

RAPPORT

Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique

dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé

2ème Partie :

Mesures concernant la Prise en charge des maladies liées à la nutrition

Rapport rédigé par

Pr Arnaud Basdevant

PU-PH Nutrition,

Université Pierre et Marie Curie, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière Charles Foix

Président Plan Obésité 2010-2013

15 novembre 2013

Introduction générale

Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé nous a confié, le 12 juillet 2013, la mission de faire des propositions concrètes destinées à donner un nouvel élan au Programme National Nutrition Santé (PNNS, qui est à mi-parcours de son 3ème volet 2011-2015) et au Plan Obésité (PO 2010-2013, arrivé à son terme en Juin 2013).

Cette demande s'inscrit dans les actions de la « stratégie nationale de santé publique » visant prioritairement la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé avec un accent particulier porté à la jeunesse et aux populations vulnérables.

Nous présentons un rapport en deux parties distinctes.

La première partie du rapport consacrée à la prévention nutritionnelle a été rédigée sous la responsabilité du Pr Serge Hercberg. La finalité des propositions sur la prévention est de réduire les facteurs de risque et promouvoir les facteurs de protection des maladies chroniques, d'accroître l'espérance de vie en bonne santé, de réduire les inégalités sociales dans le domaine de la santé et de réduire les coûts de santé, dans le cadre de la politique nutritionnelle de santé publique française. Les mesures proposées dans la première partie de ce rapport sont destinées à :

- améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et faciliter l'accessibilité physique et économique à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, pour tous et notamment pour les populations les plus fragiles,
- aider les consommateurs à orienter leurs choix au moment de l'acte d'achat vers des aliments de meilleure qualité nutritionnelle et réduire la pression du marketing orientant vers la consommation d'aliments de moins bonne qualité nutritionnelle,
- favoriser la pratique d'une activité physique pour tous,
- garantir un dépistage et une prise en charge optimale des problèmes nutritionnels,
- faire de la nutrition-santé un atout pour l'innovation dans le domaine de l'alimentation.

La seconde partie de ce rapport, consacrée à la prise en charge des maladies liées à la nutrition, a été rédigée sous la responsabilité du Pr Basdevant. Les enjeux autour des maladies chroniques sont considérables. La nutrition joue un rôle majeur dans la prise en charge médicale des maladies chroniques. Elle en est un élément thérapeutique important et un facteur pronostic. Il est donc apparu indispensable d'élargir la réflexion et les propositions sur les soins au-delà de la seule question de l'obésité. Une attention particulière a été portée à la malnutrition et aux désordres alimentaires chez les jeunes, à la dénutrition à tous les âges. Les mesures proposées visent à la gradation et la coordination des prises en charge nutritionnelles au service du parcours de soin de la personne. Ceci suppose une évolution des métiers, des organisations, des pratiques au profit d'une vision pluriprofessionnelle incluant des acteurs hors cadre du soin.

Pr Arnaud Basdevant

Pr Serge Hercberg

2ème Partie :

**Mesures concernant
la Prise en charge des maladies
liées à la nutrition**

Pr Arnaud Basdevant

SOMMAIRE

Introduction générale	2
SOMMAIRE	4
Construction des propositions	5
Contexte	6
1. Enjeux de santé	6
2. Nutrition et parcours de soins.....	6
3. Obstacles et leviers	7
Actions proposées	9
1. Priorités pour les 5 prochaines années	9
2. Déclinaison des mesures	10
3. Gouvernance.....	17
Références bibliographiques	19
RESUME DES PROPOSITIONS DANS LE DOMAINE DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES NUTRITIONNELLES.....	20

Construction des propositions

Les orientations prioritaires de la « Stratégie nationale de santé » ont été le fil directeur de la conception des propositions d'actions présentées dans ce rapport sur la prise en charge des maladies nutritionnelles. Cette Stratégie nationale de santé a pour ambition de combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès aux soins et d'adapter le système de santé aux besoins des patients, aux mutations liées au développement des maladies chroniques, au fardeau des maladies non transmissibles et au vieillissement de la population. Elle vise à: a) agir sur les déterminants de la santé avec une attention particulière pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale, en décloisonnant le curatif et le préventif, en mobilisant d'autres politiques publiques ; b) mieux organiser les soins et en garantir l'accès à chacun en structurant l'offre de soins de proximité pluri professionnelle et en misant sur le développement des parcours de soins; c) renforcer la recherche et la formation.

