

NUTRITION ET RESEAUX DE SANTE : LA PLACE DU DIETETICIEN

Samedi 11 juin 2005

Les réseaux de santé : origine, objectifs, faisabilité

Docteur Vincent HAZEBROUCQ, Maître de conférences des universités, praticien hospitalier,
Direction de la politique médicale, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris,
Chargé de mission au Ministère délégué à la Recherche.

Selon la définition légale actuelle du Code de la santé publique³, le « **réseau de santé** » est une organisation humaine et administrative regroupant des professionnels et des structures de santé, sociales ou médico-sociales destinées à améliorer l'offre d'éducation à la santé, de prévention, de diagnostic ou de soins⁴.

Après un court rappel historique, les principaux points critiques de la construction d'un réseau de santé seront exposés, suivis d'une tentative de classement typologique des différents types actuels de réseaux de santé, illustrée par quelques exemples :

- réseaux d'organisation des établissements de santé publics ou privés pour une réponse régionale voire interrégionale à une question spécifique: réseaux de périnatalogie, réseaux de télémagerie pour la prise en charge des urgences neurochirurgicales...
- réseaux régional de référence centrés sur un problème de santé particulier : par exemple, l'obésité de l'enfant ; le cancer, l'insuffisance rénale
- réseaux locaux s'adressant au niveau d'un territoire de santé à une population spécifique, par exemple, les réseaux d'accès aux soins pour les patients en situation de précarité, réseaux gérontologiques... ou pour coordonner au quotidien la prise en charge à domicile des patients suivis pour une pathologie chronique et lourde : insuffisance rénale, insuffisance respiratoire sous oxygénothérapie, soins palliatifs...

³ Cette définition a été instituée par la Loi 'Kouchner' n° 2002-303 *relative aux droits du malade et à la qualité des soins* qui a substitué l'appellation de « réseau de santé » à celle de « réseaux de soins », antérieurement en vigueur.

⁴ Art. L. 6321-1 CSP. : *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.*

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'État, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale»

Réseau Respecti-Cœur de Nantes : place des diététiciens dans l'éducation des insuffisants cardiaques

Françoise SCHAEFFER diététicienne – Christiane MARIAUX infirmière coordinatrice, Nantes

« L'insuffisance cardiaque est un état physio-pathologique dans lequel une anomalie de la fonction cardiaque est responsable de la défaillance cardiaque à pomper le sang à un niveau en rapport avec les demandes des tissus à fonction métabolique »⁵. En Europe, la prévalence de l'insuffisance cardiaque est de 0,4 à 2% . Elle augmente avec l'âge : 1% avant 60 ans, 10% entre 80 et 89 ans. L'insuffisance cardiaque est une maladie grave ; un patient sur deux décède dans les quatre années qui suivent le diagnostic.

L'insuffisance cardiaque est une maladie coûteuse. En France elle coûterait chaque année 1 milliard d'euros dont 85% liés à l'hospitalisation... Les patients les plus graves sont hospitalisés 2 à 3 fois par an, pour des épisodes de décompensation cardiaque. La mauvaise observance du régime désodé et des traitements représenterait près de la moitié des étiologies de ces décompensations.

Le réseau Respecti-Cœur, créé en février 2004, est une réponse à la prise en charge des patients insuffisants cardiaques, il permet l'éducation et l'accompagnement des patients et de leur entourage. Son fonctionnement est assuré par une équipe de coordination de soignants salariés (infirmières, diététiciennes, cardiologues) en collaboration avec les professionnels libéraux (généralistes, cardiologues, infirmières et diététicienne).

