

Contribution au plan stratégique médical 2020-2024

Assistance publique – Hôpitaux de Paris

Nom de la spécialité :

Nutrition

Principaux rédacteurs :

Prs Sébastien CZERNICHOW & Francisca JOLY

Q1. Contexte général de la spécialité

La nutrition est une discipline hospitalière et universitaire en plein essor, notamment caractérisée par son caractère transversal et interdisciplinaire. En effet, l'évolution clinique de nombreuses situations cliniques aiguës (périopératoire, réanimation, sepsis, mais aussi cancer) ou pathologies chroniques (cardiométaboliques, BPCO, NAFLD et NASH, insuffisance rénale, notamment) dépend du statut nutritionnel (excès de poids ou dénutrition).

Par ailleurs, les troubles des conduites alimentaires (TCA) définis par le DSM5 qui sont des pathologies psychiatriques poly factorielles émergentes à l'adolescence mais concernant toutes les catégories d'âge (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie boulimique, autres troubles spécifiés) ou d'origine centrale dans le cadre des pathologies du neuro-développement (troubles de l'oralité chez le petit enfant) concerneraient 10 à 15 % de la population en IdF, et sont associées à des troubles nutritionnels de sévérité variable allant de la cachexie au surpoids ou à l'obésité, responsables de complications et comorbidités multiples.

Cette discipline est impliquée très souvent dans des situations médicales complexes, mettant en jeu des aspects psychosociaux importants, dans des populations vulnérables et parfois très précaires.

La labélisation par les ARS de Centres Spécialisés Obésité (CSO) depuis 2012 a permis la création de filières de soin pour la prise en charge médico-chirurgicale des obésités sévères. Il existe 3 CSO à l'APHP qui regroupent différents sites hospitaliers. La chirurgie bariatrique réservée aux obésités les plus sévères s'est largement développée avec plus de 60000 interventions annuelles. L'enjeu majeur de la préparation optimale et du suivi de qualité à vie a été souligné de nouveau par le récent rapport de l'IGAS.

Des unités transversales de nutrition ont été créées dans certains établissements pour améliorer le diagnostic et la prise en charge des patients dénutris dans le but d'améliorer la survie, la réponse au traitement, la qualité de vie et réduire aussi bien la morbidité que les durées et coûts d'hospitalisations. Ces unités rapidement autofinancées par l'amélioration du codage restent encore rares et insuffisantes.

Il existe aussi des centres de référence maladies rares (CRMR) qui prennent en charge des patients présentant des pathologies génétiques ou lésionnelles associant l'obésité et des troubles du comportement alimentaire comme le syndrome de Prader-Willi. Cette prise en charge très spécialisée connaît également une forte croissance compte tenu de la demande et des difficultés d'accès aux soins de personnes présentant des troubles du neuro-développement (déficience intellectuelle, troubles du comportement).

L'amélioration de la transition entre les services de pédiatrie et les services adultes est un enjeu majeur dans le domaine de la nutrition car la transition est marquée par une forte prévalence des perdus de vue et une aggravation de la maladie (obésité et ses comorbidités, troubles du

comportement alimentaire). Le développement de la chirurgie bariatrique de l'adolescent requiert une transition sans faille pour éviter les perdus de vue qui pourraient aboutir à des carences nutritionnelles dramatiques chez ces jeunes adultes.

Une évolution récente notable est la création d'un nouveau DES, EDN (endocrinologie-diabétologie-nutrition). Il regroupe l'ancien DES d'endocrinologie-maladies métaboliques et le DESC de nutrition. Il permet, depuis 2017, la formation d'une nouvelle génération de médecins formés aux différents aspects de notre discipline.

Q2. Évolution épidémiologique des pathologies de la spécialité

La plupart des pathologies de la spécialité ont augmenté en France, et notamment en IdF. A titre d'exemple, l'obésité représente 17% de la population adulte (doublement de la prévalence en 15 ans dans la région), le diabète de type 2 traité par des médicaments représente 5% de la population et les troubles des conduites alimentaires concernent 600 à 900 000 adultes en France (les formes graves d'anorexie-boulimie concernent au moins 30 000 adolescents). Aujourd'hui, la dénutrition concerne 2 millions de personnes en France. Les patients les plus exposés, sont les patients nécessitant une hospitalisation quelle que soit la cause, les maladies chroniques de toutes spécialités, les cancers.

Le sujet âgé représente également une situation à très haut risque et très préoccupante compte tenu du vieillissement global de la population et de la faible prise en compte de cette situation clinique. En EPHAD, la prévalence de la dénutrition est très élevée, jusqu' 60%, impactant directement le risque de complications et de perte d'autonomie.

