

La restauration dans les services de soins en oncologie : le vécu des patients

Philippe R.

POUILLART^{a,*}

Professeur associé, docteur en immunopharmacologie, enseignant chercheur spécialiste en pratique culinaire et santé

Élodie GIDOIN

-DEWULF^a

Ingénieur en alimentation santé, spécialiste du comportement alimentaire et de l'éducation thérapeutique

Cécile BUCHE-FOISSY^a

Ingénieur en alimentation santé, spécialiste en formulation alimentaire et en analyse sensorielle

Odile COMPÈRE^b

Diététicienne, cadre de service

Sif BENDJABALLAH^b

Docteur en médecine, anatomo-cyto-pathologiste, Chef de l'Oncopôle

^aDépartement des Sciences de la nutrition et Santé. Institut Polytechnique LaSalle Beauvais, 19 rue Pierre-Waguet, 60026 Beauvais cedex, France

^bCentre Hospitalier de Beauvais, 40 avenue Léon-Blum, 60000 Beauvais, France

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail : philippe.pouillart@lasalle-beauvais.fr (P. Pouillart).

Le programme d'étude observationnelle NEODIA, qui analyse le comportement alimentaire des patients traités pour un cancer, a récemment mené une enquête sur l'offre alimentaire dans un centre hospitalier dont la restauration fonctionne en gestion directe. Les remarques des patients constituent un véritable cahier des charges permettant de faire évoluer les pratiques culinaires en restauration santé autogérée ou concédée.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - cuisine thérapeutique ; effet secondaire ; oncologie ; recherche translationnelle ; restauration santé

Hospital catering service in cancer care units: patients' experience. The NEODIA observational programme which studies the eating habits of cancer patients recently carried out a survey to assess a hospital's self-managed catering service. Patients' remarks constitute valuable specifications for the development of culinary practices in self-managed or outsourced hospital catering services.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - healthcare catering; oncology; side effects; therapeutic cuisine; translational research

Les diététiciennes des services de soins en oncologie ont pour mission de transmettre des recommandations nutritionnelles au malade pour améliorer son quotidien à domicile, face aux symptômes de la maladie et aux effets secondaires des traitements, invalidants. Dès 2008, des travaux éclairants montrent que cette démarche est essentielle car la maladie, autrefois constamment mortelle, est devenue chronique, dans la mesure où une chimiothérapie au long cours permet aujourd'hui de la stabiliser, même dans les stades métastatiques [1]. L'approche nutritionnelle, auparavant considérée comme secondaire par le praticien de soins compte tenu du pronostic vital rapidement engagé, est aujourd'hui au premier plan [2,3].

Selon les situations, les patients peuvent présenter des distorsions olfacto-gustatives, des difficultés de déglutition, des déchaussements dentaires, des aphtes, une gingivite, un dessèchement de la muqueuse buccale, des douleurs d'estomac et de l'intestin, des nausées, des problèmes cognitifs, une constipation ou, à l'inverse, une diarrhée [1,4-8]. Ils doivent vivre avec des symptômes qui ont un impact sur l'acte alimentaire, qui sont source d'inconfort, de fatigue ou de douleurs, et sont directement ou indirectement liés à l'état de dénutrition [1,3,9,10]. Ils sont exclus de leur cuisine alors que l'acte alimentaire est plus que jamais déterminant pour optimiser le bénéfice des traitements [2,11-13,14]. La cachexie est présente chez un patient sur deux en oncologie pathologie [15]. Elle induit une asthénie, une anorexie, une satiété précoce et une anémie [15-17].

La chimiothérapie cytotoxique crée, de plus, une dépense énergétique qui constitue un facteur de risque supplémentaire de dénutrition [18,19]. Cette dénutrition essentiellement iatrogène est mise en cause dans 25 % des décès [19], les cliniciens estimant que l'efficacité de la chimiothérapie chez ces patients est affectée, la toxicité augmentée, la performance altérée et le pronostic d'autant aggravé [10,20-26].

Le programme NEODIA

Le programme d'étude observationnelle NEODIA travaille sur le comportement alimentaire des patients traités pour un cancer. Abondant les recommandations de la Société francophone nutrition clinique et métabolique (SFNEP) parues en 2012 [4], il s'est tout d'abord intéressé à favoriser la réappropriation de "l'espace cuisine" par les patients à leur domicile, considérant qu'il s'agissait d'un objectif essentiel pour lutter contre la dénutrition [11-13].