La Société Française de Santé publique, SFSP, la Société Française de Pédiatrie, SFP, la Société Française de Nutrition entérale et parentérale, SFNEP, la Société Française de Nutrition, SFN ont publié un document « *40 propositions pour le futur PNNS* », qui a été une référence clé pour construire nos propositions. Ce rapport dirigé par François Bourdillon (SFSP), Dominique Türck (SFP), Noël Cano (SFNEP), Jacques Delarue (SFN) a mobilisé largement les experts au-delà de ces quatre sociétés savantes, notamment l'association des diététiciens. Il fournit un état des lieux des réflexions et recommandations sur l'organisation des soins en nutrition (<http://www.sfsp.fr/publications/>). Les thématiques dominantes retenues par ces experts sont le dépistage et la prise en charge de l'obésité en milieu scolaire, le dépistage de la dénutrition notamment chez les personnes opérées, les personnes âgées et celles atteintes de maladies chroniques dont le cancer, le dépistage des troubles du comportement alimentaire, le développement de l'éducation thérapeutique. Les dimensions organisationnelles sont soulignées, notamment la coordination des acteurs de ville et de l'hôpital, le rôle du médecin libéral compétent en nutrition, l'organisation transversale de la prise en charge des troubles nutritionnels en milieu hospitalier.

En complément des recommandations de ces sociétés savantes, nos propositions ont tenu compte des rapports d'experts internationaux, des recommandations de la Haute Autorité de Santé sur le parcours de soins. Elles ont été enrichies des échanges lors du séminaire sur le parcours de soins organisé en 2013 par l'Institut Curie et l'Université Paris Dauphine qui confrontait les points de vue de directeurs d'ARS, du ministère de la santé, de la mutualité, du collège de médecine générale, du collectif inter associatif sur la santé.

Avant de présenter les objectifs et mesures qui nous paraissent prioritaires en termes d'organisation des soins dans le domaine de la nutrition, nous aborderons trois dimensions-clés de contexte: les enjeux de santé publique, le parcours de soins, les obstacles et leviers identifiés pour une politique d'organisation des soins en nutrition.

Contexte

1. Enjeux de santé

Comme rappelé dans le chapitre 1 du rapport sur la prévention, la nutrition occupe une place centrale dans la genèse, l'entretien, l'aggravation et les conséquences des maladies chroniques, notamment des cancers et des maladies cardio-métaboliques (i.e. diabète, obésité, dyslipidémie, maladies cardiovasculaires), causes majeures d'affections de longue durée. Un tiers des décès survenus avant 65 ans en France (2008) sont dus à des causes liées à des comportements défavorables à la santé, l'alcool, les accidents, la malnutrition et la sédentarité.

L'analyse médicalisée des dépenses de santé d'assurance maladie en 2011 place les maladies directement liées à la nutrition, les pathologies cardiovasculaires, le diabète, les cancers en première position des dépenses de santé. Les facteurs de risque vasculaire, diabète, dyslipidémies, HTA représentent 15,7 milliards d'€ par an. Dans son analyse des marges sur les processus de soins et leur pertinence, le rapport souligne l'opportunité d'agir sur les étapes d'amont des itinéraires cliniques et de renforcer la prévention.

La dénutrition/malnutrition en milieu institutionnel, hospitalier (40 à 60 % des malades selon les services), chez les personnes âgées, et dans les populations en situation précaire est un facteur documenté de morbidité (retard de cicatrisation, durée d'hospitalisation, tolérance aux médicaments, désordres immunitaires) et d'aggravation des dépenses de santé.

La malnutrition contribue aux inégalités sociales et territoriales de santé : le gradient social dans le domaine de l'obésité et du diabète, sans parler de la dénutrition, s'explique par des facteurs économiques, des obstacles à l'accès à une alimentation équilibrée, au moindre dépistage et à des difficultés d'accès au diagnostic et aux soins.

