *Hippocrate, Du régime*, Paris, Les Belles Lettres, 1967.
- Joly R., *Hippocrates*, médecine grecque, Paris, Gallimard, 1964.
- Joly R., *Le niveau de la science. Contribution à la psychologie de l'histoire des sciences*, Paris, Les Belles Lettres, 1966.
- Joly R., *Recherches sur le traité pseudohippocratique du Régime*, Paris, Les Belles Lettres, 1960.
- Jouanna J., *Hippocrate*, Paris, Fayard, 1992.
- Jouanna J., Magdelaine C., *Hippocrate, l'art de la médecine*. GF Flammarion, 1999.
- Kitous B., *Les Alicaments, enjeux et scénarios*, Paris, éditions ENSP, 2003.
- Knoeff R., *Herman Boerhaave, Calvinist chemist and physician*. Amsterdam, Edita Knaw, 2002.
- Lavoisier A.L., *Mémoires sur la respiration et la transpiration des animaux*, III, Paris, Gauthiers-Villars et cie., 1920.

- Lavoisier A.L., *Traité élémentaire de Chimie*, Œuvres, I, Paris, Imprimerie Impériale, 1864.
- Le Blanc G., *Canguilhem et les normes*, Paris, PUF, 1998.
- Lémery L. *Traite des aliments*, Paris, Pierre Witte, 1702.
- Lévi-Strauss C., « Le cru et le cuit », dans *Mythologiques*, Paris, Plon, 2009.
- Littre E., *Ancienne Med*, Paris 1839, III, H 1. 13.
- Marchand C., « Le médecin et l'alimentation Principes de nutrition et recommandations alimentaires en France (1887-1940) », Th. doct. à l'université François – Rabelais de Tours, 2014.
- Morel P.M., *Aristote Flammarion*, Paris, 2003.
- Nardin A., *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital XV-XX siècles*. Paris, Doin, 1998.
- Nietzsche F., *La Volonté de Puissance*, Paris, Librairie Générale Française, 1991.
- Nietzsche F., *Le Gai savoir*, Œuvres, Paris, Robert Lafont, 1993, II.
- Onfray M., *Le Ventre des philosophes, Critique de la raison diététique*, Paris, Grasset et Fasquelle, 1989.
- Pellegrin P., *Aristote, Les parties des Animaux*, Flammarion, 2011.
- Pierre J.F., et al. « Pharmaconutrition review: physiological mechanisms », *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 2013, vol 37, p. 51S-65S.
- Pinel Ph., *La médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse*. Paris, J. A. Brasson, 1804.
- Platon, *République*, Œuvres complètes, trad. L. Robin, Paris, Gallimard, 1989.
- Quetelet A., *Sur l'Homme*, Paris, Bachelier, 1835.
- Rousseau J.J., « Dialogues », dans *Œuvres complètes* texte par B. Gagnebin et M. Raymond, vol. IV, Paris, Gallimard, 1959-1995.
- Rousseau J.J., « Emile », dans *Œuvres complètes* texte par B Gagnebin et M Raymond, vol. IV, Paris, Gallimard, 1959-1995.
- Savarin Brillat J.A., *Physiologie du goût*, Paris, Flammarion, 1982.
- Singer P., « Espen Guidelines on Parenteral Nutrition, Clinical Nutrition », *Clinical Nutrition*, 2009, vol 28, p. 87.
- Tremoliers J., « La nutrition humaine », *Tiers-Monde*, 1964, tome 5, No 20, p. 795-814.

- Van Helmont J.B., *Traitant des principes de médecine et physique*, Lyon, Jean Antoine Huguetan et Guillaume Barbier, 1671.
- Vigarello G., *Histoire des pratiques de santé*, Paris, Le Seuil, 1999.
- Voisin M., *William Harvey et la circulation sanguine*, Académie des sciences et des lettres de Montpellier, 2011.

## Deuxième partie

- Archer B., Burnett RJ., Fischer JE., «Current uses and abuses of total parenteral nutrition », *Advances in Surgery*, 1996, vol. 29, p.165-89.
- Arends J., Bodoky G., Bozzetti F., et al, «ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: non-surgical oncology», *Clinical Nutrition*, 2006, vol. 25, p. 245–259.
- Bachman P., Desport JC., « Nutrition en situation palliative », dans *Traité de nutrition artificielle*, Paris, Springer, 2007.
- Basdevant A., « Buts et abus de la définition médicale contemporaine », dans *Trop gros ? L'obésité et ses représentations*, J. Csergo, Paris, Autrement, 2011.
- Basdevant A., Aron-Wisniewski J., Clement K., « Définitions des obésités », dans *Medecine et chirurgie de l'obésité*, Paris, Lavoisier 2011.
- Basdevant A., Clément K., Oppert J.M., « Vers de nouveaux phénotypes et de nouvelles nosographies : de l'obésité aux maladies du tissu adipeux », *Obésité*, 2013, vol. 8, p.234-243.
- Basdevant A., *Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé, Mesures concernant la Prise en charge des maladies liées à la nutrition*, Ministère de la Santé, 2013.
- Beauchamp TL., Childress JF., *Principles of Biomedical Ethics*. 7th edition. New York: Oxford University Press, 2013.
- Behary P., Miras AD., «Food preferences and underlying mechanisms after bariatric surgery», *Proceedings of the Nutrition Society*, 2015, vol. 74, p. 419-25.
- Boorse C., «A second rebuttal on health», *Journal of Medecine and Philosphy*. 2014, vol. 39, p. 683-724.
- Bozzetti F., Arends J., Lundholm K., et al. «ESPEN guidelines on parenteral nutrition: non-surgical oncology », *Clinical Nutrition* 2009, vol. 28, p. 445–454.

- Casarett D., Kapo J., Caplan A., «Appropriate Use of Artificial Nutrition and Hydration — Fundamental Principles and Recommendations», *New England journal of Medicine*, 2005, vol. 353, p.24.
- Cederholm., Bosaeus I., Barazzoni R., et al. « Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement», *Clinical Nutrition*, 2015, vol. 34, p.335-340.
- Comité des Ministres, *Rapport ResAP (2003)3 sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux.*, Conseil de l'Europe, 2003.
- Cooper T.C., Simmons E B., Webb K., Burns J.L., Kushner R.F., «Trends in Weight Regain Following Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) Bariatric Surgery», *Obesity Surgery* 2015, vol. 25, p. 1474-1481.
- Crenn P., « Le droit à la nutrition : un droit de l'homme à promouvoir et à défendre », *Nutrition Clinique et Métabolique*, 2009, vol. 23, p.172-181.
- Cudney P., « What really separates casuistry from principlism in biomedical ethics», *Theor Med Bioeth*, 2014, vol. 35, p. 205–229.
- Cynober L., Fricker J., *La vérité sur les compléments alimentaires*, Paris, Odile Jacob, 2010.
- De Schutter O., *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation*, Conseil des droits de l'homme, Nations Unies, 2012.
- Del Rio MI., Shand B., Bonati P., et al. «Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision making among patients, family, and health care staff», *Psycho-Oncology*, 2012, vol. 21, p. 913-921.
- Delfosse ML., « *Casuistique* » dans *Nouvelle encyclopédie de bioéthique : médecine, environnement, biotechnologie*, G. Hottois, JN Missa Bruxelles, Bruxelles, De Boeck Université, 2001.
- Duzàn B., Fouassier P., « Maladie d'Alzheimer et fin de vie : aspects évolutifs et stratégies thérapeutiques », *Médecine palliative* 2011, vol. 10, p.230-244.
- Emanuel L., Scandrett K., « Decisions at the end of life: have we come of age? », *BMC Medicine.*, 2010, vol. 8, p. 57.
- Fagot-Largeault A., « Quelques implications de la recherche étiologique », dans *Sciences Sociales et Santé*, 1992, vol. 3, p. 33-45.

- Ferris FD., Balfour HM., Bowen K., et al. « Modèle de guide des soins palliatifs : Fondé sur les principes et les normes de pratique nationaux Ottawa », *Association canadienne de soins palliatifs*, 2002. p. 15.
- Fischler C. *L'Homnivore*. Paris, Poches Odiles Jacob, 2010.
- Jensen G.L., Compher Ch., Sullivan D.H, Mullin GE., «Recognizing Malnutrition in Adults: Definitions and characteristics, screening, assessment, and team approach» *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2013, vol. 37, p.802-807.
- Galuska D., Will J., Serdula M., Ford E., « Are health care professionals advising obese patients to lose weight? », *Journal of the American Medical Association* 1999, vol. 282, p. 1576–8.
- Gayon J., « Epistémologie de la médecine », dans Dominique Lecourt (dir.) *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, p. 436.
- Giroux E., *Après Canguilhem définir la santé et la maladie*, Paris, PUF, 2010.
- Good P., Richard R., Syrmis W., Jenkins-Marsh S., Stephens J., «Medically assisted nutrition for adult palliative care patients», *Cochrane Database of Systematic Review*, 2014, vol. 23.
- Guerin S., Andrieu S., Schneider SM., M., et al. «Different modes of weight loss in Alzheimer's Disease: A prospective study of 395 patients », *American Journal of Clinical Nutrition* 2005, vol. 82, p. 435–441.
- Guy-Grand B., *Alimentation en milieu hospitalier : rapport de mission à Monsieur le Ministre chargé de la santé*, Ministère de la Santé, 1997.
- Haute Autorité de Sant, *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*, 2007.
- Heidegger M., *Etre et temps*, Trad. Rudolf Boehm et Alphonse De Waehlens, éditions Gallimard, Paris, 1964.
- Hercberg S., Kesse-Guyot E., Druesne-Pecollo N., et al., «Incidence of cancers, ischemic cardiovascular diseases and mortality during 5-year follow-up after stopping antioxidant vitamins and minerals supplements: a postintervention follow-up in the SU.VI.MAX Study», *International Journal of Cancer* 2010, vol. 127, p. 1875-81.
- Hercberg, S., *Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé, Mesures concernant la prevention nutritionnelle*, Ministère de la Santé, 2013.