✦ **S'appuyant sur une enquête qui inclut au total 197 patients**, dont les premiers résultats sont parus [5-8,13,27], NEODIA a conçu un programme d'éducation culinaire qui a été déployé, d'une part, sous forme d'ateliers culinaires pour les patients et leurs aidants indirects [11,12,28-30] et, d'autre part, sous forme d'une formation destinée aux professionnels pour faciliter les initiatives locales. À la demande des patients qui manifestent le désir d'être accompagnés sur le long terme durant leur parcours de soins, NEODIA a mis en place le site internet "Vite fait bienfaits[®]" doté de son

application smartphone [12], téléchargeable dans les stores Apple et Android. Ce support multi-display, labellisé par l'Agence régionale de santé (ARS) Picardie et le Programme national pour l'alimentation (PNA) à travers l'initiative "Manger est l'affaire de tous", est mis à disposition gratuitement pour les patients, leurs aidants indirects, ainsi que les professionnels de santé et de soins de support. Le site permet de s'informer sur les principaux effets secondaires, de les moduler grâce à l'utilisation de techniques culinaires adaptées, l'usage d'épices et de plantes aromatiques spécifiques, et diffuse les recommandations diététiques. Un malade accompagné est un malade qui guérit plus vite. L'internaute peut poser ses questions, géolocaliser des associations d'aide au malade ou encore proposer ses propres recettes pour enrichir, après validation, la bibliothèque de recettes existantes.

✦ **Les ateliers d'éducation culinaire**, que le Centre hospitalier de Beauvais (CHB) a été le premier à mettre en œuvre dans son établissement en mai 2015, sont en cours de déploiement dans d'autres hôpitaux. Pour faciliter la démarche, LaSalle a multiplié les conférences dans toute la France grâce au soutien du groupe Davigel, pour toucher 150 hôpitaux en 2015.

Le programme NEODIA a jusqu'alors focalisé son action sur l'aide aux patients. Les enseignements qu'il en tire sont-ils transposables à l'offre alimentaire proposée par les établissements de soins en oncologie ? En partie probablement, mais en premier lieu, il s'agissait de réaliser une enquête auprès des patients pour comprendre le périmètre possible de notre intervention. C'est l'objet du travail exposé ici.

Méthodologie de l'enquête

L'étude de l'offre alimentaire en milieu hospitalier s'est déroulée en 2014. Une enquête spécifique a été réalisée au CHB, dont la restauration fonctionne en gestion directe. Ce travail monocentrique s'est limité aux services d'hospitalisation de jour et d'hospitalisation de semaine. En effet, le service de radiothérapie ne propose pas de service de restauration. L'offre alimentaire du service de soins palliatifs étant très particulière, puisqu'adaptée sur mesure aux envies du malade en fin de vie, elle n'est pas intégrée au programme d'étude.

✦ **L'enquête inclut des patients majeurs traités par chimiothérapie depuis 3 à 6 mois.** Parmi eux, 17 % reçoivent également une radiothérapie. L'échantillon, composé de 44 % de retraités, est constitué de 56 % de femmes et 44 % d'hommes, âgés de 45 à 60 ans. Les hommes sont traités principalement pour un cancer colorectal ou un cancer du poumon. La plupart des femmes le sont pour un cancer du sein. L'entretien individuel est conduit par un seul enquêteur. Le questionnaire porte sur les troubles ressentis depuis le début

du traitement et la perception des repas à domicile et à l'hôpital. Au total 107 questions sont posées : sur le déroulement de la journée alimentaire (qualitatif, quantitatif, motifs des changements) ; les préférences de produits (formulations nutritionnelles, textures, marques, présentations, signes de qualité, évocation des représentations du produit...) ; le lien, positif et négatif, avec les symptômes apparus depuis la mise en place des traitements.

✦ **Les patients sont interrogés sur leur niveau de connaissances** concernant les recommandations diététiques qu'ils ont reçues durant leur parcours de soins et leurs sources d'information. Le dossier anonymisé fait également état de leur tableau clinique et du protocole de traitement. Il est complété par 41 patients. L'exploitation de la base de données est réalisée sous Sphinx®.

