Nutrition

- ***Principal rédacteur de cette synthèse***
  Arnaud BASDEVANT, Pitié-Salpêtrière.
- ***Participation de la spécialité à l'aval des urgences***
  Spécialité peu concernée.
- ***Grandes progrès envisageables dans la spécialité***
  - Les maladies nutritionnelles couvrent trois domaines principaux.
    a) la dénutrition et la malnutrition, fortement prévalentes en milieu hospitalier (40 à 60 % des malades selon les services), notamment chez les personnes âgées et dans les populations en situation précaire. Il s'agit d'un facteur documenté de morbidité (retard de cicatrisation, durée d'hospitalisation allongée, tolérance aux médicaments diminuée, désordres immunitaires) et d'augmentation des coûts de soins.
    b) L'obésité sévère est en constante progression épidémiologique, notamment chez les jeunes et chez les femmes, avec un gradient social majeur. Elle provoque des maladies chroniques, notamment cancers et affections cardio-métaboliques (diabète, dyslipidémie, maladies cardiovasculaires), qui sont des sources majeures d'affections de longue durée.
    c) Les troubles du comportement alimentaire graves (anorexie mentale, boulimie, binge drinking…) prennent de l'ampleur, surtout chez les jeunes. Leur prise en charge spécialisée est globalement insuffisante à l'AP-HP.
  - En outre, la nutrition est un élément essentiel de la prise en charge d'un grand nombre de maladies. Le cancer en est l'exemple même : la nutrition est importante au moment du traitement chimiothérapeutique (malnutrition, dénutrition) et après le traitement, car nombre de personnes atteintes de cancers développeront des maladies métaboliques (cf. cancer du sein) ; mais aussi des atteintes cardiaques, respiratoires, des séquelles chirurgicales, etc.
- ***Poids et profil des patients chroniques dans la spécialité***
  Les conséquences de l'obésité, le diabète et les maladies cardio-métaboliques sont des contributeurs majeurs aux affections de longue durée, de même que la dénutrition. L'analyse médicalisée des dépenses de santé d'assurance maladie en 2011 place les maladies directement liées à la nutrition, les affections cardiovasculaires, le diabète, les cancers en première position des dépenses de santé.
- ***Masses critiques pour les activités cliniques et les plateaux techniques***
  - L'enjeu est de concilier et coordonner des « centres hyperspécialisés » dans quelques sites et des « activités transversales » dans tous les hôpitaux MCO. En effet, compte tenu de la prévalence des obésités, des diabètes et du cancer, il y a besoin d'organiser dans chaque site la prise en charge nutritionnelle (v. infra, unité transversale de nutrition). En outre, pour les situations graves, les maladies rares etc., il faut quelques centres hyperspécialisés généralement au sein de structures d'endocrinologie (pour obésité et diabète) ou de gastro-entérologie (pour les dénutritions).
  - Pour les activités transversales le modèle des unités transversales proposé par le ministère nous paraît pertinent (v. infra).
  - Pour les centres hyperspécialisés, l'exemple de la structuration des centres obésités peut servir de modèle (v. infra).
  - Le plateau technique doit être développé au sein des centres spécialisés : dans notre domaine il est peu coûteux ; il est possible et indispensable qu'il soit intégré au sein de la structure clinique au plus près des soins pour faciliter les HdJ et les prises en charges ambulatoires.
- ***Coopération avec les médecins de ville***
  - Médecins traitants : rôle majeur pour des maladies dont la prévalence est considérable ; mais il faut faire le constat, documenté par plusieurs études et expériences, que le médecin traitant rencontre des difficultés majeures pour la prise en charge des maladies liées à la nutrition. Il y a un besoin critique

d'améliorer le parcours de soins, d'aider le patient à se retrouver dans la prise en charge de la maladie chronique, de fournir aux médecins traitants une information et des outils facilitant la prise en charge. C'est toute la question de la construction de programmes personnalisés de soins qui sont à notre avis un enjeu crucial pour l'AP-HP.

