

ASSOCIATION DES DIÉTÉTICIENS
DE LANGUE FRANÇAISE

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Consultation diététique réalisée par un diététicien

ARGUMENTAIRE

Janvier 2006

Avec le partenariat méthodologique
et le soutien financier de la

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de la HAS est illicite, et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en janvier 2006

HAS (Haute Autorité de santé)

Service communication

2, avenue du Stade de France 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2006. Haute Autorité de santé (HAS)

Participants

Ces recommandations ont été élaborées à la demande et par l'Association des diététiciens de langue française (ADLF).

Le travail a été proposé par M^{me} Dominique COMBRET en septembre 2004 alors qu'elle était Présidente de l'Association des diététiciens de langue française.

Les sociétés savantes, les associations professionnelles et les organismes dont les noms suivent ont été sollicités pour l'élaboration des recommandations :

- Association des diététiciens de langue française.
- Association des diététiciens libéraux.
- Association nationale de coordination des réseaux de soins aux diabétiques.
- Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes.
- Collège national des généralistes enseignants.
- Coordination nationale des réseaux.
- Société de formation thérapeutique du généraliste.
- Société française de documentation et de recherche en médecine générale.
- Société française de médecine générale.
- Société française de nutrition.
- Société francophone de nutrition entérale et parentérale.
- Société nationale française de gastro-entérologie.

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un partenariat méthodologique et financier entre l'ADLF et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), et a été achevé sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (HAS).

La méthode de travail a été celle décrite dans le guide « Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologie pour leur réalisation en France », publié en 1999 (www.has-sante.fr).

L'ensemble de ce travail a été réalisé avec l'encadrement méthodologique de M^{me} Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, Chef de projet, sous la direction du D^r Patrice DOSQUET, Responsable du Service des recommandations professionnelles, et de M^{me} Emmanuelle BLONDET, Documentaliste, sous la direction de M^{me} Frédérique PAGÈS, Responsable du Service documentation à la Haute Autorité de santé (HAS).

Les rédacteurs tiennent à remercier les membres du Comité d'organisation, les membres du groupe de travail, et plus particulièrement le D^r Agathe RAYNAUD-SIMON, les membres du groupe de lecture qui ont contribué à la finalisation de ce travail, et le D^r Jean BRAMI qui a coordonné l'enquête auprès des médecins du réseau des correspondants de la HAS.

Comité d'organisation

M^{me} Virginie BALES, diététicienne, Paris.
P^r Jean-Louis BRESSON, SFN, Paris.
M^{me} Sabine CASANOVA-PLANTIER, diététicienne libérale, Versailles.
D^r Vincent COLICHE, endocrinologue, CNRS coordination nationale des réseaux, Boulogne-sur-Mer.
M^{me} Dominique COMBRET, cadre de santé diététicien, Lyon.
M^{me} Dominique DANIEL-LAMAZIÈRE, cadre supérieur de santé diététicien, Bordeaux.

M^{me} Sylvie DEILHES, diététicienne, ANCREC, Association nationale de coordination des réseaux diabète, Paris.
M^{me} Annick LAFFITTE, cadre supérieur diététicien, Paris.
M^{me} Marie MONJO, cadre de santé, diététicien, Toulouse.
M^{me} Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, Chef de projet, HAS, Saint-Denis La Plaine
M^{me} Marie-Christine PREVOST, diététicienne, Toulouse.

M^{me} Catherine RUMEAU-PICHON,
Responsable du Service évaluation

économique et santé publique, HAS, Saint-Denis La Plaine.
M^{me} Nadine SOUBIES, diététicienne, Paris

Groupe de travail

M^{me} Dominique COMBRET, cadre de santé diététicien, Présidente du groupe de travail, Lyon.
M^{me} Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, Chef de projet, Service des recommandations professionnelles, HAS, Saint-Denis La Plaine.
M^{me} Marie MONJO, cadre de santé diététicien, Chargée de projet, Toulouse.
M^{me} Marie-Christine PREVOST, diététicienne, Chargée de projet, Toulouse.
M^{me} Annick LAFFITTE, cadre supérieur de santé, diététicienne, coordinatrice du projet, Paris.
M^{me} Emmanuelle BLONDET, Service documentation, HAS, Saint-Denis La Plaine.
D^r Jean-Jacques CRAPPIER, médecin généraliste, Le Mans.
M. Frédéric COURTOIS, diététicien, docteur en nutrition de l'université de Montréal, Nancy.