Enseignements de l'enquête

L'enquête inclut 41 patients traités par chimiothérapie depuis 3 à 6 mois pour un cancer colorectal, un cancer du sein ou un cancer du poumon. Après les premières séances de traitement, ils présentent une fatigue (90 % d'entre eux), des nausées (plus de 63 %), une hypoguesie accompagnée d'un changement du goût des aliments (73 %), une perte d'appétit (49 %), une sécheresse de la muqueuse buccale (40 %) et/ou une constipation (40 %). Ils ont également la sensation d'être rassasiés rapidement (51 %).

✦ **La majorité des patients sont conscients que l'alimentation a des effets sur le corps**, 68 % pensant que certains aliments doivent être favorisés ou, à l'inverse, évités selon leur situation personnelle. Les patients estiment pour 66 % d'entre eux avoir reçu des recommandations hygiéno-diététiques suffisantes et satisfaisantes, dispensées par les diététiciennes des services d'oncologie de l'hôpital qui assure les soins, le CHB (l'enquête s'étant déroulée en 2014, les personnes interrogées n'ont pas bénéficié du programme d'éducation culinaire mis en place au CHB en mai 2015).

Au CHB, la durée moyenne de séjour (DMS) est de 3 jours par mois en hospitalisation de semaine et de 2,5 jours par mois en hospitalisation de jour. La restauration de cet établissement fonctionne en gestion directe. Les repas sont composés d'une entrée (généralement froide), d'un plat chaud et d'un dessert (yaourt, compote). En hôpital de semaine, trois repas sont offerts par jour, avec un choix de trois plats principaux. En hôpital de jour, deux plats principaux sont proposés au déjeuner. Les collations comprennent une boisson chaude ou froide et un biscuit sec sucré.

L'étude montre que les plats sont jugés globalement appétissants par 68 % des convives et que l'offre du plat principal couvre les préférences alimentaires de 78 % des patients. Au regard des recommandations nutritionnelles

Références

- [1] Multidisciplinary clinical guide to nutrition management of cancer patients. Consensus. Clinical & Translational Oncology 2008; Extraordinary 2:10.
- [2] Hébuterne X. Cancer et dénutrition : une approche transversale. Phase 5. Paris: Éditions Médicales; 2010.
- [3] Hébuterne X, Beauvillain de Montreuil C, Lemarié E et al. Effets des cancers sur l'état nutritionnel et la prise alimentaire : la perception des malades. Nut Clin Metabol. 2007;21(S2):39.
- [4] Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer. Recommandations professionnelles SFNEP, novembre 2012.
- [5] Battu C. L'accompagnement nutritionnel d'un adulte présentant des nausées et des vomissements chimio-induits. Actual. pharma. 2015;53(539):53-6.
- [6] Battu C. L'accompagnement nutritionnel d'un adulte présentant des troubles buccaux chimio-induits. Actual. pharma. 2015;53(541):53-6.
- [7] Battu C. L'accompagnement nutritionnel d'un patient présentant une constipation chimio-induite. Actual. pharma 54(545). 2015;53(545):55-8.
- [8] Battu C. L'accompagnement nutritionnel d'un patient présentant une diarrhée chimio-induite. Actual. pharma. 2015; 54(547):53-56.
- [9] Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M et al. Prévalence de la dénutrition au cours du cancer : une enquête nationale un jour donné. Nutr Clin Metabol. 2006;20(S2):86.
- [10] Senesse P, Assenet E, Schneider SM et al. Nutritional support during oncologic treatment of patients with gastrointestinal cancer: who could benefit? Cancer Treat Rev. 2008;34(6):568-75.
- [11] Colmet Daâge V. Dans les coulisses : chimiothérapie, des ateliers culinaires pour retrouver le plaisir de manger. Nutrition Info. 2015;43:34-7.

Références

[12] Pouillart P, Laroche C, Tiravy A, et al. Éducation culinaire de l'adulte traité pour un cancer. *Nutritionpratique*. 2015;29:21-6.

[13] Pouillart P, Bendjaballah S, Laroche C et al. Cuisiner durant un cancer : ce que nous enseignent le groupe de recherche translationnelle NEODIA. *Nutrition et Endocrinol*. 2015;13(73):122-9.

[14] Jakubowicz C. Chimiothérapie et plaisir de s'alimenter. *Éclairage des sciences humaines. Oncologie*. 2006;8:170-4.