- Spécialistes : rôle évidemment essentiel mais il faut connaître les obstacles actuels ; le nombre de spécialistes en ambulatoire est limité, ils sont débordés par la demande et pratiquent presque tous en secteur 2. Le projet qui dépasse largement l'AP-HP, qui concerne l'ARS, est de mieux définir et organiser la place du médecin traitant du spécialiste et de l'hôpital et de les coordonner.
- Nouveaux métiers. Émergent deux besoins : a) coopérations professionnelles qui ont été lancées pour le suivi de chirurgie de l'obésité mais qui doivent être développées, les obstacles actuels pour faire avancer les dossiers étant insupportables ; b) travail de coordination et d'organisation. Cette fonction essentielle d'intégration des différentes étapes du parcours de soins et des acteurs doit être assurée par un professionnel spécifique, médical, paramédical ou non, ayant une connaissance précise du système dans lequel évolue le patient.

- ***Filières de soins à l'intérieur (entre les GH) et hors de l'AP-HP***
  - <u>Structuration en cours : l'obésité.</u>
    L'AP-HP a été le premier CHU de France à créer et reconnaître des centres spécialisés de l'obésité. L'ARS d'Île-de-France, en réponse à un appel d'offre ministériel dans le cadre d'un plan national obésité, a reconnu en 2012 trois centres au sein de l'AP-HP (nord, sud, centre). Ces centres ont une double mission : a) la prise en charge médicale et chirurgicale des formes graves ; b) le maillage territorial des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'obésité. Cette démarche inclut le maillage avec des ressources non médicales, notamment associatives ou autres (réseaux, collectivités locales, entreprises).
  - <u>Structuration à construire.</u>
    - Unités transversales de nutrition (UTN) : le ministère propose de créer dans les hôpitaux (ou entre les hôpitaux) des départements de nutrition associant une UTN à laquelle serait rattaché le service de diététique en lien avec les CLAN. Cette UTN, dont il existe déjà plusieurs exemples en région, doit avoir une double fonction de support au diagnostic et à la prescription pour la dénutrition au sein de l'établissement et dans le parcours de soins en aval du séjour. C'est la solution pour éviter le hiatus entre la prise en charge hospitalière et ambulatoire.
    - Prise en charge nutritionnelle des dénutritions extrêmes liées à des troubles du comportement alimentaire. Il y a nécessité en Île-de-France d'une unité dédiée à cette activité (comme celle de Garches) en lien avec le réseau Troubles du comportement alimentaire d'Île-de-France.
    - Décloisonnement entre centres spécialisés et unités transversales. La dispersion des compétences, le cloisonnement sont une perte pour l'AP-HP. Il est proposé de créer des liens effectifs entre centres spécialisés et structures transversales au sein de l'AP-HP entre GH, mais aussi entre l'AP-HP et les centres hospitaliers de la région. Des conventions devraient être établies pour structurer les échanges entre ces deux types d'activités et les établissements dans lesquels elles se développent.

- ***Substituts à l'hospitalisation conventionnelle : hôpital de jour, hospitalisation à domicile, ambulatoire…***
  - Ce point a été discuté dans le groupe de travail « maladies chroniques » de l'AP-HP, animé par Bruno FAUTREL ; nous partageons ses conclusions initiales.
  - Comme souligné ci-dessus, il faut concilier la prise en charge hyperspécialisée, qui n'échappera pas au maintien d'une hospitalisation classique pour les situations les plus complexes (obésités morbides, dénutritions extrêmes, pied diabétique, etc.), et la prise en charge spécialisée/transversale dans un site hospitalier qui fera de plus en plus appel à l'ambulatoire, à condition que des actes aussi essentiels que

la diététique, l'entretien psychologique, la réadaptation à l'activité soient valorisés en ambulatoire.
  - Les conditions de fonctionnement du plateau technique jouent un rôle important dans le développement des activités ambulatoire : sans plateau technique performant, immédiatement accessible (sur le plan géographique et en organisation), il n'y aura pas de développement de l'ambulatoire. De même, si le parcours de soins n'est pas organisé.
  - Organiser et définir les conditions de valorisation des activités paramédicales dans le cadre de parcours coordonnés est un chantier important.
- ***Impact de la télémédecine***
  - La télémédecine se développe mais la question est de savoir comment l'insérer, la valoriser au sein de l'AP-HP.
  - Les initiatives que prennent les équipes dans ce domaine se heurtent à des questions techniques, financières, éthiques, juridiques, etc., et à l'absence de visibilité d'un programme structuré et de soutien de l'AP-HP.
- ***Commentaires libres***

  Peut-on espérer que ce type de questionnaire, que nous remplissons régulièrement depuis des années, fasse l'objet d'un suivi, d'un retour de la part des directions de l'AP-HP qui le sollicitent ?