M^{me} Sylvie DEILHES, diététicienne, Montgeron.
M^{me} Michèle DUTRIPON, cadre supérieur, diététicien, Hyères.
M^{me} Marie-Noëlle HAYE, diététicienne, Villejuif.
M^{me} Yolande LALLEMAND, diététicienne, Montanay.
M^{me} Clara MURE, psychologue, Paris.
D^r Jocelyne RAISON, médecin interniste, Fleury-Mérogis.
D^r Agathe RAYNAUD-SIMON, gériatre-nutritionniste, Ivry-sur-Seine.
D^r Sun-Hae LEE-ROBIN, Responsable du Service d'évaluation des actes professionnels, HAS, Saint-Denis La Plaine.
M^{me} Nadine SOUBIES, diététicienne, Paris.
M^{me} Séverine VILLAIN, diététicienne, réseau REDIAB côte d'Opale, Boulogne-sur-Mer.

Groupe de lecture

M. Richard AGNETTI, cadre supérieur de santé, diététicien, Paris.
M^{me} Fatiha ATMANI, diététicienne, Pessac.
M^{me} Aurélie BABIN, diététicienne, Carcassonne.
D^r Patrick BACHMANN, réanimateur-anesthésiste, Lyon.
D^r Anne-Marie BAQUE-GENSAC, médecin généraliste, Amélie-les-Bains.
D^r Eric CAILLIEZ, généraliste, Allonnes.
M^{me} Sophie CANTIN-DIENON, diététicienne, Argenteuil.
M^{me} Béatrice CARRAZ, diététicienne, Tonnerre.
M^{me} Annick CAVAILLÉ, diététicienne, Agen.
M^{me} Nadine CHASTAGNOL, directeur de soin, Le Kremlin-Bicêtre.
M^{me} Marie-Noëlle DEMATONS, médecin conseil, Chef de service, CANAM, Saint-Denis.
M^{me} Sylvie DIANCOURT, diététicienne, Nevers.
M^{me} Anne-Marie FAVREAU, cadre supérieur de santé diététicien, Angers.
M^{me} Gersende GROSS, diététicienne, Les Pennes-Mirabeau.
P^r Michel HASSELMANN, médecin réanimateur médical, Strasbourg.
P^r Michel KREMPF, endocrinologue, Nantes.

D^r Ghislaine HENRY, généraliste, Leuville-sur-Orge.
M^{me} Isabelle L'HÔPITAL, cadre de santé, infirmier, Lyon.
M^{me} Edith MARCHESI-SAMEDI, diététicienne, Paris.
M^{me} Virginie MASDOUA, diététicienne, doctorante en anthropologie biologique, Marseille.
M^{me} Christine MONTANÉ, diététicienne, Toulouse.
D^r Jean-Michel OPPERT, médecin nutritionniste, Paris.
M^{me} Fatima OULHADJ, diététicienne, Bagnolet.
D^r Anne-Sylvie POISSON-SALOMON, médecin méthodologiste, Paris.
M^{me} Marie-Christine PUISSANT, cadre supérieur de santé, diététicienne, Paris.
M^{me} Agnès REVEL, diététicienne, Paris.
P^r Claude RICOUR, gastro-entérologue nutritionniste, pédiatre, Paris.
M^{me} Dorothee ROMAND, diététicienne, Paris.
M^{me} Annie SIAUD, diététicienne, Paris.
M^{me} Carine SLABOLEPSZY-KOT, diététicienne, Lille.
D^r Carol SZEKELY, gériatre, Villiers-le-Bel.
M^{me} Katia TARDIEU, diététicienne libérale, Paris.