Notre démarche éducative appliquée à la diététique

1°/ Définir les compétences diététiques que le patient doit acquérir dans les trois domaines suivants :

- Les connaissances : citer la quantité de sel conseillée pour une journée , repérer les aliments salés et ceux qui ne contiennent pas de sel
- Les gestes : cuisiner sans ajout de sel, quantifier et contrôler ses apports sodés, utiliser les équivalences, adapter les modes de cuisson et d'assaisonnement
- Les attitudes : adapter la quantité de sel sur une journée en cas de repas festif, équilibrer les menus pour avoir des apports énergétiques suffisants

2°/ Définir les messages communs à tous les intervenants :

- Alimentation hyposodée à 6g de sel par jour (= 4g de sel ajouté ou équivalences)
- Pas de sel de cuisson, pas de salière sur la table
- Consensus sur la composition en sel des aliments

3°/ Réaliser un diagnostic éducatif diététique pour chaque patient :

- ce qu'il fait, ce qu'il sait, ce qu'il croit, ce qu'il ressent, ce dont il a envie
- évaluation de l'équilibre alimentaire, estimation des apports caloriques et sodés

4°/ Définir des objectifs personnalisés

- à l'issue du diagnostic, négocier des objectifs avec le patient : simples, réalisables et évaluables

5°/ Accompagner l'acquisition des compétences

- visite au domicile du patient 1 mois après la première séance (avec une infirmière coordinatrice)
- appels mensuels de l'infirmière
- séances de groupe (en présence d'une infirmière coordinatrice)

6°/ Evaluation de notre éducation : étude diététique randomisée réalisée après 2 ans de suivi⁶.

- Cette étude a montré que l'éducation avait un impact significatif à long terme sur la consommation de sel et que l'alimentation pauvre en sel était mieux acceptée chez les patients éduqués.

En conclusion le réseau est une opportunité pour le patient de mieux vivre avec la contrainte de sa maladie et pour les diététiciens de travailler en équipe, en toute complémentarité avec les autres soignants de la ville et de l'hôpital.

⁵ Recommandations européennes pour le diagnostic et le traitement de l'insuffisance cardiaque (février 2002)

⁶ Soins – Supplément 2 au n°692 (jan-fév 2005) : E. Gravouille – H Guibert-Hériteau

Réseau de santé en gériatrie

Un réseau nutrition des personnes âgées en Auvergne

Bruno LESOURD, Gériatologue - Liliane MILLET, Diététicienne - Clermont-Ferrand

Depuis 2 ans, 2 études ont permis de développer la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées en Auvergne. La première (étude AGENUPA) est conduite par des médecins généralistes travaillant en zone rurale et semi-rurale auprès de personnes âgées vivant chez elles. Elle a permis de montrer que 5% des hommes et 11% des femmes de plus de 70 ans ont une MPE et que 28% ont un grand risque de malnutrition. La deuxième étude, conduite par des médecins coordinateurs en EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et des PH en Services de Long Séjour (SLD), montre qu'à l'entrée en institution gériatrique 30% des résidents ont une MPE avérée et 55% un grand risque de malnutrition. Seuls 15% des entrants n'ont pas de problèmes nutritionnels majeurs.

Ces travaux ont conduit les investigateurs à monter un réseau de nutrition des personnes âgées, réseau en instance de validation, qui fonctionnera de la façon suivante :

* Seuls entreront dans le réseau les patients volontaires qui sont pris en charge par des médecins, libéraux ou des établissements, eux aussi volontaires pour participer au réseau.

* Un dépistage nutritionnel sera fait avant l'entrée dans le réseau. Il comprendra les mesures du poids, de l'IMC, des protéines nutritionnelles et inflammatoires, du MNA dépistage et une estimation grossière des ingesta. Ce bilan sera complété d'une évaluation gériatrique rapide : dépression, troubles cognitifs, autonomie, fonction rénale et d'une évaluation des conditions de vie.

Les patients atteints de MPE ou à fort risque pourront rentrer dans le réseau.

* Dans le réseau les patients seront pris en charge sur la base d'un forfait de 4 mois, éventuellement renouvelable, qui inclura une prestation des médecins généralistes et une autre pour le diététicien. Les autres dépenses (examens biologiques, voire compléments nutritionnels oraux, resteront à la charge du patient) pour les patients à domicile. Le diététicien interviendra au domicile du patient (maison personnelle, EHPAD ou SLD). En cas de nécessité d'hospitalisation, un service spécialité accueillera les patients qui nécessiteront une nutrition artificielle.