- Hirsch E., *Traité de Bioéthique, Tome I, Fondements, principes repères*, Toulouse, Eres, 2010.
- Hoffman B., «Stuck in the middle: the many moral challenges with bariatric surgery», *American Journal of Bioethics*, 2010, vol. 10, p. 3-11.
- Hottois G., *Dignité et Diversité*, Paris, Vrin, 2009.
- Hottois G., *Nouvelle encyclopedie de bioéthique*, Bruxelles, De Boeck Université, 2001, p. 126.
- Hottois G., Parizeau M-H., *Les mots de la bioéthique. Un vocabulaire encyclopédique*, Bruxelles, De Boeck Université, 1993, p. 49-60.
- Jensen G.L., Mirtallo J., Compher C., et al. «International consensus guideline committee. Adult starvation and disease related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International consensus guideline Committee», *Clinical Nutrition*, 2010, vol. 29, p.151e3.
- Kant E., *Fondements de la Métaphysique des mœurs*, Traduction et notes de V. Delbos, Delagrave, Paris, 1957.
- Katz D. L., « Perspective: Obesity is not a disease », *Nature*, 2014, p. 508.
- Kemp P., « Quatre principes éthiques : l'autonomie, la dignité, l'intégrité, la vulnérabilité », *Le discours bioéthique*, Paris, Cerf 2004
- primary care practitioners», *Preventive Medicine* 1995, vol. 24, p. 546–552.
- Koretz RL., Lipman TO., Klein S. «AGA technical review on parenteral nutrition», *Gastroenterology* 2001, vol. 121, p. 970–1001.
- L. Sobotka, *Basics in clinical nutrition*, Prague, Galén, 2012.
- Lefève C., Barroux G., *La clinique, usage et valeurs*, Paris, Seli Arslan, 2008.
- Levinas E., *Autrement qu'être, ou, Au-delà de l'essence*, Martinus Nijhoff, La Haye, 1974.
- Levinas E., *Totalité et infini*, 2010, Paris, Vrin.
- Levine BS., Wigren MM., Chapman DS., « A National survey of attitudes and practices of primary-care physicians relating to nutrition: strategies for enhancing the use of clinical nutrition in medical practice », *American Journal of Clinical Nutrition*, 1993, vol. 57, p. 115-119.
- Maillard N., *La vulnérabilité : une nouvelle catégorie morale ?* Genève, Labor et Fides, 2011, p. 163.

- Meijers J.M., van Bokhorst-de van der Schueren M.A., Schols J.M., et al. «Defining malnutrition: Mission or mission impossible », *Nutrition* 2010, vol 26, p. 432–440.
- Michels A.J., Frei B., « Myths, artefacts, and fatal flaws: identifying limitations and opportunities in vitamin C research», *Nutrients* 2013, vol. 16. p. 5161-92.
- Molinier P., Laugier S., Paperman P., *Qu'est-ce que la care ?* Paris, Payot et Rivages, 2009.
- Obeid N.R., Malick W., Concors S.J., et al., « Long-term outcomes after Roux-en-Y gastric bypass: 10- to 13-year data », *Surgery Obesity Related Diseases* 2015, vol. 23, p. S1550.
- Observatoire National de la Fin de Vie, *Fin de vie : un premier état des lieux*, 2011.
- Ochner C.N., Tsai A.G., Kushner R.F., Wadden T.A., «Treating obesity seriously: when recommendations for lifestyle change confront biological adaptations», *The Lancet* 2015, vol. 4, p. 232-234.
- Oleg B., Zeyne C., Dillemans B., et al. « Clinical Indications, Utilization, and Funding of Bariatric Surgery in Europe», *Obesity Surgery* 2015, vol. 25, p. 1408–1416.
- Paperman P., Laugier S., *Le Souci des Autres*, Paris, éditions de L'EHESS, 2011.
- Parizeau M.H., « Bioéthique », *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, M Canto-Sperber ed., Paris, PUF, 2004, p. 186.
- Pazart L., «Parenteral nutrition at the palliative phase of advanced cancer: the ALIM-K study protocol for a randomized controlled trial», *Trials* 2014, vol. 15, p. 370.
- Pelluchon C., « La vulnérabilité en fin de vie », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2013, n. 111, p. 27-46.
- Pelluchon C., *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité, les hommes, les animaux, la nature*, Paris, Cerf, 2011.
- Pelluchon C., *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, Paris, PUF, 2009.
- Pelluchon C., *Les Nourritures, Philosophie du corps politique*, Paris, Seuil, 2015.
- Pelluchon C., *Tu ne tueras point*, Paris, Cerf, 2013.

- Picot J., Jones J., Colquitt JL, et al., « The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation», *Health Technology Assessment* 2009, vol. 13, p. 1-190.
- Poulain J.P., « Sociologie de l'obésité : déterminants sociaux et construction sociale de l'obésité », dans *Médecine et chirurgie de l'obésité*, Paris, Lavoisier 2011.
- Raspail F.V., *Manuel Annuaire de la Santé ou Médecine et pharmacie Domestiques*, Bruxelles, Imprimerie de la société des beaux-arts, 1845.
- Régnier F., Lhuissier A., Gojard S., « Les évolutions contemporaines », dans *Sociologie de l'alimentation*, Paris, La Découverte, 2009.
- Richardson HS., « Specifying, Balancing, and Interpreting Bioethical Principles», *Journal of Medicine and Philosophy*, 2000, vol. 25 p. 285-307.
- Ricœur P., « Les trois niveaux du jugement médical », dans *Le Juste 2*, Paris, Le Seuil, 2001.
- Ricour C., Zazzo F., *Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé*, Ministère de la Santé, 2003,
- Sicard D., *L'Éthique Médicale et la Bioéthique*, Paris, PUF, 2009, p.3.
- Stickel F., Shouval D., «Hepatotoxicity of herbal and dietary supplements: an update» *Archives of Toxicology* 2015, vol. 89, p. 851-65.
- Tappenden KA., Quatrara B., Parkurst ML., et al., « Critical role of Nutrition in Improving Quality of Care: An interdisciplinary call to action to adress adult hospital malnutrition », *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2013, vol. 37, p.1-16.
- The Veterans Affairs Total Parenteral Nutrition Cooperative Study Group. «Perioperative total parenteral nutrition in surgical patients», *New England Journal of Medicine* 1991, vol. 325, p.525–32.
- Tronto J., *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, Paris, Editions La Découverte, 2009, p. 173.
- Valentini L., Volkert D., Schütz T., et al. «Suggestions for terminology in clinical nutrition», *e-Espen Journal*, 2014, vol. 9, p. 97e 108.
- Vigarello G., *Les métamorphoses du Gras, Histoire de l'obésité*, Paris, Seuil, 2010.

- Volkert D., Chourdakis M., Faxen-Irving G., T., et al. « ESPEN guidelines on nutrition in dementia », *Clinical Nutrition* 2015, vol. 34, p.1052-73.
- White J.V., Guenter P., Jensen G., Malone A, Schofield M. Academy malnutrition work Group; A.S.P.E.N. Malnutrition task force; A.S.P.E.N. Board of Directors. «Consensus statement: academy of nutrition and dietetics and american society for parenteral and enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition) », *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2012, vol. 36, p. 275e83.
- Worms F., *Le moment du soin, à quoi tenons-nous ?* Paris, PUF, 2010, p. 21.
- Zander J. P., *Les Vocabulaires des Philosophes*, Paris, Ellipses, 2002.
- Ziegler J., *Rapport, Le droit à l'alimentation*, Nations Unies, 2001.

### **Troisième partie**

- Adams KM., Kohlmeier M., Powell M., Zeisel SH., « Nutrition in Medicine: Nutrition Education for Medical Students and Residents», *Nutrition in Clinical Practice* 2010, vol. 25, p. 471–480.
- Adams KM., Kohlmeier M., Zeisel SH., «Nutrition education in US medical schools: latest update of a national survey», *Academic Medicine* 2010, vol. 85, p.1537–1542.
- Adams KM., Lindell KC., Kohlmeier M., Zeisel SH., « Status of nutrition education in medical schools», *American Journal of Clinical Nutrition* 2006, vol. 83, p. 941S–944S.
- Allen LH., Bentley ME., Donovan SM., Ney DM., Stover PJ., « Securing the future of nutritional science through integrative graduate education », *Journal of Nutrition* 2002, vol. 132, p. 779-784.
- Anis NA., Lee RE., Ellerbeck EF., et al. «Direct observation of physician counseling on dietary habits and exercise: patient, physician, and office correlates», *Preventive Medicine*, 2004, vol. 38, p. 198-202.

- Association de diététiciens de langue Française, *Recommandations pour la pratique clinique, La consultation diététique réalisée par un diététicien*, Haut autorité de Santé, 2006.
- Basarab N., « La transdisciplinarité », *Manifeste*, Éditions du Rocher, Monaco, 1996.
- Bontoux D., Couturier D., Menkès CH.J., *Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi, leur place parmi les ressources de soins*, Académie nationale de médecine, 2013.
- Bouchardat A., « Considérations générales sur l'hygiène thérapeutique », *BGTM* 1874, vol. 87, p. 145-146.
- Cardenas D., «What is Clinical Nutrition Understanding the epistemological foundations of a new discipline», *Clinical Nutrition ESPEN* 2015, vol. 11, p. e63-e66.
- Cardenas D., «El papel del médico en la nutrición», *Revista Salud Bosque* 2011, vol. 1, p. 57-62.
- Cardenas D., «Evaluation of attitudes and knowledge in nutrition in undergraduate and graduate students at the medical school of the Universidad El Bosque», *Nutrition in Clinical Practice* 2011, vol. 1, p. 94-102.
- Cardenas D., Kling J., Hidalgo LS., et al., «Consenso nacional sobre competencias profesionales en nutrición para el médico general», *Revista Colombiana de Metabolismo y Nutricion* 2012, vol. 3, p. 19-35.
- Chung M., van Buul VJ., Wilms E., et al. «Nutrition education in European medical schools: results of an international survey», *European Journal of Clinical Nutrition* 2014, vol. 68, p. 844–846.
- Clifford L., « Integrating nutrition as a theme throughout the medical school curriculum », *American Journal of Clinical Nutrition* 2000, vol. 72, p. 882S-889S.
- Coleman VH., Laube DW., Hale RW., et al., «Obstetrician-gynecologists and primary care: training during obstetrics-gynecology residency and current practice patterns», *Academic Medicine* 2007, vol. 82, p. 602–607.
- Committee on Nutrition in Medical Education FaNB, Commission on Life Sciences, and National Research Council, *Nutrition Education in U.S. Medical Schools*, The National Academies Press, Washington, DC, USA, 1985