En milieu pédiatrique la dénutrition est sous-diagnostiquée et sous-enregistrée dans le PMSI ; les études en IDF (Hôpital Trousseau), en France ou dans le monde retrouvent des chiffres de dénutrition en hospitalisation pédiatrique respectivement de 10 à 16% (IMC < 3^e percentile). La dénutrition chez l'enfant et l'adolescent est responsable, outre l'aggravation du pronostic de la pathologie initiale, la surmortalité, l'allongement des durées d'hospitalisation, et la mauvaise tolérance aux traitements, d'un risque de retard de croissance et pubertaire et des séquelles associées telle l'ostéoporose. La dénutrition génère une majoration des risques de dépression, de troubles anxieux et de décompensation de troubles psychiatriques.

Q3. Contexte en matière de démographie médicale

La situation démographique médicale est préoccupante à double titre :

- 1) faible renouvellement des médecins nutritionnistes de ville
- 2) un nombre très insuffisant de postes d'internes ouverts en IdF dans la spécialité EDN (endocrinologie-diabétologie-nutrition) (9 entrants en 2017 et 2018).

Q4. Positionnement de l'AP-HP par rapport à la concurrence

- 3 CSO pour la prise en charge de l'obésité sévère, y compris pédiatrique, avec une forte dynamique en recherche épidémiologique, expérimentale ou clinique (IHU ICAN aphp.6, UREN Paris 13, nombreux PHRC en commun...) et une forte activité de recours pour des patients opérés hors AP-HP mais présentant des complications chirurgicales ou médicales graves. Cependant l'activité de l'AP-HP reste minoritaire eu égard au grand nombre d'établissements privés ou PSPH pratiquant (ou initiant) cette activité médicale ou médico-chirurgicale compte tenu du trop faible nombre de praticiens dans les CSO de l'AP-HP. L'association de médecins EDN et de chirurgiens bariatriques est indispensable afin d'augmenter l'efficacité mais aussi la sécurité de ces chirurgies (actuellement environ 60 000 par an en France).
- Centres de référence (n=5) dans la prise en charge des TCA sévères de l'enfant, de

l'adolescent et de l'adulte (R.Debré, MDA Solenn, P.Brousse, Garches, Jean Verdier)

- Centre de référence pour la prise en charge de la nutrition parentérale à domicile (NPAD) : centre expert (évaluation ministérielle avec budget de type MIGAC). Il existe 1 centre pour l'adulte à l'AP-HP (Hôpital Beaujon), 3 centres pédiatriques (Necker Enfants malades, Robert Debré, Trousseau)
- SSR Nutrition/obésité dédié aux obésités complexes nécessitant un séjour de rupture (René Muret, hôpital maritime de Berck).
- Centre de référence maladies rares (syndrome de Prader Willi et autres obésités avec Troubles du Comportement Alimentaire, PRADORT) (centre expertise transition/adultes Pitie Salpêtrière)

Q5. Modalités d'amélioration de l'attractivité

- Pour les patients et les correspondants de ville
 - ✓ Le nombre actuel de services de Nutrition (en complément des services d'Endocrinologie-Diabétologie ou d'Hépto-gastroentérologie, mais aussi de pédiatrie) est très restreint à l'AP-HP. L'offre est totalement insuffisante pour répondre à la demande venant de la ville.
 - ✓ Trouver des modalités de différenciation de l'offre médico-chirurgicale bariatrique en comparaison aux centres privés
- Pour le PM et le PNM :
 - ✓ Création de postes de PH en nutrition
 - ✓ Attractivité salariale pour les enseignants en activité physique adaptée
 - ✓ Développement de postes d'IDE de coordination ciblant la télémédecine (notamment pour la chirurgie bariatrique)

Q6. Marge de progression du virage ambulatoire

-La progression est possible mais a déjà été largement été amorcée pour la prise en charge de l'obésité de grade I (IMC entre 30 et 35 kg/m²), principalement prise en charge en ville selon les recommandations HAS. La prise en charge de l'obésité sévère et compliquée (IMC>35 kg/m²) doit être organisée en milieu hospitalier pour la phase initiale, avec un suivi en consultation pour la majeure partie des patients.

-La même analyse peut être faite pour la dénutrition.

-Concernant les TCA, 90 % des patients relèvent de soins ambulatoires simples ou renforcés nécessitant de développer des structures d'HDJ spécialisés pluridisciplinaires. Cependant, la généralisation complète n'est pas possible pour les situations extrêmes d'obésité ou de dénutrition type insuffisance intestinale ou troubles des conduites alimentaires sévères (10% des cas).