Sommaire

Participants	3
Abbreviations	7
Méthode générale	8
Argumentaire	13
1 Introduction	13
2 Définitions	14
2.1 Diététicien et ses missions	14
2.2 Consultation diététique.....	15
3 Intérêt et caractéristiques de la consultation diététique	16
3.1 Place du soin diététique en consultation	16
3.2 Caractéristiques de la consultation diététique	33
4 Conduite de la consultation diététique	42
4.1 Démarche de soin diététique.....	42
4.1.1 Recueil de données générales et spécifiques.....	42
4.1.2 Diagnostic diététique	44
4.1.3 Objectifs diététiques	44
4.1.4 Planification des soins et la réalisation des actions propres aux diététiciens .	45
4.1.5 Évaluation de l'efficacité des actions	47
4.2 Conduite d'un entretien diététique.....	48
4.2.1 Qualité de la communication	49
4.2.2 Déroutement de l'entretien	49
4.3 Conditions de réussite d'une consultation diététique.....	50
5 Modalités de communication interprofessionnelle et d'information de la personne soignée	51
5.1 Complémentarité des professionnels de santé.....	51
5.2 Information remise aux personnes soignées	53
6 Outils du diététicien	53
6.1 Outils habituels	53
6.2 Outils pédagogiques	55
Outils complémentaires	56
7 Soin diététique et dossier patient	57
8 Propositions de recherches, travaux, formation	58
8.1 Pistes de travaux et de recherches	58
8.2 Propositions pour la formation des diététiciens	59
8.2.1 Formation initiale.....	59
8.2.2 Formation continue.....	59

9 Conclusion	60
Glossaire	61
Bibliographie.....	64
ANNEXE 1 : Questionnaire destiné aux médecins généralistes	69
ANNEXE 2 : Questionnaire destiné aux diététiciens réalisant des consultations.....	72
ANNEXE 3 : Actions réalisées par un diététicien suivant les objectifs de consultation	77
ANNEXE 4 : Éléments de traçabilité du soin diététique dans le dossier patient.....	78

TABLEAUX

Tableau 1 : Intérêt des conseils diététiques comme intervention unique : résultats des essais contrôlés randomisés.

Tableau 2 : Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : résultats des essais contrôlés randomisés.

Tableau 3 : Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : recommandations professionnelles et rapport d'experts.

Tableau 4 : définitions et objectifs de la consultation diététique.

Abbreviations

- ADA : *American Dietetic Association*.
- ADLF : Association des diététiciens de langue française.
- AFERO : Association française d'études et de recherche sur l'obésité.
- AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
- ALFEDIAM : Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques.
- ALD : Allocation de longue durée.
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé.
- ANC : Apports nutritionnels conseillés.
- ANCRED : Association nationale de coordination des réseaux de soin aux diabétiques.
- ASDD (SVERB) : Association suisse des diététicien(ienne)s diplômé(e)s.
- ASPEN : *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*.
- BDA : *British Dietetic Association*.
- CIQUAL : Centre informatique pour la qualité des aliments.
- DER : Dépense énergétique de repos.
- EFAD : *European Federation of Association of Dieticians*.
- ENTRED : Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques.
- FNCLCC : Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer.
- HAS : Haute Autorité de santé.
- IMC : Indice de masse corporelle ou indice de Quetelet ou Body Mass Index (Poids/Taille²).
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- MNA : *Mini Nutritional Assessment*.
- NED : Nutrition entérale à domicile.
- NRI : *Nutritional Risk Index*.
- NSI : *Nutrition Screening Initiative*.
- OMS : Organisation mondiale de la santé.
- OPDQ : Ordre professionnel des diététistes québécois.
- PAL : *Index Physical Activity Level* (ou NAP : Niveau activité physique).
- PNNS : Programme national nutrition santé.
- SFN : Société française de nutrition, anciennement SNDLF.
- SFNEP : Société française de nutrition entérale et parentérale.
- SNDLF : Société de nutrition et de diététique de langue française (cf. SFN).
- SOR : Standards, Options, Recommandations (méthodologie utilisée par la FNCLCC).
- USPSTF : *United States Preventive Services Task Force*.
- VIH : Virus de l'immunodéficience humaine ou *Human Immunodeficiency Virus*.

Méthode générale

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées par l'Association des diététiciens de langue française (ADLF) dans le cadre d'un partenariat avec l'Anaes. Elles ont été construites selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique, publiée par l'Anaes en 1999 (1). Les sociétés savantes concernées par le thème, réunies au sein du Comité d'organisation, ont été consultées pour délimiter le thème de travail, connaître les travaux réalisés antérieurement sur le sujet, et proposer des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Les recommandations ont été rédigées par le groupe de travail, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et d'une synthèse de l'avis des professionnels consultés.