Les populations de l'outre-mer sont particulièrement affectées par les maladies liées à la nutrition et leurs conséquences. Des travaux réalisés dans le cadre du précédent PNNS et du Plan Obésité ont mis en exergue cette dimension très préoccupante de la santé nutritionnelle. Une note récente de la Direction générale de la santé fait le point sur cette situation des plus préoccupantes.

2. Nutrition et parcours de soins

Alors qu'il existe un consensus sur l'importance de la nutrition pour la prévention et le traitement des maladies chroniques, il faut constater la difficulté d'inscrire les interventions nutritionnelles dans un parcours de santé coordonné. Fragmentation des soins, cloisonnement des acteurs, difficulté de transcrire dans la vie de tous les jours les

conseils sur les habitudes de vie sont autant d'obstacles avec des conséquences personnelles, médicales et médico-économiques considérables : traitements suboptimaux, risques thérapeutiques, des recours inadaptés au système de soins, dépenses de santé injustifiées.

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. Ensuite, les recommandations médicales sur les changements des habitudes de vie (par exemple, conseils nutritionnels, l'incitation à l'activité physique) butent sur la réalité d'une société incitant à la consommation et favorisant une sédentarité croissante. Interviennent également les difficultés d'accès aux soins pour des raisons économiques, linguistiques ou autres, sources d'inégalités sociales qui tendent actuellement à s'aggraver et rendent essentiel le lien entre le sanitaire et le médico-social.

Face à ce constat on ne peut que souscrire à l'incitation de la Haute Autorité de santé : *« l'amélioration du parcours de soins sur le long terme nécessite le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles: consultations, actes techniques ou biologiques, traitements, épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge... C'est la condition pour développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués. La démarche permet une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins mais aussi accessibilité, continuité et «point de vue du patient »*

3. Obstacles et leviers

Nous ne sommes pas en mesure de répondre aux besoins d'adaptation des modes de vie, notamment de la nutrition et de l'activité physique, pour les maladies chroniques.

En premier lieu parce que les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge « médicale » n'ont pas la possibilité d'agir sur le contexte de vie, l'environnement. Pour rendre les conseils sur les habitudes de vie opérationnels, la personne malade a besoin de soutiens non strictement médicaux, dans l'environnement de proximité. La prise en charge des maladies chroniques liées à la nutrition ne pourra s'améliorer qu'à la condition d'une mobilisation des acteurs institutionnels, économiques, associatifs au niveau de chaque territoire de santé ; il y a nécessité d'actions concertées visant à introduire la santé dans l'ensemble de leurs actions : par exemple dans la restauration collective, la politique d'urbanisation, l'accès aux équipements pour une activité physique adaptée, la distribution, etc. Il y a un besoin critique de « maillage » des acteurs médicaux et extra-médicaux.

Un autre obstacle important concerne l'accès aux professionnels. Un faible nombre de nutritionnistes, des activités de diététique non valorisées, des effectifs contraints, un engagement encore limité des « payeurs » pour inscrire la facilitation des modes de vie

favorables à la santé dans leurs priorités, une société qui se réveille à peine sur sa responsabilité en matière d'alimentation et d'activité physique ne facilitent pas l'action nutritionnelle: les professionnels de la santé en nutrition ne sont pas en mesure actuellement de répondre à la « demande ». La progression actuelle des maladies chroniques liées à la nutrition et la relative rareté de l'accès aux professionnels de la nutrition posent au système de soins des questions stratégiques : il faut à l'évidence changer de paradigme et solliciter d'autres niveaux d'actions, d'autres partenaires au-delà du champ classique de l'offre de soins. Il faut redéfinir les missions et les métiers des professionnels de santé en nutrition, et développer une vision communautaire des actions de santé publique.

Il est possible d'identifier des leviers à mobiliser pour faire évoluer cette situation. Le premier d'ores et déjà en place est représenté par les ARS en mesure de développer une vision globale de la santé en tenant compte des particularités territoriales. Le second est l'engagement des sociétés savantes, des associations de patients, des associations de consommateurs dans ces nouvelles orientations de santé publique, ce dont témoignent des actions en cours (i.e. Plan Obésité et PNNS, Plan Cancer, Plan Santé Environnement). La communauté française des nutritionnistes est structurée tant dans le domaine des soins, de la prévention et de la recherche autour de sociétés savantes dynamiques. Les associations sont engagées depuis plusieurs années dans les politiques nutritionnelles. Le levier insuffisamment mobilisé est celui de la contribution des acteurs institutionnels, économiques au niveau régional et national malgré de nombreuses initiatives dispersées. Enfin, le développement des coopérations professionnelles apparaît comme une opportunité majeure, si n'était le constat actuel d'une extrême réticence des décideurs à les mettre en place.