- Couet C., « Unités transversales de nutrition clinique : contexte, enjeux et création », *Cahiers de Nutrition et Diététique* 2009, vol. 44, p.151-152.
- Deau X., « Décision conjoncturelle et décision médicale, Structure de la décision », dans *L'indépendance de la décision médicale*, M. BIENCOURT, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 19 juin 2010.
- Dejust S., Fauterau E., « Place de l'hygiène alimentaire dans les études et la pratique médicale » dans *Société Scientifique d'Hygiène Alimentaire*, Ie Congrès Scientifique International de l'Alimentation, Paris, Alençonnaise, 1937.
- DeLegge M. and A.S.P.E.N. Practice Management Task Force, and A.S.P.E.N. Board of Directors, « The State of Nutrition Support Teams and Update on Current Models for Providing Nutrition Support Therapy to Patients », *Nutrition in Clinical Practice* 2010, vol. 25, p. 76-84.
- Dujardin-Beaumetz G., *L'hygiène alimentaire : aliments, alimentation, régime alimentaire dans les maladies*, Paris, Doin, 1889, p. VI.
- Eaton CB., Goodwin MA., Stange KC., «Direct observation of nutrition counseling in community family practice», *American Journal of Preventive Medicine* 2002, vol. 23, p. 174-179.
- Flynn M., Sciamanna C., Vigilante K., «Inadequate physician knowledge of the effects of diet on blood lipids and lipoproteins», *Nutrition Journal* 2003, vol. 2, p. 19.
- Herman RH., Hagler L., « Clinical Nutrition is a Medical Specialty», *The Western Journal of Medicine* 1983, vol. 130, p. 93-94.
- Herring SJ., Sood M., «What Do Resident Physicians Know about Nutrition? An Evaluation of Attitudes, Self-Perceived Proficiency and Knowledge», *Journal of the American College of Nutrition* 2008, vol. 27, p. 287-98.
- Jallut O., «Instinct therapy--raw food with meat with exclusion of milk products», *Schweiz Rundsch Med Prax* 1989, vol. 78, p. 697-701.
- Kirby RK., Chauncey KB., Jones BG., «The effectiveness of a nutrition education program for family practice residents conducted by a family practice resident-dietitian», *Family Medicine* 1995, vol. 27, p. 576-580.
- Kolasa KM., Rickett K., « Barriers to Providing Nutrition Counseling Cited by Physicians: A Survey of Primary Care Practitioners », *Nutrition in Clinical Practice* 2010, vol.25, p. 502-509.

- Krempf M., *Rapport sur l'évolution du métier de diététicien*, Programme National Nutrition Santé (PNNS), 2002.
- Kushner R., «The expert weighs in: managing obesity in primary care practice: interview with Robert Kushner, MD. », *Obesity Weight Management* 2009, vol. 5, p. 202-206.
- Kushner RF., « Will there be a tipping point in medical nutrition education? », *American Journal of Clinical Nutrition* 2003, vol. 77, p. 288-291.
- Kushner R., «Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners», *Preventive Medicine* 1995, vol. 24, p. 546–552.
- Labarthe P., *Dictionnaire populaire de médecine usuelle*, Paris, Marpon et Flammarion, 1887.
- Labbé H., Legendre R. « Rapport sur l'organisation de l'enseignement et la vulgarisation de l'hygiène alimentaire en France », dans *BSSHA*, 1920, vol. 10.
- Lazarus K., «Nutrition practices of family physicians after education by a physician nutrition specialist», *American Journal of Clinical Nutrition* 1997, vol. 65, p.2007S–2009S.
- Le Coz P., *Petit traité de la décision médicale*, Paris, Seuil, 2007, p. 53
- Marchand C., « Le médecin et l'alimentation Principes de nutrition et recommandations alimentaires en France (1887-1940) », p. 45. p. 45. Th. doct. à l'université François – Rabelais de Tours, 2014.
- Martin A., La formation a la nutrition des professionnels, *Ministre de la santé*, 2009.
- McLaren DS., «Nutrition in medical schools: a case of mistaken identity », *Am J Clinical Nutrition* 1994, vol. 59. P. 960-963.
- Mihalynuk TV., Knopp RH., Scott CS., Coombs JB., «Physician informational needs in providing nutritional guidance to patients», *Fam Med*. 2004, vol. 36, p. 722–726.
- Mowe M., Bossaeus I., Rasmussen H.H., et al. « Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey », *Clinical Nutrition* 2006, vol. 25, P. 5254-32.
- National Research Council (U.S.) Nutrition Education in U.S. Medical Schools. Washington, DC: National Academy Press; 1985. Committee on Nutrition in Medical Education.

- Naylor CJ., Griffiths RD., Fernandez RS., « Does a Multidisciplinary Total Parenteral Nutrition Team Improve Patient Outcomes? A Systematic Review», *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2004, vol. 28, p. 251– 258.
- Payette M., « Interdisciplinarité : clarification des concepts », Université de Sherbrooke, <https://www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites> (consulté le 27 mars 2016).
- Raman M., Violato C., Coderre S., «How much do gastroenterology fellows know about nutrition? », *Journal of Clinical Gastroenterology* 2009, vol. 43, p. 559-564.
- Roberts KB., Starr S., DeWitt TG., «The University of Massachusetts Medical Center office-based continuity experience: are we preparing pediatrics residents for primary care practice? », *Pediatrics* 1997, vol. 100, p. E2.
- S. Hercberg, « Pour une politique nutritionnelle à la hauteur des enjeux de Santé Publique ! », *Santé Publique* 2014, vol. 26, p. 281-282.
- Schneider PJ., « Nutrition support teams: an evidence-based practice», *Nutrition in Clinical Practice* 2006, vol. 21, p. 62-67.
- Seres D., Sacks GS., Pedersen C.A., « Parenteral nutrition safe practices: results of the 2003 American Society for Parenteral and Enteral Nutrition survey», *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2006, vol. 30, p. 259-265.
- Soltesz KS., Price JH., Johnson LW., Telljohann SK., «Perceptions and practices of family physicians regarding diet and cancer», *American Journal of Preventive Medicine* 1995, vol. 11, p. 197-204.
- Temple N.J., «Survey of nutrition knowledge of Canadian physicians», *Journal of the American College of Nutrition* 1999, vol.18, p. 26–29.
- Tobin B., Welch K., Dent M., et al., «Longitudinal and horizontal integration of nutrition science into medical school curricula», *Journal of Nutrition* 2003, vol. 133, p. 567S-72S.
- Tyreman S., «Values in complementary and alternative medicine», *Medicine Health Care and Philosophy* 2011, vol. 14, p. 209–217.
- U.S. Preventive Services Task Force. « Behavioral Counseling in Primary Care to Promote a Healthy Diet: Recommendations and Rationale», *American Journal of Preventive Medicine* 2003, vol. 24, p. 93-100.
- Vetter ML., Herring SJ, Sood M., et al., «What do resident physicians know about nutrition? An evaluation of attitudes, self-perceived proficiency and



knowledge», *Journal of the American College of Nutrition* 2008, vol. 27, p. 287–298.

- Wesley JR., « Nutrition support teams: past, present, and future», *Nutrition in Clinical Practice* 1995, vol.10, p. 219-228.
- Wynn K., Trudeau JD., Taunton K., et al., «Nutrition in primary care: current practices, attitudes, and barriers», *Canadian Family Physician* 2010, vol. 56, p. e109-e116.
- Yarnall KS., Pollak KI., Ostbye T., Krause KM., Michener JL., «Primary care: is there enough time for prevention? », *American Journal of Public Health* 2003, vol. 93, p. 635-641.

## Table des figures

Figure 1. Relation entre dénutrition et maladie.	136
Figure 2. Impact économique de la dénutrition.	138
Figure 3. Impact de la dénutrition.	140
Figure 4. L'arbre conceptuel de la malnutrition.	146
Figure 5. Les voies du support nutritionnel.	168
Figure 6. L'organisation des soins nutritionnels et le processus du <i>care</i> .	182
Figure 7. Cercle vicieux de dénutrition et démence.	192
Figure 8. Distribution des types de compléments alimentaires impliqués dans des signalements recevables déclarés spontanément en 2013 (anses 2013)	229
Figure 9. Distribution des types d'effets déclarés en 2013 (anses 2013).	229
Figure 10. Technique du gastroplastie ou <i>sleeve</i> . (d'après has 2009)	238
Figure 11. Technique du by-pass gastrique (d'après has 2009)	239
Figure 12. Adaptation du modèle de soins palliatifs de l'association canadienne de soins palliatifs.	258
Figure 13. Cadre réglementaire de la nutrition clinique.	288
Figure 14. Principales sources d'information sur la nutrition, selon le sexe.	301
Figure 15. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes sur les questions de nutrition	303
Figure 16. Réponse à la question : vous sentez-vous à l'aise pour donner des conseils nutritionnels ?	304
Figure 17. Raisons rapportées par les médecins et infirmiers pour expliquer l'absence de pratique nutritionnelle dans les hôpitaux scandinaves. (trois réponses par personne au maximum).	306
Figure 18. Obstacles pour la pratique des conseils nutritionnels dans les soins primaires.	308
Figure 19. Formations et ressources utilisées par les médecins pour l'apprentissage de la nutrition.	308
Figure 20. Multidisciplinarité de la science de la nutrition.	331
Figure 21. Les études de médecine et l'enseignement fragmenté de la nutrition.	336
Figure 22. Répartition des heures d'enseignement de nutrition dans les écoles de médecine aux usa.	338
Figure 23. Contribution d'autres disciplines au noyau de connaissances de la nutrition.	341
Figure 24. Interdisciplinarité de la nutrition clinique	343

## ANNEXES

### Annexe A

Let not thy food be confused with thy medicine: The Hippocratic misquotation, *Clinical Nutrition e-SPEN Journal*, 2013, 8(6): p. e260-262.

### Annexe B

What is Clinical Nutrition? Understanding the epistemological foundations of a new discipline, *Clinical Nutrition ESPEN*, 2016, (11): p. e63-62.

### Annexe C

Letter to the Editor: The Ethical Foundations of Nutritional Care: a viewpoint on the recent ESPEN guidelines. In Press.