* Un groupe de coordination, incluant gériatre, nutritionniste, diététiciens, secrétariat, statisticien et épidémiologiste, assurera une permanence téléphonique 6 jours/7. Il pourra donner des conseils individualisés et tiendra à jour la coordination et la validité des prises en charge entreprises. Il assurera aussi les formations pour les acteurs du réseau (au moins tous les 3 mois) et pour les familles, en liaison avec les CLICs (Comité Local d'Information et de Coordination) . Il sera aussi en charge d'une formation de la population par voie de médias. Toutes ces actions feront l'objet, une par une, de validation. Il sera en charge des rapports d'activité sur les actions et les prises en charge entreprises.

Ce réseau est bâti, sur la seule région Auvergne, pour les patients dépendant de cette région, pour une période de 3 ans qui pourra être renouvelée après validation de son action.

REPOP Ile-de-France

Réseau Pour la prise en charge et la prévention de l'Obésité en Pédiatrie

Géraldine LEPAGE, Diététicienne, Hôpital Necker Enfants Malades, Paris

Une enquête des Services de Santé Scolaire de la Ville de Paris, réalisée en 1996, auprès de 3621 élèves de CM2 (âge moyen de 10 ans et 6 mois), représentatifs de tous les arrondissements, révèle que le pourcentage des enfants obèses est de 13,5%. Il atteint même 16,6% en agglomération parisienne, chez les enfants âgés de 6 ans, d'après l'enquête nationale réalisée en 2001 par l'Education Nationale sur un échantillon de 30 000 élèves. Les résultats de ces études ne sont que le reflet de la manifestation d'une « épidémie » d'obésité infantile, et de l'échec de toutes les solutions de prise en charge, proposées aussi bien en ville qu'à l'hôpital.

Devant ce constat, des médecins hospitaliers, des libéraux (pédiatres et généralistes), des communautaires (médecins scolaires et de PMI) et d'autres partenaires (diététiciens, kinésithérapeutes, psychologues...) ont, dès 2001, envisagé une prise en charge centrée sur l'enfant et sa famille. Pour être efficace, une stratégie différente et originale devait être mise en place, alliant les compétences professionnelles de chacun. C'est ainsi qu'est né le Réseau pour la Prise en charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie en Ile de France, pour permettre aux différents acteurs de santé de travailler en commun pour le bien de l'enfant. Si REPOP IdeF était né, tout restait à construire : tout d'abord en fixer les objectifs, puis les moyens de prise en charge humains et financiers.

En favorisant l'implication de tous les professionnels au contact de l'enfant, le travail en réseau doit permettre la mise en place d'un dépistage précoce, d'une prise en charge des enfants souffrant d'obésité afin d'en prévenir les complications en associant pluridisciplinarité, continuité et qualité des soins. L'amélioration de la prise en charge passe par :

- une mise en commun de pratiques et d'outils, tel que le dossier médical partagé.
- une formation commune des différents acteurs du réseau
- des actions de recherches cliniques, thérapeutiques et épidémiologiques
- une évaluation de l'efficacité de cette nouvelle stratégie de prise en charge autant sur le plan clinique que par rapport aux moyens humains et financiers mis en œuvre.

La population concernée par le REPOP IdeF, est limitée à la zone géographique de la Région d'Ile de France.

Si le médecin traitant constitue l'élément pivot du réseau, d'autres partenaires interviennent, libéraux (kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues), communautaires (PMI, Médecine Scolaire), services sociaux, et des centres hospitaliers référents (actuellement les 3 CHU parisiens Necker-Enfants Malades, Armand Trousseau, Robert Debré), mais également les structures Jeunesse et Sport, la Médecine du Sport, l'Education Nationale.

Pour une meilleure efficacité, une coordination médico-administrative sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur, ainsi qu'un Comité de Pilotage ont été mis en place.