Personnaliser l'action nutritionnelle, tenir compte des tendances épidémiologiques et des gradients sociaux, faciliter la tâche du médecin traitant par un maillage des différents niveaux d'intervention (médical et hors cadre du soin) suppose une évolution radicale des pratiques.

Gradation et coordination des soins, approche communautaire de la santé sont les piliers sur lesquels doit se construire le parcours de soins de la personne atteinte de maladie chronique liée à la nutrition.

Actions proposées

1. Priorités pour les 5 prochaines années

A partir des constats précédents nous retenons:

Trois principes :

- la déclinaison des mesures proposées doit être territoriale, pluriprofessionnelle, garantir l'accès aux soins en tenant compte des dimensions médicosociales,
- la séparation entre curatif et préventif (action sur les modes de vie et l'environnement) n'a pas lieu d'être pour les maladies chroniques,
- le volet outre-mer de ces actions nécessite une impulsion politique spécifique compte tenu de la situation particulièrement préoccupante.

Dix priorités pour les soins en nutrition :

- Mettre en place des **parcours de soins** pour les maladies de la nutrition, inscrire la nutrition dans le parcours de soins des maladies chroniques.
- Définir le **socle d'information** en nutrition pour un dossier médical partagé pluriel.
- Lutter contre la **malnutrition** chez les **jeunes** et la **dénutrition** à tout âge.
- Poursuivre le **maillage territorial des soins pour l'obésité**.
- Organiser et valoriser les **activités paramédicales** dans le cadre de parcours coordonnés.
- Garantir l'**égalité d'accès** aux spécialistes.
- Associer soins et **promotion de la santé hors cadre du soin**.
- Innover dans les missions et les **métiers de la nutrition** et de l'activité physique adaptée.
- Soutenir l'**innovation** et la **recherche**.
- Informer le **public** et inclure les **associations**.

2. Déclinaison des mesures

Nous nous limitons dans ce rapport à décrire les objectifs de chaque priorité. Il est bien évident que les propositions présentées ici, si elles sont retenues par les autorités de santé, devront être déclinées en termes de pilotage, de partenariats potentiels, de calendrier, d'indicateurs d'évaluation et de financement, en collaboration avec la Direction Générale de la Santé et la Direction Générale de l'offre de soins comme nous l'avons fait pour le Plan obésité.

Mesure n°1

Mettre en place des « parcours de soins pour les maladies de la nutrition », inscrire la « nutrition dans le parcours de soins des maladies chroniques »

1.1. Objectifs

L'objectif est de :

- mettre en place des solutions pragmatiques aux différents stades évolutifs de la maladie chronique pour lever les points critiques de la trajectoire clinique,
- renforcer les approches transversales dans les établissements de santé en lien avec la médecine ambulatoire.

1.2. Moyens

1.2.1. *Parcours de soins.*

Les médecins nutritionnistes et les diététiciens doivent s'engager résolument dans un travail pluridisciplinaire et pluri professionnel visant à construire un outil pragmatique pour faciliter le traitement de la personne atteinte de maladie chronique, c'est à dire dans la démarche des parcours de soins avec des outils tels que le programme personnalisé de soins. Ceci rejoint la demande des sociétés savantes.

Différentes situations cliniques doivent être considérées :

- les pathologies nutritionnelles (dénutrition, obésité/diabète, allergies alimentaires) ;
- les pathologies chroniques à fort retentissement nutritionnel (dont maladies digestives et inflammatoires et cancers) ;
- les traitements à impact nutritionnel (i.e. corticothérapie, chirurgie, radiothérapie).

C'est la raison pour laquelle nous proposons de :

a) construire le parcours de soins pour les maladies de la nutrition,

b) inscrire la nutrition dans le parcours de soins des maladies à fort retentissement nutritionnel.