## Opinion paper

## Let not thy food be confused with thy medicine: The Hippocratic misquotation

Diana Cardenas<sup>a,b,\*</sup><sup>a</sup>Research Institute on Nutrition, Genetics and Metabolism, University El Bosque, Bogotá, Colombia<sup>b</sup>The Research Center for Meaning, Ethics and Society (CERSES), Paris Descartes University, 45 rue des Saint Pères, Paris, France

## ARTICLE INFO

## Article history:

Received 12 July 2013

Accepted 12 October 2013

## Keywords:

History of medicine

Ethics

Nutrition

Dietetics

Food

## ABSTRACT

**Background and aim:** The link between food and health has been documented since Antiquity. The aim of the article is to show that the alleged Hippocratic phrase “let food be thy medicine and medicine be thy food” is a widespread misquotation, lying at the root of an entire misconception about the ancient concepts of food and medicine.

**Methods:** Examples of publications gathered from the MEDLINE® and Google Scholar databases which cite the phrase verbatim and attribute it to Hippocrates were selected. Then, an extensive review of the works related to food and diet in the Corpus Hippocraticum was made in order to search for the phrase. **Results:** At least for the last 30 years this phrase has mistakenly helped scientists confirm the importance of food to health and highlight new ethical challenges in medicine and dietetics. We showed that at least one biomedical journal per year has cited the phrase.

**Conclusion:** This literary creation has led to an essential misconception. For Hippocrates, even if food was closely linked to health and disease, the concept of food was not confused with that of medication.

© 2013 European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

## 1. Introduction

The importance of food in medicine was recognized in the 5th Century BC by Hippocrates of Cos, who is considered the father of Western medicine. His work was compiled either directly or indirectly through his disciples, so that the existing knowledge on Hippocrates' medicine consists of more than 60 texts known as *The Hippocratic Corpus (Corpus Hippocraticum)*. This important text in the history of medicine expounds on the theory of diet.<sup>1</sup> However, the phrase “let food be thy medicine and medicine be thy food”, a widespread phrase quoted by today's scientists, is nowhere to be seen. This literary creation is not only a misquotation but it also leads to an essential misconception: in the Hippocratic medicine, even if food was closely linked to health and disease, the concept of food was not *confused* with that of medicine.

## 2. Medicine and diet in the Hippocratic era

Hippocratic medicine was considered as an art and a science based on two dietary imperatives. First, the necessity to adapt

healthy people's food to human nature: this implied cooking it, therefore differentiating it from animals'. The second imperative was to modify and adapt the diet of sick patients according to their condition, in order to avoid suffering and death. In the Classical theory of humoral pathology, based on the concepts of natural philosophy of that time, health and disease states were related to the four bodily fluids or humors: blood, phlegm, yellow bile and black bile. Health was related to the balance of the four humors in terms of quantity and composition. Disease appeared in case of humor imbalance. Elements like food and seasons were then identified as possible causes. Up until Hippocrates, diseases had been seen as a consequence of divine intervention. With him, they became seen as a state caused by natural causes, including diet.<sup>1</sup>

In order to fight diseases, Hippocratic doctors used two kinds of interventions. On the one hand, the previously existing therapeutic interventions such as medicines, incisions, and cauterization and on the other hand the new regimen or dietetic interventions. In a hierarchical order, the most important intervention was diet. Secondly, medicines seemed to be considered as means of evacuation or purgation of impure fluids from the various cavities of the body. Incisions with iron utensils to bleed the patient had the same objective as medicines. If any of these last interventions failed, burning cauterizations were the last option. The dietetic intervention, which included a food regimen and exercises, was considered

\* The Research Center for Meaning, Ethics and Society (CERSES), Paris Descartes University, 45 rue des Saint Pères, Paris, France. Tel.: +33 614751732. E-mail address: [cardenasdiana@unbosque.edu.co](mailto:cardenasdiana@unbosque.edu.co).

**Table 1**  
Characteristics of samples of publications citing the phrase: “let food be thy medicine and medicine be thy food”.

Journal and year of publication	Topic	Type of article	Use of the phrase
Journal of Functional Foods, 2012. <sup>4,a</sup>	Functional foods, nutraceuticals	Review	To explore the association between diet and health To legitimize the ancient origin of the idea
Free Radical Research, 2011. <sup>5,a</sup>	Inflammation, cancer	Review	To attribute to naturally-occurring agents in the diet a potential as anti-cancer drugs, To “reinterpret” the phrase within a epigenetic medicine application
Biochemical Pharmacology, 2010. <sup>6,a</sup>	Epigenetics, chronic disorders	Review	
Clinics in Dermatology, 2010. <sup>7,a</sup>	Dermatology	Review	To explain diet as a cause of acne.
Journal of Cardiovascular Pharmacology, 2009. <sup>8,a</sup>	Cardiovascular disease	Review	To explore the role of grapes, wines, and resveratrol in reducing the risk of morbidity and mortality due to cardiovascular complications.
Medical Hypotheses, 2007. <sup>9,a</sup>	Immunology	Review	To explore immunostimulatory potential of food proteins.
The Lancet, 2005. Ref. <sup>10,a</sup>	Historical keyword	Perspectives	To highlight the importance of proper nutrition
British Medical Journal, 2004. <sup>11,b</sup>	Nutraceuticals, prevention of chronic diseases	Editorial	To emphasize the lack of knowledge in nutrition of doctors, and their neglected attitude towards the alleged “Hippocratic philosophy of food as medicine”
Cancer Detection and Prevention, 2004. <sup>12,c</sup>	Cancer prevention	Review	To explore the role of herbal plants as medicines, and highlight the relevance of prevention
British Journal of Nutrition, 2002. <sup>13,a</sup>	Cancer phytochemicals	Review	To highlight the medicinal properties of foods
The New England Journal of Medicine, 2002. <sup>14,a</sup>	Prevention and treatment of diseases	Book Review	To emphasize the skeptical attitude of doctors towards nutrition and to say that hundreds of internet sites use the phrase for the marketing of nutritional products
Journal of the American College of Nutrition, 2001. <sup>15,a</sup>	Chronic diseases	Review	To emphasize the skeptical attitude and the absence of nutrition in medical therapies
Journal of Nutrition, 1999. <sup>16, a</sup>	Functional foods	Review	To emphasize the antiquity of the “widely accepted for generations philosophy of medicinal power of foods”
Nutricion Hospitalaria, 1990. <sup>17,a</sup>	Clinical nutrition	Review	To highlight the lack of nutrition care in hospitals
Phi Delta Kappan, 1979. <sup>18,a</sup>	Children’s diet	Review	To highlight the relationship between the food children consume and academic achievement

<sup>a</sup> The article presents the quotation without reference.

<sup>b</sup> The article presents the quotation with an alleged source: Lucock M. Is folic acid the ultimate functional food component for disease prevention? *BMJ*, 2004; 328: 211–214.

<sup>c</sup> The article present the quotation with an alleged source: Shultes RE. The kingdom of plants. In: Thomson WAR, editor. *Medicines from the earth*. New York, NY: McGraw-Hill Book Co.; 1978. p. 208.

revolutionary at the time. The properties of foods were meticulously analyzed in the treatise *On Regimen*. Physicians were then able to prescribe a detailed food regimen to patients based on their individual nature, activity, age, season, etc.<sup>2</sup> Thus it is considered that medicine in the Hippocratic era was in fact mainly a dietetic medicine, not a pharmacological or surgical medicine.

### 3. Food and medicine misconception

But Hippocratic doctors clearly saw a difference between food and medicines. In fact, food was considered as a material that could be assimilated after digestion (e.g. the air was also food) and converted into the substance of the body. For example, food was converted into the different parts of the body such as muscles, nerves, etc. By contrast, the concept of medicines at the time was a product which was able to *change* the body’s own nature (in terms of humor quality or quantity) but not be converted into the body’s own substance. Thus a food wasn’t considered a medicine. A possible root of the food-medicine confusion is the following cryptic phrase found in the work *On Aliment*: “In food excellent medication, in food bad medication, bad and good relatively”.<sup>3</sup> This text is nowadays attributed to the Hellenistic period, but was considered to be Hippocratic in Antiquity by Galenus in particular.<sup>1</sup>

Finally, the guidelines pertaining to the duty of physicians in Antiquity were established in the Hippocratic Oath whose legacy still persists. The imperative “Do no harm” is implicit in the following statement concerning diet: “I will apply dietetic measures for the benefit of the sick according to my ability and judgment; I will keep them from harm and injustice”.<sup>1</sup> Thus diet became with Hippocrates’ endorsement a moral value and responsibility in the area of medical practice.

### 4. The Hippocratic mythical quotation

There is no doubt about the relevance of food in *The Hippocratic Corpus* and its role in health and disease states. In fact, in order to confirm and emphasize the importance of food to health and to highlight new challenges to medicine and dietetics, scientists have been citing this phrase at least for the past 30 years.<sup>4–18</sup> Table 1 shows some examples of publications gathered from the MEDLINE® and Google Scholar databases which cited the phrase verbatim. All these publications dealt with nutrition and health concerns, and were aimed at proving the role of nutrition in different fields such as cancer, epigenetics, immunology, disease prevention or chronic diseases. Some publications aimed to validate and legitimate scientifically and ethically the current concepts of nutraceuticals or functional foods from Antiquity.<sup>4,11,16</sup> However, by attributing pharmacological properties to foods, authors are confusing both food and medicine. In fact, none of the authors cited the original text of this alleged Hippocratic phrase accurately. Two of the examples referred to no primary sources.

References and quotation errors are relatively common in biomedical journals and are not a new concern.<sup>19,20</sup> This problem is found in all types of journals and the rate of errors is independent of the journal’s impact factor, showing that journal quality does not necessarily correlate with reference accuracy, as has been shown previously for surgery journals.<sup>21</sup> The primary responsibility for accuracy of reference and citation lies on the author. However, this aspect is frequently neglected, all the more as the policy in most journals is not to correct an error in reference. Several consequences resulting from misquotation could be considered. First, the original author may be displeased to see their original concepts or statements misunderstood. Second, the reader may be misled; and last, the most serious consequence of inaccuracy and misinterpretations

in reference or quotation, is that mistaken information may become “a truth” or an “accepted fact”. This is the case of the Hippocratic misquoted phrase. Today’s scientists have accepted it improperly as true that the concepts of food and medicine were confused in Antiquity by Hippocrates.