Des outils multiples comme le dossier médical commun et informatisé, le site Internet (www.repop.fr), des fiches diététiques, un carnet de suivi, ont été élaborés afin de répondre à la prise en charge optimale des enfants.

Les acteurs du réseau se sont fixés 3 objectifs :

- Stabiliser l'indice de masse corporelle, ou le diminuer en cas d'obésité morbide.
- Modifier durablement le comportement de l'enfant et de sa famille aussi bien sur le plan alimentaire que sur le mode vie.
- Pratiquer régulièrement une activité physique.

Pour atteindre ces objectifs, il est important que l'enfant et sa famille adhèrent au réseau, dans le cadre d'une prise en charge associant la diététique, l'activité physique et le changement de comportement, pour une durée de deux années. Comme les enfants et leur famille, les professionnels de santé s'engagent eux aussi, en signant une charte, à dispenser des soins de qualité en accord avec les principes de la prise en charge élaborés par le réseau et suivant les recommandations du PNNS.

Sur le plan organisationnel, chaque centre hospitalier référent dispose d'une diététicienne « réseau » temps plein. Ces postes ont été créés pour assurer l'organisation et la coordination locale au sein de chaque structure hospitalière. A cette mission principale, qui consiste à faire l'interface entre le secteur libéral et le milieu hospitalier, notamment pour l'orientation des patients dans le réseau, par l'intermédiaire de divers contacts (téléphoniques, mails, courriers) avec les médecins de ville, les patients et leurs familles, viennent s'ajouter des fonctions de formation auprès des professionnels de soin (journée de formation, réunions de staff...), créations d'outils (fiches diététiques, documents parents...) mais aussi des actions de prévention (dans 35 écoles maternelles de Paris, travail avec les PMI) et bien évidemment, la prise en charge du patient et de sa famille au travers de consultations pluridisciplinaires et éventuellement de séances d'éducation thérapeutique de groupe.

Nous espérons, en attendant les premières évaluations, que ce nouveau mode de prise en charge apportera des pistes de solution à l'« épidémie » d'obésité actuelle tout en apportant des sujets nombreux de réflexions et de recherche clinique médicale et paramédicale.

Le suivi nutritionnel dans un réseau d'oncologie pédiatrique

*Line JOUANNIC, Diététicienne Service de Nutrition ; Docteur Anne LAMBILLIOTTE, Pédiatre
Service d'Héματο-oncologie pédiatrique – Hôpital Jeanne de Flandre - CHRU de Lille*

Le réseau Pedonco est un réseau de cancérologie pédiatrique. Il « rassemble les services de pédiatrie des hôpitaux du Nord et du Pas-de-Calais et les services spécialisés dans le traitement des cancers des enfants à Lille. Ainsi la plupart des enfants peut maintenant être suivie au plus près du domicile et une meilleure coordination des soins est obtenue grâce à des équipes plus efficaces encore. »

Pedonco rassemble donc des professionnels de santé tels que pédiatres, cadres de santé, puéricultrices, infirmiers, diététiciennes... dans 2 centres de référence et 12 centres hospitaliers.

La diététicienne des centres de référence a eu pour mission de participer à :

- l'élaboration des documents remis aux familles contenant les conseils pour le retour à domicile avec notamment les explications des régimes, (*alimentation protégée, alimentation sous corticothérapie, prévention de la dénutrition*)
- l'élaboration des fiches du dossier patient nutritionnel,
- l'explication de l'alimentation des enfants au personnel paramédical des centres hospitaliers,
- des réunions interprofessionnelles afin de favoriser les échanges et contribuer ainsi à un meilleur relais.

Le réseau a rencontré quelques complications dans sa mise en place et aujourd'hui dans son suivi. La principale difficulté étant la communication entre les différents partenaires due à :

- l'éloignement géographique,
- le nombre des intervenants auprès du patient,
- et parfois, le changement d'interlocuteur.

Le réseau Pedonco a été officialisé il y a un peu plus d'un an et les enfants en bénéficient depuis dix mois.

Aujourd'hui le recul est trop peu important pour pouvoir en vérifier l'efficacité.