Plusieurs dimensions doivent être prises en compte :

- celle de la nutrition médicale avec la question de hiérarchisation des conseils alimentaires chez des personnes poly pathologiques ;
- celle des partenariats avec les acteurs communautaires ;
- le partage d'information entre la personne et les professionnels de santé (médecins traitants, spécialistes, équipes paramédicales, soins de suite, travailleurs sociaux).

1.2.2. Unités transversales de nutrition.

Il faut retenir la proposition des sociétés savantes de créer dans chaque établissement de soins un Département de nutrition associant une « Unité transversale de nutrition » auquel serait rattaché le service de diététique en lien avec les CLAN. Cette entité est une condition sine qua non d'un dépistage systématique, d'une prise en charge de la dénutrition inscrite dans le parcours de soins en aval du séjour en établissement. Cette Unité transversale de nutrition, dont il existe déjà plusieurs exemples dans le système de soins doit avoir une double fonction de support au diagnostic et à la prescription au sein de l'établissement et en aval du séjour. C'est la solution pour éviter le cloisonnement entre les activités médicales de nutrition et les activités paramédicales de diététique et le hiatus entre la prise en charge hospitalière et ambulatoire. C'est un point critique pour la prise en charge des personnes en situation précaire sur le plan médical et/ou social.

Le moyen pour avancer dans ces directions est de mobiliser les sociétés savantes et la HAS sur la thématique du « parcours de soins en nutrition » et de la « nutrition dans le parcours de soins ». Ce point devrait être inscrit de manière contraignante dans les accréditations car c'est un élément clé du parcours de soins.

Mesure n°2

Définir le socle d'information en nutrition pour un dossier médical partagé pluriel

2.1. Objectif

Découlant de la mesure précédente, l'idée est de faciliter l'accès aux recommandations nutritionnelles pour les professionnels de santé et de les transcrire de manière claire aux personnes malades. C'est une contribution indispensable dans la perspective d'un dossier médical partagé pluriel.

2.2. Moyens

Les sociétés savantes de nutrition en lien avec la HAS doivent définir le socle d'information.

Les nouvelles technologies de l'information devraient permettre d'avancer de manière performante dans ce domaine.

Mesure n°3

Lutter contre la malnutrition chez les jeunes et la dénutrition à tous les âges

3.1. Malnutrition chez les jeunes.

3.1.1. Objectif

Le développement des troubles du comportement alimentaires, TCA, chez les jeunes avec leurs déterminants et conséquences somatiques (dénutrition, carences, obésité), psychologiques (image de soi) et sociales (stigmatisation, harcèlement) doit conduire non seulement à une politique préventive d'envergure dont il ne faut pas sous-estimer les difficultés et dans le même temps à une gradation et une coordination de l'offre de soins.

L'objectif est donc d'actualiser et diffuser les recommandations pour le dépistage et la prise en charge de premier recours des TCA (de type anorexie-boulimie et autres) et de rendre accessible et lisible l'offre de soins au niveau de chaque territoire de santé.

3.1.2. Moyens

Plusieurs régions se sont déjà engagées dans cette démarche notamment par des « réseaux TCA » multiprofessionnels. Cette démarche doit être étendue à toutes les régions à partir d'une actualisation des recommandations pour les professionnels de santé, pour les parents, pour les enseignants.

3.2. Dénutrition à tous les âges.

3.2.1. Objectif

Malgré de nombreux constats, rapports, initiatives, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition n'a pas connu les progrès attendus. C'est le constat de plusieurs enquêtes de terrain indiquant que 80% des dénutritions ne sont pas diagnostiquées et soignées en établissement de santé. L'objectif est d'atteindre 100% de dépistage.

3.2.2. Moyens

Le PNNS doit se fixer comme priorité de développer les outils et les programmes de soins pour systématiser cette prise en charge dans les structures et de soins, dans les

institutions, en médecine ambulatoire et en faire un élément clé d'accréditation des établissements de santé (cf. supra parcours de soins).