## 5. Conclusion

Misquotation can lead to persistent misconceptions. “Let food be thy medicine” is a fabrication that was accepted worldwide based on the iconizing of Hippocrates, who appears to give moral and ethical sanction to the phrase. Yet, though food and medicine have been highly related since Antiquity, for Hippocrates, they were not conflated as scientists claim today. More research is warranted to ascertain the precise origin of the Hippocratic misquotation.

## Conflict of interest disclosure

The author has no conflicts of interest to declare.

## Acknowledgments

The author thanks Professor Jaques Jouanna, Professor and President of the French l’Académie des inscriptions et belles-lettres, specialist in ancient Greece, for his expert opinion and the confirmation that this quotation is not found in the *Corpus Hippocraticum*.

The author wishes to thank Dr Carole Birkan-Berz of the Paris Descartes Language Center who assisted in the editing of the manuscript.

## References

- Jouanna J. *Hippocrate*. Paris: Fayard; 1992.
- Joly R. Du Régime. In: *Hippocrate, Tome VI. 1st part*. Paris: Belles Lettres; 1967XVII notice.
- Joly R. De L’Aliment. In: *Hippocrate, Tome VI. 2nd part*. Paris: Belles Lettres; 1967. p. 142.
- Shivashankara AR, Azmidah A, Haniadka R, Rai MP, Arora R, Baliga MS. Dietary agents in the prevention of alcohol-induced hepatotoxicity: preclinical observations. *Food Funct* 2012;32:101–9.
- Sung B, Prasad S, Yadav VR, Lavasanifar A, Aggarwal BB. Cancer and diet: how are they related? *Free Radic Res* 2011;45:864–79.
- Szarc Vel Szic K, Ndlovu MN, Haegeman G, Vanden Berghe W. Nature or nurture: let food be your epigenetic medicine in chronic inflammatory disorders. *Biochem Pharmacol* 2010;80:1816–32.
- Davidovici BB, Wolf R. The role of diet in acne: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010;28:12–6.
- Bertelli AAA, Das DK. Grapes, wines, resveratrol, and heart health. *J Cardiovasc Pharmacol Ther* 2009;54:468–76.
- Biziulevičius GA, Kazlauskaitė J. Following Hippocrates’ advice ‘Let food be thy medicine and medicine be thy food’: an alternative method for evaluation of the immunostimulatory potential of food proteins. *Med Hypotheses* 2007;68:712–3.
- Hardy A. Nutrition. *Lancet* 2005;366:2079.
- Smith R. Let food be thy medicine. *BMJ* 2004;328(0).
- Abdullaev FI, Espinosa-Aguirre JJ. Biomedical properties of saffron and its potential use in cancer therapy and chemo prevention trials. *Cancer Detect Prev* 2004;426–32.
- Milner JA. Strategies for cancer prevention: the role of diet. *Br J Nutr* 2002;87(Suppl. 2):S265–72.
- Katan MB. Nutrition in the prevention and treatment of disease. *N Engl J Med* 2002;346:1754.
- Khurkeld DM. Synergy between medical and nutrient therapies: George Washington meets Rodney Dangerfield. *J Am Coll of Nutr* 2001;20:349S–53S.
- Milner JA. Functional foods and health promotion. *J Nutr* 1999;129:1395S–7S.
- Jover AR. Nutrition aspects in patients considered to be at high risk. *Nutr Hosp* 1990;5:41–9.
- Phlegar FL, Phlegar B. Diet and schoolchildren [Internet]. *Phi Delta Kappan* 1979;61:54–6 [cited 2013 March 21]; Available from: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/20299628?uid=3738016&uid=2134&uid=37867>.
- De Lacey G, Record C, Wade J. How accurate are quotations and references in medical journals? *BMJ* 1985;291:884–6.
- Aronsky D, Ransom J, Robinson K. Accuracy of references in five biomedical informatics journals. *J Am Med Inform Assoc* 2005;12:225–8.
- Awrey J, Inaba K, Barmparas G, Recinos G, Teixeira PG, Chan LS, et al. Reference accuracy in the general surgery literature. *World J Surg* 2011;35:475–9.



## Opinion paper

# What is clinical nutrition? Understanding the epistemological foundations of a new discipline

Diana Cardenas <sup>a, b, \*</sup><sup>a</sup> Laboratoire Logiques de l'Agir, Philosophy Department, University of Franche Comté, Besançon, France<sup>b</sup> Research Institute on Nutrition, Genetics and Metabolism, University El Bosque, Bogotá, Colombia

## ARTICLE INFO

## Article history:

Received 29 May 2015

Accepted 1 October 2015

## Keywords:

Epistemology

History of medicine

Nutritional sciences

Diseases-related malnutrition

Nutritional support

## SUMMARY

**Background:** Although the therapeutic and economic efficacy of nutrition has been proven, optimal nutritional care is still scarce among hospital and ambulatory patients. Thus malnutrition is still highly prevalent. We identify as an underlying cause the absence of a common understanding of clinical nutrition as a discipline. The aim of this paper is to establish the epistemological foundations of clinical nutrition and to characterize it as a science.

**Methods and results:** From the standpoint of historical epistemology, we examine the historical conditions that determine i) the main object of knowledge, ii) the nature and iii) domain of this science. Our hypothesis is that clinical nutrition as a science was formed in the second half of the twentieth century as an outcome of the integration of medicine and nutrition and underpinned by a primary transformation of the "nutrient" concept. We identify malnutrition as the primary practical and research domain of knowledge.

**Conclusion:** Clinical nutrition is an autonomous empirical science that can be characterized as a basic and applied science. Its wide multi-disciplinarity guarantees its future.

© 2015 European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

## 1. Introduction

The link between humans and food has been studied since Antiquity. In fact, human beings have learnt that their environment, especially food, can interfere with their health. Nutrition is now recognized as a determinant in chronic and acute diseases. The efficacy of nutritional care has been extensively documented, and has enabled improvement in nutritional and biochemical markers, quality of life and reduction in mortality, morbidity, as well as in the length of hospitalization and rehospitalizations. Moreover, there is growing evidence that nutrition may contribute to the cost-effectiveness and financial sustainability of health care systems [1]. Nevertheless, malnutrition is still highly prevalent in hospitals but also in ambulatory care clinics, among children, adults, and geriatric patients [2].

Researchers have proposed reasons to account for the persistence of inadequate nutritional care and the prevalence of high

malnutrition. Academic arguments range from the absence of full recognition of clinical nutrition specialists, difficulties in implementing national educational programs in medical and other health care professionals, to lack of faculty expertise in nutrition in medical schools and training. Other practical factors include the lack of consistent criteria for diagnosing malnutrition, a lack of confidence when addressing nutrition issues as well as inadequate attention to the nutrition support of hospitalized patients [3]. Economic factors have also been reported, such as the heterogeneous nature of coverage or reimbursement of nutritional care products and services across countries [1].

Given that the impact of malnutrition is well-known and that the efficacy of nutritional care has been proven, one may wonder why it is still so difficult to overcome those difficulties. Our hypothesis is that there is a widespread and deeply rooted problem: the lack of a common understanding of clinical nutrition as a science. In fact, "clinical nutrition" is not a new phrase: it has been used in scientific research publications for the last 60 years at least. The phrase was first used to refer to the application of nutrition principles to the specific field of "clinics" [4]. The concept of "clinic" (*klinein*, lying down) is originally related to the physician's practice at the patient's bedside (i.e. all medical activities in connection with

\* Laboratoire Logiques de l'Agir, Philosophy Department, University of Franche Comté, 1 rue Goudimel, 25030 Besançon Cedex, France.

E-mail address: [cardenasdiana@unbosque.edu.co](mailto:cardenasdiana@unbosque.edu.co).

patients). Thus we may raise the following question: is clinical nutrition to be considered only as the application of the science of nutrition to “clinics”? If so, this implies that we consider clinical nutrition to be a sub-discipline of nutrition. On the contrary, we think that clinical nutrition is an autonomous discipline: an outcome of the integration of medicine and nutrition, underpinned by a primary transformation of the “nutrient” concept. In this paper, we will therefore attempt to characterize clinical nutrition as a science and to define its epistemological foundations.

## 2. Method

Epistemology is the area of philosophy that investigates the foundations and the limits of human knowledge. It aims to characterize existing sciences in order to assess their value – in particular to decide whether they are entitled to approach the ideal of a ascertainable and genuinely justified knowledge [5]. To achieve this objective, epistemology describes how a given scientific discipline provides and develops its theories and gauges the logic and cognitive value of such theories. In our study, we draw on the French approach, especially the methodology of “historical epistemology”, with a view to answering three fundamental questions: i) How was clinical nutrition established ii) What are the object and the domain of this science? iii) What is clinical nutrition?

### 3. The origins of clinical nutrition

In order to understand what we consider as clinical nutrition today it is necessary to look for its epistemological foundations. For this purpose, we have searched the history of sciences for the events that favoured the emergence of this discipline. We identified as the main key fact the primary transformation of the “nutrient” concept achieved as the result of the progress and expansion of medical and human nutrition knowledge. In fact, the concept of the nutrient evolved in the second half of the 20th century to the point of being understood as a *medical or artificial* nutrient capable of feeding the sick patient while facing new challenges and adapting to evolving medical practices (i.e., new medicines, surgical techniques, technology and facilities). Hence, the clue to understanding the origins of clinical nutrition is to examine the causes of its transformation in the last decades of the 20th century.

#### 3.1. The nutrient from pre-scientific to scientific era

The first conceptual idea of the word “nutrient” can be found in Aristotle’s biology [6]. Indeed, for Aristotle there was a substance extracted from food that after becoming blood could turn into any part of the body. This notion evolved in the XVIII century after the chemical revolution brought about by the works of Antoine-Laurent Lavoisier, Joseph Priestley and Carl Scheele, which demonstrated the true nature of oxygen and the process of oxidation [7]. However, throughout the 18th century as in Ancient times, food was seen as being constituted of a *single universal substance* called the “nutrient”. Indeed, the word nutrient, from the Latin *nutrimentum* (any food substance which serves as nutrition), was defined in 1854 by the doctor Lucien Corvisart as a “food substance that can be assimilated directly.” [8] The role of a nutrient was then to be assimilated. This transformation, which involved biochemical pathways, allowed the nutrient to maintain its nutritional status, and therefore to contribute to health. The work of the English chemist William Prout in the 1830s brought about the notion that there was not just a single nutrient but a variety of nutrients (fat, carbohydrates and proteins) in food. For the next hundred years, the history of the science of nutrition was then marked by the discovery of most of the nutrients and their specific physiological

functions. As a consequence in the first decade of the 20th century, “dietetics” was established as a separated paramedical profession in America, to help the government make optimal use of America’s food resources in wartime. In Europe, dietetics was later developed also as an instrument of state policies. Thus, nutrition became a political concern rather than a scientific priority [9]. This is illustrated by the lag in the progress of nutrition in the clinical setting.