Pour réaliser ce travail, l'ADLF a constitué :

- **Un Comité d'organisation** pour définir le thème et ses contours, les questions auxquelles les recommandations doivent répondre, les cibles des recommandations, les orientations stratégiques de recherche documentaire, le profil des membres des groupes de travail et de lecture, le calendrier de travail. Il regroupe des professionnels ayant un lien direct avec le sujet traité.
- **Un groupe de travail** composé de professionnels multidisciplinaires : diététicien hospitalier, diététicien en exercice libéral, diététicien exerçant dans un réseau, diététicien en gériatrie, diététicien en collectivités territoriales, médecin généraliste, médecin nutritionniste, médecin gériatre, médecin du sport, psychologue, professionnel de l'éducation thérapeutique. Ces professionnels ont un mode d'exercice public et privé. Ils sont d'origine géographique variée. Ce groupe de travail comprend : un président qui a coordonné les travaux, deux chargés de projet qui ont identifié, sélectionné, analysé et synthétisé la littérature scientifique utilisée pour rédiger l'argumentaire. Celui-ci a été discuté, et les recommandations ont été élaborées avec le groupe de travail.

Le groupe de travail a répondu aux questions suivantes :

- Quels sont les **éléments indispensables et spécifiques du recueil de données** nécessaires à l'intervention d'un diététicien ?
- Quels sont les **éléments du raisonnement clinique** utiles dans une démarche de soin diététique ?
- Quels sont les **outils d'évaluation nutritionnelle** pour analyser le comportement alimentaire et le dépistage de désordres nutritionnels ?
- Quelles sont les techniques nécessaires à la **conduite d'un entretien diététique** ?
- Quels enregistrements doivent figurer dans le dossier patient pour assurer la **traçabilité du soin nutritionnel** ?
- Quels sont les points importants qui permettent d'assurer **une coordination entre professionnels de santé et une continuité des soins pour le patient** ?

- **Un groupe de lecture**, composé selon les mêmes critères que le groupe de travail, a été consulté par courrier et a donné un avis sur le fond et la forme des recommandations, en particulier sur leur lisibilité et leur applicabilité, à partir d'une grille de lecture. Les commentaires du groupe de lecture ont été analysés par le groupe de travail, et ont été pris en compte chaque fois que possible dans la rédaction des recommandations.

Le président du groupe de travail, membre de l'ADLF, a coordonné l'ensemble du travail. Un chef de projet de l'Anaes (actuellement HAS) a coordonné l'ensemble du travail, et en a assuré l'encadrement méthodologique.

1 Recherche bibliographique

Une recherche bibliographique a été effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques pertinentes sur le sujet pour la période : 1995-2005. La littérature grise (documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information) a été recherchée par tous les moyens disponibles : les sites Internet pertinents (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) ont été explorés, les experts et membres du groupe de travail ont été sollicités.

Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème ont été identifiés. Une veille documentaire a été organisée jusqu'au terme du projet. L'examen des différences d'opinions citées dans les articles analysés a permis de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'informations.

Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture ont transmis des articles de leur propre fond bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

Bases de données bibliographiques :

- PubMed/Medline (*National library of medicine*, États-Unis),
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi> ;
- CINAHL (*The Cumulative Index to nursing and Allied Health Literature*),
<http://www.cinahl.com/> ;
- BDSP (*Banque de données de santé publique*, Rennes),
<http://www.bdsp.tm.fr> ;
- *Cochrane library Database* (Royaume-Uni),
<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/crgindex.htm>.

Autres sources :

- Sociétés savantes :
Françaises :
 - Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer,
<http://www.fnclcc.fr> ;
 - Collège des Enseignants en Nutrition, <http://nutrition.unice.fr/cen.htm> ;
 - Association de Langue française pour l'Étude du DIAbète et des Maladies métaboliques, www.alfediam.org ;
 - Institut National de Prévention et Éducation en Santé, www.inpes.sante.fr ;

- Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française (Société Française de Nutrition), <http://www.inra.fr/sfn/> ;

Internationales et étrangères :

- Organisation Mondiale de la Santé, <http://www.who.int/fr/> ;
- Ordre Professionnel des Diététistes du Québec (Canada), <http://www.opdq.org/> ;
- *British Dietetic Association* (Royaume-Uni), www.bda.uk.com ;
- *American Dietetic Association* (États-Unis), <http://www.eatright.org>
- *American Academy of Family Physicians* (États-Unis), www.aafp.org ;
- *Department of Veterans Affairs – Veteran Health Administration* (États-Unis), <http://www.va.gov/> ;
- Association Suisse des Diététiciens(iennes) Diplômées (Suisse) <http://www.svde.ch>.