[15] Laviano A, Meguid MM, Inui A et al. Therapy insight: cancer-cachexia syndrome --when all you can eat is yourself. *Nat Clin Pract Oncol*. 2005;2(3):158-65.

[16] Jakubowicz C. Troubles du goût et de l'alimentation chez les malades du cancer traités par chimiothérapie. *Médecine et nutrition*. 2006;42:157-78.

[17] Muscaritoli M, Bossola M, Aversa Z et al. Prevention and treatment of cancer cachexia: New insight into an old problem. *Eur J Cancer*. 2006;42(1):39-41.

[18] Van Cutsem E, Arends J. The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs*. 2005;9:S51-63.

[19] Ravasco P. Aspects of taste and compliance in patients with cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2005;9:S84-91.

[20] Muscaritoli M, Bossola M. Therapy of muscle wasting in cancer: what is the future? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2004;7(4):459-66.

[21] Laurent A, Nicco C, Chéreau C et al. Controlling tumor growth by modulating endogenous production of reactive oxygen species. *Cancer Res*. 2005;65(3):948-56.

[22] Alexandre J, Nicco C, Chéreau C et al. Improvement of the therapeutic index of anti-cancer drugs by the SOD-mimic mangofodipir. *J Natl Cancer Inst*. 2006;98(4):236-44.

reçues des diététiciennes au cours du parcours de soins, 66 % d'entre eux estiment que l'offre alimentaire globale du service qui les accueille répond aux besoins nutritionnels correspondant à leur état de santé individuel.

✦ **La saveur des plats est incontestablement le critère jugé le plus important** (90 % des patients interrogés). Le sens gustatif est d'ailleurs le plus altéré par les traitements : 67 % des patients sont touchés par l'hypoguesie et les déviations des saveurs [13], ce qui explique cet intérêt particulier. Les plats du CHB sont qualifiés de "fades" (43,9 %), voire "insipides" (12,2 %). Certains plats et jus de cuisson exacerbent le mauvais goût présent en bouche et dû aux traitements. Seuls 37 % des mangeurs déclarent que toute l'offre leur convient du point de vue gustatif. En fait, les patients se détournent principalement des saveurs métallique (37 %), amère (17 %) ou salée (12 %). Ces personnes sont celles qui disent avoir systématiquement un "mauvais goût" en bouche. L'étude NEODIA [13] montre que la saveur umami est aussi un frein, à l'instar du sel, bien que cet exhausteur de goût ne soit pas utilisé en cuisine collective. Parmi les personnes disant rechercher des saveurs particulières (63 %), 29 % sont plus attirés par les produits sucrés et 19,5 % par des saveurs intenses mais pas forcément salées.

✦ **Les patients portent également un grand intérêt aux odeurs.** Ce sont notamment celles dégagées par les plats chauds qu'il faut gérer en priorité selon 73 % d'entre eux afin de contribuer à limiter les nausées et vomissements. Les entrées et les desserts, servis froids essentiellement, ne posent pas de problème. Pour autant, 89,7 % des personnes interrogées préfèrent "déclocher" l'assiette chaude face à eux, à l'arrivée du plateau, sur la servante du lit. Les patients ne sont pas plus indisposés par les odeurs d'ambiance de l'hôpital que par celles du domicile, mais il est à noter que 14 % d'entre eux apprécient néanmoins des senteurs florales dans les espaces de vie, les autres personnes interrogées n'ayant pas de suggestions particulières.

✦ **Une remarque importante des patients concerne les quantités d'aliments présentées.** Depuis la mise en place du traitement, le volume des repas pris à la maison est moindre chez 57 % d'entre eux. Cela confirme les résultats de l'étude NEODIA qui montre que 58 % des patients déclarent avoir beaucoup moins (6,6 %) ou moins d'appétit (26,3 %) ou encore un appétit irrégulier (25 %).

Près de la moitié des patients de l'étude (49 %, $n = 41$) déclarent avoir moins d'appétit à l'hôpital que chez eux. Ceux-ci pensent à 65 % que l'ambiance froide de l'établissement accentue le phénomène de refus alimentaire, mais pas seulement : les repas ne donnent pas envie (25 % des réponses), ils mangent seuls ou avec des personnes qu'ils ne connaissent pas (20 %), les

odeurs de tous types les dérangent (10 %), certains souhaitent partir vite quand ils sont en hospitalisation de jour (10 %) ; les autres (5 %) ne savent pas expliquer pourquoi.