The way of feeding the sick changed with the emergence of modern hospitals in Europe [10]. The new design of the hospitals, introduced by the political and social changes that occurred after the French Revolution in the nineteenth century, went beyond the notion of a hospice for the poor. The architecture of the hospital was now based on therapeutic and hygienic principles. Hospitals became a privileged spaces for medical education. In fact, the hospital setting favoured the advances of clinical sciences because a significant number of patients could be observed, studied (and compared), and because the hospital made it possible to conduct autopsies and thus develop anatomopathology. In that context, the religious meaning of feeding (as an act of charity) that had prevailed until then was replaced by medical feeding based on Hippocratic dietetic principles. However, doctors rapidly lost interest in diet and abandoned the feeding care and research on nutrition, leaving it in the hands of hospital administrators. And indeed, administrators in the nineteenth century did recognize nutrition in the clinical setting to be important: nutrition could reduce the length of patients’ stay at the hospital, speed up convalescence, prevent rehospitalisation and diminish the cost of care [11].

#### 3.2. The nutrient from the 20th century

In the first half of the 20th century, nutrition was defined as “the science of food (and the ingredients of food known as nutrients), and its relation to health” [12]. The aim of this science was to contribute to the well-being and public health conditions. Nutritional care in the hospital and other medical settings was scarce. For decades, dietary practices in clinical settings relied on outdated principles. For example, while human nutrition science had already determined the principal nutrients and the notion of daily ratio and calorie needs, patients were still being fed according the ancient principles of an “absolute diet”, ignoring all notions of quantity and quality. Thus, there was a gap in the advancement of knowledge between public health research and the clinical field.

In the post-war decades, doctors slowly developed a new interest in and expressed concerns about the feeding of hospitalized patients. Feeding patients in various situations while coping with the progress of surgical techniques and other medical interventions became a real challenge. In fact, such situations, leading to undernutrition, had an impact on morbidity and mortality. In 1932, Cuthbertson had described in detail the metabolic responses of four patients with lower limb injuries [13]. In 1936, the surgeon HO Studley had published a statistical analysis that quantified the relationship between weight loss and mortality. He demonstrated that a reduction of more than 20% of body weight resulted in a postoperative mortality rate of 33%, while a group of patients with a weight loss of less than 20% had a postoperative mortality rate within 3% [14]. In 1947, it was recognized that the quantity and quality of food could distinctly influence the outcome of infectious diseases, surgical or traumatically wounds, burns and blood loss [15].

Thus, the challenge was to feed the patients by any possible route (i.e., oral, enteral or parenteral) to prevent malnutrition and modulate the metabolic response to injury. However, technically the parenteral route was impossible to perform, which triggered extensive research on the subject. In the 1960s, the prevailing dogma was still that “feeding entirely by vein is impossible; even if



it were possible, it would be impractical; and even if it were practical, it would be unaffordable." [16] Such a difficulty was not new: since the description of circulation by William Harvey in the seventeenth century, veins had been imagined as a route of administration for nutrients. Thanks to some significant technical progress, in 1966, Beagle puppies, could be totally fed by the parenteral route for the first time, ensuring the sole nutritional support for growth, development and metabolic support. Two years after that experiment, it became possible for human beings to be fed in the same way. Furthermore, enteral nutrition was developed simultaneously, as risks of hyper-nutrition by the parenteral route and the role of the intestine were being acknowledged (For a complete history of parenteral nutrition see Ref. [16]).

Thus, during the 1970s nutrients were no longer only associated with an oral diet, but with artificial means. First, this means that an invasive procedure, either the placement of a catheter for parenteral administration or a tube for enteral nutrition. These techniques are known today as "parenteral/enteral artificial nutrition" and their application as "nutritional support". Thus, the word "artificial" no longer refers to some food property (the result of a culinary preparation, for instance) as in Hippocratic medicine, but to the particular method of administration and production of nutrients. The second meaning of "artificial" is that nutrients are not the outcome of agronomical production and that their availability does not depend on agricultural policies: nutrients are now the outcome of pharmacological industrial productions. Thus, we may find a wide range of products for nutritional support (i.e., "food for medical purpose", "nutrition supplement" or "medical foods"). As a result, in both Europe and the United States, products for nutrition support are required to have specific bill regulation with specific legislations and guidelines. Those products are meant for patients with special nutritional needs and health care professionals must deliver indications for nutritional support under medical prescription and supervision. This implies a major change in medical practice since the products of nutrition support are now comparable to the practice in pharmaceuticals [1].

Beside these two meanings, the new concept of the nutrient has undergone another essential transformation, as its function is to reach beyond its nutritional objective. So key nutrients called "immunonutrients" (i.e., glutamine, arginine, citrulline, omega-3) can modulate inflammatory response and help restore immunological and other biological functions. Consequently, nutrients are administered not only for feeding, but to improve host defences and outcomes [17]. The novelty is that we attribute a pharmacological-type action to nutrients, and that they are investigated as such [18]. This aims to guarantee security to the patient, as nutrients must now be assessed under adequate and well-controlled clinical investigations, as any new drugs require.

#### 4. Defining clinical nutrition as a science

Clinical nutrition can be defined as both an autonomous empirical science and as an art. As an empirical science (i.e. knowledge derived from or guided by experiment), it interacts with other biological science like biochemistry, pharmacology and physiology. Autonomy (i.e. process of a science differentiating itself from other disciplines) can be defined as "a relative independence from other related disciplines, including both 'sociological' characteristics, such as the existence of research groups and associations, and 'epistemological' characteristics, such as separate methods and theory development" [19]. Table 1 summarizes the epistemological and sociological criteria of clinical nutrition.

As an art (i.e. *techne*, practice), the scientific principles and theories of clinical nutrition are applied through the practice of nutritional care. Nutritional care is a global process that includes

**Table 1**  
Criteria for disciplinary autonomy of clinical nutrition.

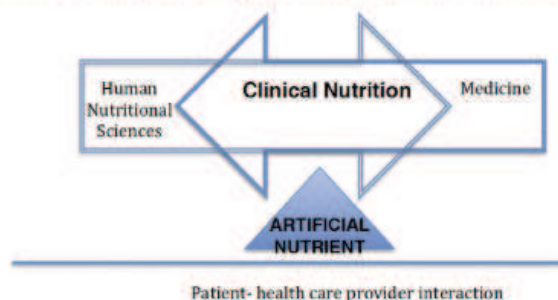
Epistemological characteristics
• A separable research object: The artificial nutrient
• Separate methods for empirical investigations: pharmaconutrient approach; tracer methodology, etc.
• An independent theory development or invention of a new theory: Artificial nutrient concept, parenteral and enteral nutrition principles, etc.
• A common conceptual apparatus: Malnutrition, disease-related malnutrition, immunonutrients, etc.
Sociological features
• A core group of researchers: ESPEN Special interest groups, etc.
• Common communication channels: Clinical Nutrition Journal, American Journal of Clinical Nutrition, etc.
• Separate conferences, meetings, etc: ESPEN congress, ASPEN congress, etc.
• Associations or institutions at a national and/or international level: SFNEP France, SBNC Belgium, DGEM Germany etc.
• The existence of teaching and training curricula, in addition to courses which are provided at universities or colleges, or offered as commercial courses to trade and industry; LLL ESPEN course, Adriatic Club of Clinical Nutrition (ACCN), etc.

screening, diagnostics, treatments, monitoring and audit in all types of care facilities (hospital, nursing homes and community) [2]. This leads to considering clinical nutrition in the scope of the patient-health care provider interaction in opposite to the organism-environment interaction characteristic of human nutritional science (Fig. 1). This has biological, sociological and ethical implications.

#### 5. The domain of clinical nutrition: malnutrition

In this context, the domain (a field or scope of knowledge and activity in science) of clinical nutrition can be defined by a series of areas: malnutrition, feeding, metabolism, health and disease. Indeed, clinical nutrition is concerned with all these aspects but there is one that defines it precisely. The main problem addressed by clinical nutrition is malnutrition [20]. This means that clinical nutrition – basic knowledge and practice through nutritional care – is supposed to help fight against malnutrition. Thus, malnutrition is what best defines the domain of knowledge and practice of clinical nutrition.

Even if there is some general agreement about the need to fight malnutrition, this concept raises semantic, epistemological and biological controversies. Are malnutrition and undernutrition synonymous? Are malnutrition/undernutrition/obesity to be understood as risk factors or as diseases? How can they be defined biologically, what criteria can be used? There is no consensus. We consider that the term "malnutrition" must not be considered as synonymous with "undernutrition" but as a general term encompassing a wide variety of nutritional statuses: pure starvation, disease-related malnutrition (cachexia), sarcopenia and frailty, as well as overweight, obesity and micronutrient abnormalities. In



**Fig. 1.** The interdisciplinarity of clinical nutrition.

that sense, the scope of clinical nutrition must include obesity-related nutritional and metabolic challenges [21]. The consensus criteria to unify the international terminology published recently by Cederholm *T* et al. proposes the term “nutritional disorders” as a general term encompassing malnutrition, overnutrition and micronutrient abnormalities and introduce a hierarchical arrangement of the conditions [22]. In our opinion, based on the complexity of those nutritional syndromes, there is no place for this kind of organization. Moreover, “nutritional disorder” (i.e. the absence of order or the state of not being arranged in an orderly manner) and “malnutrition” (i.e. *malus* bad, badly) can be synonymous in the clinical field, both giving an axiological meaning to the term. Thus there is no place for introducing an extra term that doesn't clarify the nosology of malnutrition. The semantic ambiguities, and the normative and axiological status of concept of malnutrition must be further studied. Efforts should be made to modify the International Classification of Diseases (ICD) coding and the recognition of diverse malnutrition conditions.