Mesure n°4

Poursuivre le maillage territorial des soins pour l'obésité

Le Plan Obésité (PO) lancé en 2010 pour une période de trois ans a visé à mettre en place au niveau territorial les éléments nécessaires pour le parcours de soins des personnes obèses avec le maillage des acteurs médicaux et non médicaux, de prendre en compte la situation préoccupante en Outre-Mer, de lutter contre les discriminations et impulser la recherche.

Un rapport sur l'avancement de la première phase du PO a été remis en Juin 2013 mentionnant les mesures réalisées et les points non acquis (cf. rapport final Plan Obésité, cf. Observatoire des centres spécialisés de l'obésité). Les réalisations significatives sont la mise à disposition de l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins, des outils et recommandations pour faciliter la prise en charge de proximité et spécialisée, l'impulsion d'un maillage territorial des acteurs sous l'égide des ARS ; l'accès aux soins pour tous dans les centres régionaux dédiés aux formes graves ; les actions en faveur des personnes vulnérables, l'impulsion du volet outre-mer, les perspectives de recherches biomédicales et sociales dégagées par l'atelier de réflexion prospectif de l'ANR.

L'adhésion des ARS, des professionnels, des associations a été forte avec des résultats concrets. Il s'agit d'inscrire cette démarche dans la durée, de pérenniser les actions, de poursuivre le travail de coordination territoriale mis en place, de conforter le rôle des coordinateurs de centre.

4.1. Objectifs

Des points critiques dans cette organisation n'ont pas encore trouvé de solution : l'accès aux paramédicaux (i.e. diététiciens, éducateurs médico-sportifs), la prise en charge forfaitaire des actes de prévention, la valorisation des consultations initiales pour les personnes atteintes d'obésité sévère, le manque de professionnels imposant une réflexion sur les coopérations professionnelles entre autres. S'ajoute la situation extrêmement préoccupante de certains territoires, notamment Outre-Mer.

L'objectif est de maintenir une action spécifique « organisation des soins pour les personnes obèses » qui aurait pour cible les points critiques non résolus, la concrétisation du maillage territoriale avec la poursuite de la coordination régionale et des actions spécifiques Outre-Mer.

4.2. Moyens

Pour conforter un impact durable du plan obésité, il est nécessaire de :

- *définir un cadre pour le soutien des actions PO en cours et leur évaluation ;*
- *assurer une impulsion politique forte sur le volet Outre-mer*
- *pérenniser les fonctions de coordinateurs de centre spécialisé de l'obésité*
- *poursuivre des actions pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination*
- *analyser des besoins en nouveaux métiers, en coopérations professionnelles*
- *travailler sur les tarifications, obstacles à la prise en charge des formes graves.*

Mesure n°5

Organiser et valoriser les activités paramédicales dans le cadre de parcours coordonnés

5.1. Objectifs

La nutrition clinique réunit des actes médicaux de diagnostic, de prescription et les actes paramédicaux nécessaires à la mise en place des programmes thérapeutiques et préventifs (qu'il est souvent artificiel de séparer). Ces actes paramédicaux ne sont pas accessibles à une majorité de personnes pour des raisons financières.

Organiser et définir les conditions de valorisation des activités paramédicales dans le cadre de parcours coordonnés est un chantier qui rejoint celui des structures pluriprofessionnelles (maisons de santé).

5.2. Moyens

Les aspects techniques concernant cette proposition sont détaillés dans le rapport des sociétés savantes « 40 propositions pour le futur PNNS » évoqué ci-dessus.

Mesure n°6

Garantir l'égalité d'accès aux spécialistes

6.1. Objectifs

Il n'y a pas d'égalité d'accès aux médecins spécialistes en nutrition (nutritionnistes, endocrinologues) et aux diététiciens à l'heure actuelle, pour des raisons multiples. Le déficit de (vrais) spécialistes en nutrition, la difficulté pour le public d'identifier les métiers de la nutrition dans une cacophonie médiatique ne sont pas seuls en cause.

6.2. Moyens

Une analyse sur les déterminants de cette situation doit aboutir à des propositions concrètes notamment sur la valorisation des consultations longues dans un parcours de soins intégré multiprofessionnel.

Mesure n°7

Associer soins et promotion de la santé nutritionnelle hors cadre du soin

7.1. Objectifs

Nous avons dit l'importance de mobiliser des acteurs régionaux et nationaux institutionnels, économiques et autres dans la promotion de la santé nutritionnelle.