Les patients sont 34 % à considérer le plateau-repas comme globalement trop chargé du fait que le biscuit sous blister, qui constitue le produit sec de la collation accompagné d'une boisson, est disposé sur le plateau du déjeuner. Cela contribue selon eux à susciter le refus. C'est le plat principal qui pose en fait problème car 66 % des patients le jugent trop copieux à lui seul ; ils sont 90 % à ne pas le finir. Il est intéressant de noter que seuls 14 % des patients de l'étude continuent à percevoir le repas comme un moment agréable à l'hôpital, contre 29,3 % à la maison. Si pour eux "un bon repas" est majoritairement un moment convivial en famille ou évoque la perspective de déguster un bon plat, il est aussi désormais identifié par 17 % d'entre eux, en premier lieu, comme un repas que l'on arrive à terminer malgré les effets secondaires. Un seul plat complet en remplacement de l'entrée et du plat principal suffirait-il ? Les personnes qui constituent notre groupe d'étude, Français de naissance ou d'adoption, sont habituées aux pratiques alimentaires hexagonales, considérant qu'un repas est composé de trois plats. Cela explique que les avis soient très partagés, avec 51,2 % pour et 48,8 % contre cette idée.

✦ **La question sur la fréquence des repas et des collations** au CHB réunit 83 % de satisfaction. Clairement, malgré la recherche de plus petites quantités, les patients accueillis en hôpital de semaine souhaitent conserver les trois repas journaliers. Il faut dire que l'arrivée du repas déclenche quand même la faim chez 51 % des personnes, ce qu'il est important de préserver. Manger à la demande n'est pas une revendication pour 75,5 % des patients. En revanche, ils soulignent qu'il faut être attentif à la cyclicité du plan alimentaire, afin que les personnes venant régulièrement disposent dans le temps d'une certaine variété.

✦ **La température des plats est un critère jugé essentiel** à prendre en compte pour 71,5 % des patients, et cela pour différentes raisons, auxquelles ils se sont adaptés. Les personnes particulièrement sujettes aux nausées ou aux inflammations buccales mangent les aliments à température ambiante ou froids, participant à engourdir la bouche. Celles qui présentent une diarrhée évitent l'ingestion d'aliments froids. Les patients présentant une paresthésie proscrivent également les plats très froids pour ne pas déclencher de sensation de fourmillements au niveau du tube digestif. Enfin, l'altération du goût et de l'odorat conduit à vouloir éviter les températures extrêmes.

✦ **Les patients sont, à 70 %, très attentifs à la présentation des aliments dans l'assiette** depuis la mise

en place de leur traitement. Dans l'étude, ils ne montrent aucune attirance particulière (2 % des réponses seulement) à manger dans une assiette comme à la maison (décorée, colorée). Ils sont, en revanche, 63 % à vouloir séparer la source de protéines et sa sauce, d'une part, de l'accompagnement, d'autre part. Ainsi, l'accompagnement (un féculent ou un légume) n'est pas apprécié en fonction des effets secondaires. La présentation des plats en barquette de plastique ne dérange pas 90,2 % des personnes interrogées, pourvu que celle-ci soit compartimentée.

♦ **Les patients sont soucieux de la couleur des aliments.** Ainsi, ils sont 59 % à privilégier un plat dans lequel la couleur naturelle des ingrédients est préservée, non altérée par la cuisson. Ces mêmes personnes apprécient la présence de certains ingrédients colorés, tels que des herbes ou légumes incorporés en petits morceaux, comme garniture, dans un féculent, suscitant l'appétit selon eux. Il est à noter que 33 % de ce groupe de personnes attentives aux couleurs précisent que ces "marquants" doivent avoir le goût de l'ingrédient en question et être présents en quantité significative, au risque d'être un facteur trompeur.

♦ **Concernant les textures des aliments,** l'enquête montre un consensus qui met en avant que 63 % des patients choisissent les plats aux ingrédients les plus souples et coupés en morceaux dans l'offre de l'hôpital. Il en va de même pour la sauce, qu'ils souhaitent onctueuse et nappante sur une viande ou un poisson, et qui est préférée à un jus de viande, plus fluide. Pour autant, les raisons qui conduisent à ce choix alimentaire sont variables en fonction des effets secondaires. Indifféremment, leur objectif est de favoriser la mastication, d'éviter la fatigue, de ne pas stimuler l'inflammation buccale (aphtes, gingivites) et de pallier une bouche sèche.