## 6. Perspectives for clinical nutrition

Understanding the epistemological foundation of clinical nutrition may lead to ethical, and academic challenges. First, performing and organizing clinical nutritional care may lead to ethical issues that should be taken into account. This particularly concerns the rationalization and standardization of nutritional care that may question justice and equality in health care. Second, nutritional support involves a multidisciplinary team in care implying the provision of food and drink by mouth—considered as basic care—but also artificial nutrition legally considered as a treatment. This puts in a constant tension the ethics of care and cure. In that sense, the four ethical elements of care, attentiveness, responsibility, competence and responsiveness, must be placed at the heart of the matter. The bioethical principles of respect of autonomy, non-maleficence, beneficence and justice can be questioned in the practise of nutritional support [23]. The ethics of clinical nutrition must be studied in depth.

The recognition of clinical nutrition as an autonomous discipline is a new phenomenon and will inevitably lead to some re-adjustment of existing professional boundaries. Clinical nutrition is usually subsumed under medical or nutritional-dietetic sciences. Medical students need to attend more courses and training on clinical nutrition, particularly courses on the basics of nutrition, and dieticians need to have more courses and training on clinical nutrition, particularly courses on the basics of medicine. An interdisciplinary speciality must be recognized. This must be a veritable speciality not a subspeciality of gastroenterology or surgery, endocrinology. More research and efforts must be combined to determine consensual core competencies and contents for clinical nutrition.

We have proposed a definition of clinical nutrition based on its epistemological status, object and specific domain of knowledge. Clinical nutrition is a basic interdisciplinary and applied science, concerned with malnutrition (under/overnutrition/micronutrient abnormalities). Its aim is to apply the principles of nutritional support (i.e. artificial nutrients) within the framework of nutritional care in order to ensure the nutritional status and modulate other biological functions to positively influence patient treatment and outcome.

## 7. Conclusion

Clinical nutrition is the outcome of a new vision, typical of the twentieth century school of thought: a vision defining the way the patient must be fed, establishing a close relationship between

malnutrition and disease and relying on a new concept of nutrient. It cannot be subsumed under nutritional science, as it is not to be considered as an organism–environment interaction but as an autonomous science, with a proper core of knowledge, domain, and mode of intervention, under the patient–health care provider interaction. Determining the epistemological status of clinical nutrition may help to consolidate the discipline, face and integrate the ongoing production of knowledge and address the accelerating social, technological, environmental and ethical challenges raised by this science.

## Statement of authorship

Diana Cardenas carried out the study and the whole writing of the manuscript.

## Conflict of interest

There is no conflict of interest to declare.

## Statement and funding sources

No funding sources.

## Acknowledgements

The author wishes to thank Dr Carole Birkan-Berz of the Université Paris 3 – Sorbonne Nouvelle who assisted in the editing of the manuscript.

## References

- [1] Walzer S, Droeschel D, Nuijten M, Chevrou-Séverac H. Health economics evidence for medical nutrition: are these interventions value for money in integrated care? *Clin Econ Outcomes Res* 2014;6:241–52.
- [2] Ljungqvist O, van Gossum A, Sanz ML, de Man F. The European fight against malnutrition. *Clin Nutr* 2010;29:149–50.
- [3] Kris-Etherton PM, Pratt Ch A, Saltzman E, Van Horn L. Introduction to nutrition education in training medical and other health care professionals. *Am J Clin Nutr* 2014;99(Suppl.):1151S–2S.
- [4] Clinical nutrition briefs. *Nutr Rev* 1954;12(4):1.
- [5] Soler L. Introduction à l'épistémologie. Paris: Ellipses; 2000.
- [6] Aristote. Les parties des Animaux, traduction by Pellegrin P. Paris: Flammarion; 2011.
- [7] Lavoisier AL. *Traité élémentaire de Chimie, Œuvres I*. Paris: Imprimerie Impériale; 1864.
- [8] Corvisart L. *Études sur les Aliments et les nutriments*. Paris: Labé; 1854.
- [9] Cannon G. The rise and fall of dietetics and of nutrition science 4000 BCE–2000 CE. *Public Health Nutr*;8(6A):701–5.
- [10] Nardin A. L'appétit vient en mangeant!. In: Histoire de l'alimentation à l'hôpital XV-XX siècles. Paris: Edoïn-Musée de l'Assistance Publique; 1998.
- [11] Payen A. Régime alimentaire dans les hôpitaux. Substances alimentaires et des moyens de les améliorer, de les conserver et d'en reconnaître les altérations. Paris: Hachette; 1865. p. 513.
- [12] Stare FJ. Why the nutrition science? *Nutr Rev* 1950;8(1):1–5.
- [13] Cuthbertson DP. Observations on the disturbance of metabolism produced by injury to the limbs. *Q J Med* 1932;1:233–4.
- [14] Studley HO. Percentage weight loss, a basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer. *JAMA* 1936;106:458.
- [15] Stare FJ. Medical and public education in nutrition. *Nutr Rev* 1947;5(1):1–3.
- [16] Dudrick SJ. History of parenteral nutrition. *J Am Coll Nutr* 2009;28:243–51.
- [17] Mizcock BA. Immunonutrition and critical illness: an update. *Nutrition* 2010;26:701–7.
- [18] Jones NE, Heyland DK. Pharmaconutrition: a new emerging paradigm. *Curr Opin Gastroenterol* 2008;24:215–22.
- [19] Kristiansen M. Emerging disciplines in the behavioural sciences. Assessment of disciplinary autonomy by terminological conceptual analysis. *Unesco Alsed-LSP* 2000;23:1–19.
- [20] Pierre S. ESPEN 2011: the present and the future. *Clin Nutr* 2011;30:405–6.
- [21] Barazzoni R, Van Gossum A, Singer P. Should ESPEN engage in facing the obesity challenge? *Clin Nutr* 2015;34:169–70.
- [22] Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, et al. Diagnostic criteria for malnutrition – an ESPEN Consensus Statement. *Clin Nutr* 2015;34:335e340.
- [23] Orrevall Y. Nutritional support at the end of life. *Nutrition* 2015;31:615–6.

## Annexe C

### Letter to the Editor of Clinical Nutrition The Ethical Foundations of Nutritional Care: a viewpoint on the recent ESPEN guidelines

N.E.P. Deutz, MD, PhD  
Center for Translational Research in Aging & Longevity,  
Department of Health & Kinesiology,  
Texas A&M University,  
College Station, Texas 77843-4253, U.S.A.

Dear Editor,

The recently published ‘Guidelines on ethical aspects of artificial nutrition and hydration’ on the journal Clinical Nutrition (June 2016) by Druml Ch. et al. (1) are of high importance to bioethicists, physicians and caregivers in nutritional care.

However, we have a fundamental concern about the ethical framework of the Guidelines. These are defined within the four principles approach, mainly founded on respect for autonomy, which has undoubtedly influenced tremendous clinical practices. Nevertheless, we think this approach is insufficient for defining ethical guidelines especially with regard to the issue of artificial nutrition and hydration (ANH). We propose that these guidelines be given a broader framework, by putting the ethics of care, the ethics of vulnerability and the notion of dignity at the core of the discussion.

First of all, *care* - defined by Tronto as a “practice and a disposition” - is an ongoing process consisting in 4 phases that can be integrated in the nutrition care process as we propose in figure 1 (2). This approach values and makes caring for others the essential element of ethics. This approach may be used to shed light on certain disagreements or tensions among decision makers and can help view the appearance of a dilemma as the product of muddled thinking rather than a real principled opposition or an opposition in moral values. For example, from an ethical and legal point of view, there is no distinction between withholding and withdrawing ANH when it is a disproportionate treatment, but caregivers may see the two processes as being different and consider withdrawal of treatment to be more morally difficult than withholding treatment. The difference here is in the *focus* of the care – between beneficence or non-maleficence from a utilitarian perspective, or within a relationship of care.

Second, malnutrition, which is the main object of ANH therapy, implies a “double vulnerability” for the patient: one being that of physical and mental detriment, and another being the high unawareness and lack of education about ANH among care givers. Thus, physicians and caregivers are faced with the responsibility to respond to the specific needs that this double vulnerability implies, i.e. the nutrient requirements, and the symbolic and emotional significance of feeding. Recognizing the complexity of this double vulnerability would help, for example, to integrate the concept of “comfort

feeding” that the guidelines propose. Moreover, institutions ought to evolve to improve nutrition education for physicians and caregivers.

Finally, the Kantian notion of *dignity*, defined as the intrinsic value of each human being, must be put at the heart of the discussion as it is possible to demonstrate how the absence of optimal nutritional care can constitute an offence against human dignity and can be considered as a violation of a fundamental human right (3).

In conclusion, to contribute to the progress on the ethical debates over the use of this medical intervention, ethics in ANH must be studied broadly by studying the ethics of nutrition care.