- Afin de pallier l'indexation insuffisante de la littérature française sur le thème dans les bases de données, la bibliothèque de l'ADLF a été exploitée.

2 Stratégie de recherche documentaire

La recherche a été limitée à l'adulte à partir de 16 ans et à la personne âgée sur la période 1995-2005.

Stratégie de recherche documentaire.

	Sujet/bases de données interrogées Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Consultation diététique/Bases de données CINAHL et AMED		1995-2005	293
Étape 1	((<i>Dietician</i> OU <i>Nutrition</i> OU <i>Diet</i>) ET (<i>Consultation</i> OU <i>interview</i> OU <i>Delivery of health care</i> OU <i>patient assessment</i> OU <i>Patient care plans</i> OU <i>Professional role</i> OU <i>Questionnaire</i> OU <i>Patient education</i>)) OU <i>Nutrition diagnosis</i> OU <i>Dietician practice</i> OU <i>Nutrition education</i> OU <i>Nutrition screening</i> OU <i>Diet records</i> OU <i>Nutritional assessment</i> OU <i>Nutritional support</i>		
Rôle de la consultation diététique en fonction des pathologies/Pub Med/Medline		1995-2005	143
Étape 2	[(<i>Diabetes Mellitus</i> OU <i>Food Hypersensitivity</i> OU <i>Pregnant Women</i> OU <i>Renal Dialysis</i> OU <i>Cardiovascular Diseases</i> OU <i>Hyperlipidemia</i> OU <i>Geriatrics</i> OU <i>Coronary Disease</i> OU <i>Osteoporosis</i> OU <i>Endocrinology</i> OU <i>HIV</i> OU <i>Obesity</i> OU <i>Diabetes Complications</i> OU <i>Diabetes, Gestational</i> OU <i>Oncology Service, Hospital</i> OU <i>Osteoporosis, Postmenopausal</i> OU <i>Hemodialysis, Home</i> OU <i>cystic fibrosis</i> OU <i>sports medicine</i> OU <i>diabetes complications</i> OU <i>diabetes gestational</i> OU <i>tobacco use disorder</i>) ET (<i>Nutrition Assessment</i> OU <i>Interpersonal Relation</i> OU <i>Interdisciplinary Communication</i> OU <i>Professional Role</i> OU <i>Health Behavior</i> OU <i>Patient Education</i> OU <i>Patient Care Planning</i> OU <i>Dietary Services</i> OU <i>Delivery of Health Care</i> OU <i>Counseling</i> OU <i>Intervie*</i>) ET (<i>Nutrition</i> OU <i>Diet</i> OU <i>Dietetic</i>) AND (<i>Dietician [texte libre]</i> OU <i>Dietician [texte libre]</i>)] SAUF (<i>child*</i> OU <i>Infan*</i>)		
Littérature française/BDSP		1995-2005	139

Étape 3 (Diabète OU Allergie alimentaire OU Femme enceinte OU Dialyse renale OU Maladies cardiovasculaires OU Hyperlipidémie OU Geriatrie OU Maladie coronarienne OU Osteoporose OU Endocrinologie OU VIH OU Obésité OU Maladie céliaque OU Cancer OU Mucoviscidose OU Médecine sportive) ET (Évaluation nutritionnelle OU Relations interpersonnelles OU Communication interdisciplinaire OU Rôle professionnel OU Comportement de santé OU Comportement alimentaire OU Education du patient OU Services diététiques OU Consultation OU Interview or référentiel OU Raisonnement clinique OU Education thérapeutique) ET (Nutrition OU Diététique)

Nombre total de références obtenues	575
Nombre total d'articles analysés et retenus	31

En complément :

Huit revues de systématiques de la *Cochrane Library Database* ont été retenues et analysées ;

Au total, 135 rapports de sociétés savantes ou de rapports gouvernementaux ont été identifiés.

Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui a permis d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique (2). Une double lecture a été réalisée par les chargés de projet. Elle a permis une meilleure sélection et analyse de la littérature. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable selon l'échelle proposée par l'Anaes (cf. tableau ci-dessous). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel.

Grade des recommandations.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance. Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés. Analyse de décision fondée sur des études bien menées.	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance. Études comparatives non randomisées bien menées. Études de cohorte.	B Présomption scientifique
Niveau 3 Études de cas-témoins.	C Faible niveau de preuve
Niveau 4 Études comparatives comportant des biais importants. Études rétrospectives. Séries de cas.	

Des propositions d'études et d'actions futures ont été formulées par le groupe de travail.

3 Enquêtes de pratique

Un questionnaire a été adressé aux médecins généralistes pour connaître leurs attentes en matière de consultation diététique, et pour identifier les retours d'informations qu'ils jugeaient nécessaires ou indispensables pour le suivi de leurs patients.

La même démarche a été effectuée auprès des diététiciens réalisant régulièrement des consultations. Cette enquête recherche en plus un avis sur la définition des différentes consultations diététiques.

Les résultats ont été exploités. Ils sont présentés en *annexe 1* et *2*, et ils ont été pris en compte dans l'argumentaire.

4 Suivi de la démarche

Le président du groupe de travail a coordonné les lectures bibliographiques, élargi les recherches en fonction des besoins de l'écriture de l'argumentaire, relu la synthèse de la littérature, et apporté des améliorations au document proposé par les chargées de projet. Le chef de projet du Service des recommandations professionnelles de la HAS a apporté des conseils méthodologiques, et a veillé au respect des étapes de la méthode.

Argumentaire

1 Introduction

L'évolution des pratiques des diététiciens en lien avec les mesures actuelles d'accréditation (3) et d'évaluation des pratiques professionnelles (4), les préoccupations fortes des instances gouvernementales nationales et européennes pour l'alimentation et la nutrition des populations, incitent les professionnels de santé à clarifier leurs pratiques et élaborer des guides professionnels (5-8).

Le Conseil de l'Europe, à travers le *Plan d'actions en matière d'alimentation et de nutrition pour la région européenne* de l'OMS (2000-2005) (9), a émis une recommandation sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux : définissant des politiques alimentaires et nutritionnelles dans le but de réduire les risques nutritionnels et leur coût pour la société. Une résolution particulière (10) définit l'utilité d'une évaluation nutritionnelle et le traitement de la dénutrition en milieu hospitalier : dépistage du risque nutritionnel, identification et prévention des causes de la dénutrition, soutien nutritionnel en utilisant les aliments ordinaires et les techniques artificielles. Au regard de la charge mondiale des maladies chroniques en matière de santé publique, des profils et tendances de la consommation alimentaire, l'OMS préconise des recommandations adaptées à la vie quotidienne dans le cadre de la santé publique et des maladies chroniques (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, cancer, ostéoporose et pathologies dentaires) liées à l'alimentation (11).

En France, le Programme national nutrition santé (PNNS) (12) a pour objectif principal l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. En établissement de santé, l'un des objectifs de ce programme est de faciliter l'accès à la consultation de nutrition, et de développer la prise en charge nutritionnelle à l'hôpital. En secteur libéral, les objectifs spécifiques du PNNS concernent des populations rarement hospitalisées, mais qui utilisent les soins de ville (12,13). Des guides (14,15) élaborés pour le grand public et les professionnels de santé, dans le but de promouvoir les facteurs alimentaires de protection et de réduire l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques, servent de références. Des textes mettent en avant l'importance de la nutrition, de l'alimentation et la place de la consultation diététique réalisée par un diététicien : le professeur Bernard GUY GRAND met en avant le rôle des diététiciens en milieu hospitalier (16), le professeur Michel KREMPF précise les missions des diététiciens et leur rôle fondamental en consultation (17), le professeur Yvon BERLAND cite la consultation diététique comme une complémentarité d'activités entre diététicien et médecin (18), l'étude nationale ENTRED (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) montre le besoin de consultations réalisées par un diététicien (19). La circulaire DH/EO2/DGS/2000/182/ du 3 avril 2000 stipule le rôle du diététicien dans la consultation hospitalière de tabacologie. Un auteur préconise la consultation diététique par un diététicien pour palier les perturbations de l'équilibre pondéral dans le sevrage tabagique (20).