7.2. Moyens

Les médecins ont besoin pour faciliter les conseils nutritionnels d'un ensemble de ressources non strictement médicales, dans le milieu de vie.

Dans chaque territoire de santé, les acteurs institutionnels, économiques, associatifs doivent introduire la santé nutritionnelle dans leurs actions : i.e. restauration collective, urbanisation, offre alimentaire, offre d'activité physique adaptée.

Le « maillage » des secteurs médicaux et extra-médicaux de la santé doit être considéré comme partie intégrante de cette démarche de santé publique dans le domaine de la nutrition impliquant sous l'égide de l'ARS les acteurs institutionnels (mairie, département, etc.), économiques, associatifs et les organismes « payeurs ».

Mesure n°8

Innover dans les missions et les métiers de la nutrition et de l'activité physique adaptée

8.1. Objectif

Les médecins nutritionnistes et les diététiciens doivent définir les modalités de leurs interventions à la lumière des nouveaux enjeux de santé publique en nutrition.

Les sociétés savantes, les collèges d'enseignants doivent définir les missions des médecins nutritionnistes et des diététiciens aux différents stades de la prise en charge des maladies chroniques, les nouveaux métiers de la nutrition, les nouvelles organisations professionnelles notamment dans le cadre des Unités transversales de nutrition et des CLANs.

Il faut également actualiser la place des professionnels de santé en nutrition dans l'organisation de la santé communautaire. Ceci aura pour conséquence une réflexion et des propositions sur leurs formations respectives.

8.2. Moyens

On s'attachera à la définition plus claire du métier de nutritionniste (débats en cours sur le DES ou le DESC) en prenant en considération qu'il ne peut se rattacher à une autre et unique spécialité tant la nutrition est par essence transversale. Seul un DESC ou un DES dédié spécifiquement à la nutrition peut fournir une formation médicale complète sur les différentes facettes de la nutrition (santé publique, soins, prévention, épidémiologie, malnutrition, dénutrition, etc.).

Émerge le besoin, non particulier à la nutrition, d'une nouvelle fonction, d'un nouveau métier pour le travail de coordination et d'organisation. La fonction essentielle de coordination et d'intégration des différentes étapes et acteurs doit être assurée par un professionnel spécifique, médical, paramédical ou non, ayant une connaissance précise du système dans lequel évolue le patient. Ce principe ne pose pas question en termes de pertinence mais sa concrétisation est des plus difficiles. Ce nouveau métier n'a pas de définition précise ni réglementaire. Il faut avancer dans ce domaine.

Des formations (Master) des futurs professionnels se mettent en place depuis peu. Les Directions de la santé, la HAS, les ARS, les associations devraient être associées à ces enseignements et formations.

Mesure n°9

Soutenir l'innovation et la recherche

9.1. Objectif

« Centre de recherche en nutrition humaine » (CRNH), « Institut hospitalo-universitaire » (IHU), « Réseau européens de recherche » dans le domaine de la nutrition, « Réseaux thématiques nationaux », « Centres intégrés de soins et de recherche de l'obésité » sont les creusets de la recherche en nutrition en France. Un rapport récent de l'Atelier de réflexion prospective (ARP) de l'Agence Nationale de la recherche (ANR), fournit des bases solides pour une recherche intégrative biomédicale et en sciences humaines et sociales www.arp-probs. S'ajoute la nécessité de développer et évaluer des expérimentations sur l'organisation des soins, notamment sur les parcours.

Parmi les thématiques clés de recherche, en dehors des aspects biomédicaux, figurent les déterminants sociaux de santé, l'organisation des soins, l'apport des nouvelles technologies de l'information et de la communication, les déterminants environnementaux en particulier économiques de la santé nutritionnelle.

9.2. Moyens

Soutenir un appel d'offre sur les thématiques identifiées par l'Atelier de réflexion prospective (ARP) de l'Agence Nationale de la recherche (ANR) cités ci-dessus.

Identifier les équipes de recherche impliquées dans le domaine de l'évaluation des nouvelles modalités d'organisation des soins.

Soutenir l'expérimentation et l'innovation par des appels d'offres ciblés sur le parcours de soins.