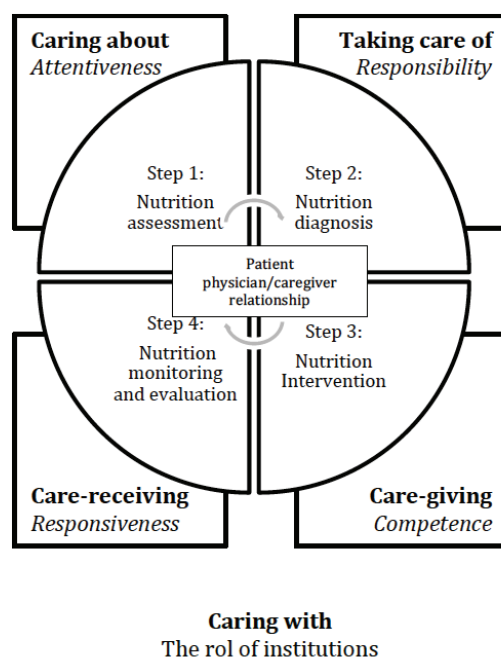


Figure 1. The four phases of ethics and their four moral elements integrated to the nutrition care process as defined by Lacey K et al. (4). The **bold type** represent the phases of care and the *italics* are the moral elements required in each phase

#### References:

1. Druml CH, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, Soeters P, Weimann A, Bischoff SC. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition* 2016; 35, 545e556.
2. Tronto J C. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge, 1993.
3. Crenn P, The right to nutrition: A human right to promote and defend, *Nutrition Clinique et Metabolism* 2009; 23 (3):172-81.
4. Lacey K, Pritchett E, Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *J Am Diet Assoc* 2003;(8):1061-72

## Table des Matières

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	4
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	5
<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	6
<b>PREMIERE PARTIE</b> .....	15
<b>APPROCHE EPISTEMOLOGIQUE DE LA NUTRITION</b> .....	15
INTRODUCTION.....	16
<b>CHAPITRE 1 : LA NUTRITION PRÉSCIENTIFIQUE</b> .....	17
1.1 LA DIÉTÉTIQUE ET LA NUTRITION : D’HIPPOCRATE À GALIEN .....	17
1.1.1 La diététique hippocratique .....	17
1.1.2 Platon et le souci de soi .....	26
1.1.3 Aristote et la théorie biologique de la nutrition.....	27
1.1.4 La place de la nutrition dans la médecine galénique.....	32
1.1.5 La médecine galénique .....	36
1.2 LA NUTRITION DE GALIEN JUSQU’AU XVIIIÈME SIÈCLE.....	38
1.2.1 Les fonctions de la nutrition .....	38
1.2.2 La fonction de la digestion .....	39
1.2.3 La thèse chimique sur la fonction digestive .....	41
1.2.4 La thèse mécaniste de la fonction digestive .....	44
1.2.5. La fonction circulatoire .....	48
1.2.6 La synthèse des thèses mécaniques et chimiques.....	51
1.2.7 Le vitalisme .....	54
1.2.8 Lavoisier et le métabolisme.....	56
1.3 LE RÉGIME ENTRE OPTION THÉRAPEUTIQUE ET PRÉCEPTÉ MORAL .....	58
1.4 LA MORALISATION DE LA DIÉTÉTIQUE .....	65
<b>CHAPITRE 2 : LA PÉRIODE SCIENTIFIQUE</b> .....	70
2.1 LA NUTRITION ET LA DIÉTÉTIQUE DANS LA MÉDECINE CLINIQUE DE BICHAT À BROUSSAIS.....	70
2.1.1 La médecine clinique de Pinel.....	72
2.1.2 La médecine clinique de Broussais .....	75
2.2. LA PHYSIOLOGIE DIGESTIVE .....	78
2.2.1. La nutrition et la physiologie de Claude Bernard.....	79
2.2.2 La fonction du glycogène.....	81
2.2.3 La fonction calorifique .....	82
2.2.4 Le système nerveux .....	83
2.2.5 Le Normal et le Pathologique.....	83
2.2.6 L’homme normal de Quételet.....	85
2.3 LA NUTRITION À L’HÔPITAL.....	86
2.4 « DIS-MOIS CE QUE TU MANGES, JE TE DIRAI CE QUE TU ES ».....	92
2.5 NIETZCHE ET LA VOLONTÉ DE PUISSANCE.....	94

CHAPITRE 3 : LE NOUVEL ESPRIT SCIENTIFIQUE .....	97
3.1 LE CONCEPT DE NUTRIMENT AU CŒUR DE LA NUTRITION.....	97
3.2. LA NUTRITION ARTIFICIELLE .....	100
3.3 DE LA DIÉTÉTIQUE À LA NUTRITION CLINIQUE.....	101
3.3.1 Le nutriment au-delà de la fonction de nutrition : l'immunonutriment.....	106
3.3.2 Une nouvelle approche : la pharmaconutrition.....	110
3.3.4 La nutriginomique : le départ d'une nouvelle notion de nutriment .....	114
3.4 LE RÔLE DE L'INDUSTRIE.....	116
3.5 DIFFÉRENTES RATIONALITÉS DE LA NUTRITION .....	117
CONCLUSION .....	120
<b>DEUXIEME PARTIE .....</b>	<b>122</b>
<b>LES FONDEMENTS ET LES ENJEUX ETHIQUES DE LA NUTRITION</b>	
<b>CLINIQUE .....</b>	<b>122</b>
INTRODUCTION.....	123
CHAPITRE 1 .....	124
1.1 Le problème de la méthode en éthique.....	124
1.1.1 Le principisme .....	126
1.1.2 La casuistique .....	129
1.1.3 Le choix de cas .....	131
CHAPITRE 2 : ETUDES DE CAS .....	134
2.1 Cas No. 1 : Les enjeux éthiques autour du diagnostic de l'état nutritionnel ...	134
2.1.1 La prévalence et l'impact de la dénutrition .....	134
2.1.2 La question éthique.....	141
2.1.3 La dénutrition comme vulnérabilité .....	150
2.1.4 La dénutrition : maladie ou facteur de risque ? .....	153
2.2 Cas No. 2 : Nourrir l'homme malade : quels enjeux éthiques ?.....	164
2.2.1 Le problème éthique .....	165
2.2.2 La nutrition artificielle, entre soin et thérapeutique .....	166
2.2.3 Le support nutritionnel, un véritable soin.....	176
2.2.4 Le « care » ou le souci de l'autre.....	179
2.3 Cas No. 3 : Nutrition clinique et dignité humaine.....	190
2.3.1 Le problème éthique .....	191
2.3.2 Le support nutritionnel dans la démence.....	194
2.3.3 Nourrir l'homme malade et la question de la dignité humaine .....	205
2.3.4 Le droit à l'alimentation et le droit « à être nourri » .....	209
2.4 Cas n°. 4 : Enjeux éthiques de la chirurgie bariatrique .....	218
2.4.1 Le problème éthique .....	219
2.4.2 Enjeux éthiques des régimes diététiques .....	219
2.4.3 Enjeux éthiques des compléments alimentaires .....	226
2.4.5 L'obésité est-elle une maladie ou état adaptatif auto-infligé ?.....	240

2.4.6 Enjeux éthiques de la chirurgie bariatrique .....	249
<b>CHAPITRE 3 : NUTRITION ET SOINS PALLIATIFS.....</b>	<b>257</b>
3.1 Questions éthiques des soins nutritionnels en situation palliative : la position du médecin.....	257
3.2 Revue systématique de la littérature. Méthodologie .....	266
3.3 Résultats et analyse de la littérature.....	268
<b>TROISIEME PARTIE .....</b>	<b>274</b>
<b>LE ROLE DES INSTITUTIONS DANS LA NUTRITION.....</b>	<b>274</b>
INTRODUCTION.....	275
<b>CHAPITRE 1. CADRE LÉGISLATIF ET POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LE</b>	
<b>DOMAINE DE LA NUTRITION.....</b>	<b>276</b>
1.1 La politique nutritionnelle en France.....	276
1.2 La place de la nutrition dans l'enseignement de la médecine du XVIIIème au XIXème siècle .....	289
1.3 L'état actuel de l'enseignement en nutrition dans les écoles de médecine à l'étranger.....	296
1.4 L'attitude et les compétences des médecins en nutrition.....	299
<b>CHAPITRE 2. LES CONSÉQUENCES D'UNE FORMATION INSUFFISANTE DE MÉDECINS EN</b>	
<b>NUTRITION.....</b>	<b>314</b>
2.1 La compétence en nutrition : plus qu'une qualité technique, une notion morale.....	314
2.2 Conséquences éthiques de la formation insuffisante de médecins en égard aux principes de bioéthique.....	318
2.3 Les risques de thérapies complémentaires et les dérives sectaires .....	322
<b>CHAPITRE 3. L'ENSEIGNEMENT DE LA NUTRITION .....</b>	<b>329</b>
3.1 Le problème .....	329
3.2 Les limites intra et interdisciplinaires de la nutrition.....	331
3.3 Le métier de nutritionniste : un problème à résoudre, une exigence à accomplir .....	355
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>363</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>369</b>
<b>TABLE DES FIGURES .....</b>	<b>385</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>386</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>396</b>





## Résumé

Les progrès de la médecine permettent aujourd'hui de nourrir par nutrition artificielle toutes les personnes malades dès lors qu'elles ne peuvent pas s'alimenter par elles-mêmes. Toutefois, la malnutrition se présente dans le cadre clinique comme une maladie d'une haute prévalence. Est-il alors possible de faire de la nutrition un sujet éthique de telle sorte qu'elle soit considérée en médecine comme un véritable soin ? Pour répondre à cela, l'approche épistémologique montre que la nutrition est une science autonome ayant ses origines dans l'Antiquité. Elle se différencie de la nutrition clinique, une discipline née au XX<sup>ème</sup> siècle et qui a recours aux techniques de nutrition artificielle ayant le statut de médicament. Sur le plan éthique, cela pose de vraies difficultés lorsque la nutrition artificielle s'applique à des situations cliniques particulières. En effet, alimenter les patients devient un soin mais aussi un traitement. Cela conduit alors à interroger les valeurs du soin et à élaborer des normes universalisables possédant une véritable légitimité dans le champ médical. Dans ce contexte, nous avons identifié une double vulnérabilité des patients dénutris, caractérisée par l'altérité du corps dénutri, mais aussi par la vulnérabilité induite par l'absence de diagnostic et de formation des soignants en nutrition. Pour répondre à ces enjeux, il devient alors nécessaire de penser des institutions justes qui, dans les politiques de santé, intègrent la nutrition en la concevant comme un soin et en proposant une formation médicale adaptée à de tels défis.

**Mots-clés :** dénutrition, nutrition, régime, soin, traitement, vulnérabilité.

## Summary

Medical advances now allow to feed all sick people by artificial nutrition when they cannot feed themselves. However, malnutrition is still highly prevalent. Is it possible to make nutrition an ethical subject so that it be considered as real medical care? To respond to this, an epistemological approach shows that nutrition is an autonomous science that has its origins in Antiquity. It differs from Clinical Nutrition, a discipline born in the twentieth century and uses artificial nutrition techniques having the status of a drug. Ethically, this poses actual difficulties when artificial nutrition applies to particular clinical situations. Indeed, feeding patients becomes a form of care but also of treatment. This leads us to question the values of care and envision universalizable standards with a true legitimacy in the medical field. In this context, we have identified a double vulnerability of malnourished patients, characterized by the otherness of the malnourished body, but also a vulnerability induced by the lack of diagnosis and training of caregivers in nutrition. To meet these issues, it becomes necessary to conceive of just institutions, that by health policy, integrate nutrition as a care and provide medical training adapted to these challenges.

**Keywords:** malnutrition, nutrition, diet, care, treatment, vulnerability.