Q7. Innovations diagnostiques à venir dans les 5 à 10 ans

- ✓ Amélioration du phénotypage de précision des patients par les technologies haut débit « omiques »
- ✓ Exploration non invasive du tissu adipeux
- ✓ Evaluation par des méthodes non invasives de la fonction/masse musculaire
- ✓ Biomarqueurs métaboliques et prédicteurs des réponses aux interventions
- ✓ Marqueurs génétiques dans les obésités et les TCA
- ✓ Marqueurs de renutrition (biomarqueurs osseux, hormonaux)
- ✓ Classification optimisée de prise en charge des obésités multicompliquées
- ✓ Outil en ligne d'aide au diagnostic des obésités génétiques et registre national
- ✓ Biomarqueurs de réponses cliniques ou d'état métaboliques issu du microbiote intestinal

Q8. Innovations thérapeutiques à venir dans les 5 à 10 ans

- ✓ Médicaments de l'obésité (agonistes GIP+ GLP1, agonistes MC4R, molécules combinées)

- ✓ Thérapeutique ciblant le microbiote intestinal (modulation nutritionnelle ou pharmacologique, métabiotique, probiotiques de 3^{ème} génération, transplantation du microbiote fécal...)
- ✓ Approche endoscopique de l'obésité
- ✓ Interventions diététiques personnalisées

Q9. Innovations globales dans les prises en charge dans les 5 à 10 ans

- ✓ Digitalisation des parcours de soin permettant un accès plus fréquent et à moindre coût à la prise en charge diététique, d'activité physique adaptée et thérapies comportementales.
- ✓ Prise en charge par la CNAMTS de ces consultations préventives.
- ✓ Plateformes de suivi des patients ayant une prise en charge nutritionnelle chronique
- ✓ Structuration filière de soins TCA et plateforme d'accueil des demandes urgentes
- ✓ Lits dédiés de sauvetage nutritionnel et de réanimation pour les situations de dénutritions extrêmes
- ✓ Développement de programmes ETP pour les patients TCA
- ✓ Développement des programmes ETP pour les patients avec déficience intellectuelle et obésité (CRM PRADORT, Pitié Salpêtrière et Hendaye)
- ✓ Projets de transition adolescent/adulte
- ✓ Généralisation des approches sur le mode de vie pour prévenir le diabète de type 2 (cf. expérimentation « Dites non au diabète » de l'Assurance-Maladie) pour les patients avec obésité non majeure
- ✓ Les 4 CSO ont été proactif pour proposer ensemble un parcours médico-chirurgical bariatrique dans le cadre de l'expérimentation article 51.

Q10. Recherche clinique et translationnelle

En cours :

- ✓ PHRC : Sadi-sleeve, Eldesurg, BOKID, AMH, PEPCI, notamment
- ✓ RHU QUID-NASH
- ✓ Cohorte Obésités rares (PRADORT et RADICO).

- ✓ Contrats Européens (ex JPI- Microdiet)
- ✓ Projets d'investigations nutritionnelles (partenariats académiques- industrie)

À venir

- ✓ PHRC : DIABOUT, BARIAOVO, Drifter
- ✓ Recherche de biomarqueurs (génétique, épigénétique, microbiotique...) d'adaptation intestinale et de maladies métaboliques nutritionnelles
- ✓ Alicament pour des maladies rares nutritionnelles

Q11. Aspects universitaires de la spécialité

La spécialité Nutrition (CNU 44.04) est pour l'instant insuffisamment représentée à l'AP-HP compte tenu de l'importance de l'interaction de la nutrition avec les pathologies chroniques (cancer, cardiovasculaire, psychiatrie, gériatrie, pédiatrie, hépato-gastro-entérologie, diabétologie ...).

Développement et structuration du DES Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition (EDN) et mise en place de la Formations Spécialisée Transversale (FST) de Nutrition Appliquée qui formeront les spécialistes de demain pour la prise en charge de l'ensemble des pathologies liées à la nutrition (de la dénutrition grave à l'obésité sévère).

Q12. Modalités d'évaluation de la pertinence de soins dans la spécialité

Les centres experts de nutrition parentérale devront répondre à un cahier de charges et un bilan d'activité annuel sera réalisé. De même, dans le domaine de la prise en charge de 3ème recours de l'obésité, le recueil annuel national réalisé par l'Observatoire national des Centres spécialisés Obésités (Onsco) permet d'évaluer les actions réalisées.

Parcours de soins : dans le cadre de l'article 51 feront l'objet d'une évaluation spécifique.

Synthèse

Des centres de référence existent dans la prise en charge de l'obésité sévère (Centre Spécialisé Obésité), des TCA de la dénutrition (sujet âgé, insuffisance intestinale, anorexie mentale) et des maladies rares. Ces centres sont pour certains sous dotés et nécessitent une aide notamment pour la structuration de l'accueil de situations urgentes, de la filière de soins graduée (TCA) et de l'articulation ville-hôpital.

L'AP-HP doit continuer à structurer son offre de soins de service public en préservant les centres spécialisés en nutrition pour lesquels les patients ne trouvent pas d'interlocuteurs hors AP-HP. La nutrition doit trouver sa place dans les DMU et la nouvelle territorialisation de l'AP-HP et ses 4 principaux GHU.