Mesure n°10

Informier le public et inclure les associations dans le développement des actions

10.1. Objectif

En filigrane de toutes les mesures se situent les enjeux de communication vers le public et de participation des associations. L'objectif doit être d'associer à chacune des mesures précédente une communication grand public.

10.2. Moyens

Des travaux de recherche et développement de l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication au service de la promotion de la santé et de la télémédecine doivent être soutenus.

Les associations doivent être associées à cette démarche.

Le développement de l'Education thérapeutique du patient fait partie des mesures pour faciliter cette information.

3. Gouvernance

L'expérience des mesures « organisation des soins » du Plan Obésité nous a montré que l'implication de la Direction générale de l'offre de soins était décisive de même que la coordination des actions avec la Direction générale de la santé.

Nous proposons de réunir sous une seule gouvernance les mesures de prévention et les mesures d'organisations des soins, autrement dit de ne pas maintenir la séparation de la gouvernance du PNNS et du Plan obésité. Ceci afin de simplifier la gestion, de faciliter les échanges.

La coordination interministérielle mise en place dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé devrait permettre de développer la promotion de la santé hors cadre de soins

Le projet mobilise de nombreux intervenants institutionnels, académiques et associatifs. Une attention particulière doit être portée aux échanges avec la HAS, les ARS, la CNAMTS, les professionnels, les associations de personnes obèses et de personnes atteintes de maladies rares.

En conclusion

La nutrition joue un rôle majeur dans la prise en charge médicale des maladies chroniques.

Gradation et coordination des actions nutritionnelles sont les conditions d'une nutrition clinique moderne centrée sur le parcours de soin de la personne atteinte de maladie chronique liée à la nutrition.

Ceci suppose une évolution des métiers, des organisations, des pratiques au profit d'une vision pluriprofessionnelle incluant des acteurs hors cadre du soin.

Références bibliographiques

1. BAPEN Commissioning nutritional care WWW.bapen.org.uk
2. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improved care for patient with chronic illness. The chronic care model. *JAMA*. 2002; 288 (15): 1909-14
3. Haute autorité de santé, HAS. Programme personnalisé de soins. www.has-sante.fr/.../promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalisés
4. Institut national du cancer, INCA, Le programme personnalisé de soins .www.e-cancer.fr
5. Larsen KO et al. Effects of changed organisation of nutritional care of Danish medical inpatients. *BMC Health service*, 2008, 8-168
6. Royal College of General practitioners. Chronic disease management www.rcgp.org.uk
7. Royal college of nursing. National patient safety agency. Council of Europe. 10 keys characteristics of good nutritional care. www.npsa.nhs.uk/nutritionfactsheets
8. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, Gortmaker SL. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011; 378(9793):804-14.
9. The Scottish practitioners guide 2006: March 2006 www.scotland.gov.uk › Publications, 2006
10. Scafton J, McKinnon J and Roslyn Kane R . Exploring nurses' experiences of prescribing in secondary care: informing future education and practice. *Journal of Clinical Nursing*, 2012, 21, 2044–2053
11. Wild CP Wild, C.P. The exposome: from concept to utility *Int. J. Epidemiol*, 2012, 41(1): 24-32

RESUME DES PROPOSITIONS DANS LE DOMAINE DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES NUTRITIONNELLES

Mesure n°1 Mettre en place des parcours de soins pour les maladies de la nutrition, inscrire la nutrition dans le parcours de soins des maladies chroniques
Mesure n°2 Définir le socle d'information en nutrition pour un dossier médical partagé pluriel
Mesure n°3. Lutter contre la malnutrition chez les jeunes et la dénutrition à tous les âges
Mesure n°4. Poursuivre le maillage territorial des soins pour l'obésité
Mesure n°5. Organiser et valoriser les activités paramédicales dans le cadre de parcours coordonnés
Mesure n°6. Garantir l'égalité d'accès aux spécialistes
Mesure n°7. Associer soins et promotion de la santé nutritionnelle hors cadre du soin
Mesure n°8. Innover dans les missions et les métiers de la nutrition et de l'activité physique adaptée
Mesure n°9. Soutenir l'innovation et la recherche
Mesure n°10. Informer le public et inclure les associations dans le développement des actions