Conclusion

L'enquête s'est intéressée, certes, à l'offre d'un seul établissement, à un jour donné, mais permet sans nul doute de généraliser les principaux commentaires recueillis par les patients.

L'échantillon de 41 personnes enquêtées livre des informations sur la survenue de symptômes en lien avec les traitements et l'évolution du comportement alimentaire à domicile, conformes aux résultats obtenus dans l'étude NEODIA sur 197 patients de ce même centre hospitalier.

Les résultats montrent que les comportements alimentaires, déjà largement altérés depuis la prise en place du traitement et impactant le quotidien, se dégradent significativement en milieu hospitalier. Si au CHB, l'offre de restauration dans les services d'oncologie en court séjour est globalement appréciée, des pistes d'amélioration



Un atelier d'éducation culinaire.

sont sous-jacentes pour que la proposition elle-même devienne une valeur de référence pour le malade durant ses séjours d'hospitalisation.

Le Plan cancer de 2014 souligne qu'il faut « *préserver la continuité et la qualité de vie, en proposant une prise en charge globale de la personne pendant et après la maladie, tenant compte de l'ensemble des besoins* ». La multiplication de telles observations de terrain permettra de confirmer que la prise en charge nutritionnelle est un soin de support, favorisant la faisabilité et l'optimisation du bénéfice des traitements.

Tout faire pour limiter la détérioration du statut nutritionnel en oncologie, par des conseils hygiéno-diététiques, des ateliers culinaires éducatifs et une restauration santé adaptée est devenu essentiel dans le schéma thérapeutique.

L'Institut national du cancer (INCa) dénombre 944 établissements disposant d'une autorisation pour traiter la pathologie cancéreuse, quels que soient les modes de prise en charge. Chacun dispose de son système de restauration, en gestion directe ou concédée à un opérateur de la restauration collective, produisant en circuit court ou en cuisine centrale, ou encore ayant recours à l'industrie agroalimentaire qui apporte des solutions prêtes à l'emploi surgelées. En fonction du mode de fonctionnement qu'il a choisi et donc des libertés d'action spécifiques, un établissement peut considérer les remarques pertinentes des patients comme autant d'éléments à intégrer dans son cahier des charges pour l'amélioration continue de son offre de restauration en oncologie. ▶

Références

- [23] Mason JB. Gastrointestinal cancer: nutritional support. In: Kelsen DD, Daly JM, Kern E, et al. Principles and Practices of Gastrointestinal Oncology. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- [24] Andreyev HJ, Norman AR, Oates J et al. Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for gastrointestinal malignancies? *Eur J Cancer*. 1998;34:503-9.
- [25] Ross PJ, Ashley S, Norton A et al. Do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for lung cancers? *Brit J Cancer*. 2004;90:1905-11.
- [26] Cessot A, Agostini J, Camps S et al. Relationship between performance status, nutritional status and chemotherapy dose-intensity in patients with solid tumors. *European Society for Medical Oncology (ESMO) 2010*; 8-12 octobre 2010; Milan.
- [27] Pouillart P. Cancer : comportement alimentaire des malades et consommation de produits laitiers. *Cholédéc*. 2015;146:1-4.
- [28] www.allodocteurs.fr/actualite-sante-chimiotherapie-retrouver-le-gout-de-manger-9228.asp?1=1
- [29] Dufranc C. Les bons génies du goût. *Rose Magazine*. 2015;3:160-7.
- [30] Bouguet G. Bien s'alimenter durant les traitements. *Lymphom' Action*. 2015;24: 3-5.

Déclaration de liens d'intérêts
Le programme NEODIA est labellisé par l'Agence régionale de santé de Picardie (ARS) et le Programme national pour l'alimentation (PNA), également financeurs. Le comité de l'Oise de la Ligue contre le cancer, le Conseil régional de Picardie et le groupe agroalimentaire Davigel sont également cofinanceurs. Philippe Pouillart est membre du conseil d'administration du Comité de l'Oise de la Ligue contre le cancer.
Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.