Dans ce contexte, les recommandations développées dans ce rapport ont pour objectif :

- de proposer aux diététiciens une référence pour harmoniser et réduire les variations de leurs pratiques ;

- de donner, aux autres acteurs de santé, une meilleure lisibilité de la démarche utilisée lors d'une consultation diététique.

Ces recommandations professionnelles se situent en amont de prises en charge spécifiques, et pourront être déclinées à toutes les pathologies ou situations pour lesquelles des soins nutritionnels et diététiques sont nécessaires. Elles s'appliquent aux différentes étapes d'une consultation et comprennent :

- le recueil de données nécessaires à l'intervention d'un diététicien ;
- le diagnostic diététique, complémentaire du diagnostic médical, infirmier ou du kinésithérapeute ;
- les objectifs de soins diététiques à visée nutritionnelle ;
- les indicateurs de suivis d'actions négociées avec les patients et/ou leur entourage ;
- les éléments d'enregistrement des informations fournies par le diététicien ;
- les éléments de coordination interprofessionnelle nécessaires à l'offre de soin et à la prise de décisions collectives.

2 Définitions

2.1 Diététicien et ses missions

6.1.1. Définition de la profession de diététicien

La Fédération européenne des associations de diététiciens (EFAD) donne en 1980 une définition du diététicien (21) : « Le diététicien est une personne qui possède une qualification légalement reconnue en nutrition et en diététique, qui applique les sciences de la nutrition à l'alimentation et à l'éducation de groupes, de populations, de personnes individuelles qu'elles soient biens portantes ou malades. »

Un texte de loi, déposé le 14 novembre 2005 à l'Assemblée nationale, donne la définition de la profession de diététicien en France : « Est considérée comme exerçant la profession de diététicien toute personne qui, habituellement, dispense des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un bilan diététique personnalisé et une éducation diététique adaptée. Elle contribue à la définition, à l'évaluation et au contrôle de la qualité de l'alimentation servie en collectivité, ainsi qu'aux activités de prévention en santé publique relevant du champ de la nutrition. »

Le diététicien est un auxiliaire médical, comme les professions paramédicales de santé, sa pratique répond aux règles du Code de la santé publique. Le métier de diététicien est décrit dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (22).

6.1.2. Missions du diététicien

Dans certains pays, les missions du diététicien sont codifiées par la définition d'actes et d'activités :

Le Code canadien des professions de santé (23) classe le diététiste/nutritionniste parmi les professions dont les activités sont « à titre réservé ». Les champs d'activités des diététistes/nutritionnistes sont la nutrition clinique, la nutrition publique, les services-conseils, la gestion de services d'alimentation, l'enseignement, la communication et la recherche. Le champ d'exercice des diététistes/nutritionnistes est défini dans le Code canadien des professions de santé : « Évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé. » ; « Informer, promouvoir la santé et prévenir la maladie, les accidents et les problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités. »

La loi sur l'Assurance maladie (LAMal) helvétique et l'Association suisse des diététiciens diplômés (ASDD) reconnaissent aux seuls diététiciens le droit de réaliser une consultation diététique pour sept groupes de diagnostics qui sont : l'obésité, le diabète, les maladies métaboliques, les maladies cardiovasculaires, l'allergie alimentaire, la dénutrition, l'insuffisance rénale.

En Belgique, l'arrêté royal du 19 février 1997 définit les actes et prestations techniques dont le diététicien (profession paramédicale) peut être chargé par un médecin. Parmi ces actes figurent l'activité de consultation diététique.

En France, les missions des diététiciens en établissements de santé sont définies par la circulaire du 4 mars 1985, et regroupent les activités : de suivi nutritionnel des personnes soignées, de consultation externe, et notifie la collaboration avec les médecins et professionnels de santé. Ces missions sont de l'ordre de la transcription des prescriptions médicales en repas adaptés aux patients, de l'éducation et de la prévention.

2.2 Consultation diététique

La consultation diététique est un élément central de l'activité du diététicien, utilisée pour la prise en charge d'une personne ayant un problème d'alimentation ou de nutrition (24). Elle consiste en un entretien de face à face entre le patient (accompagné ou non de son entourage) et le diététicien, dont le but est de délivrer des conseils ou des avis individualisés après un recueil de données concernant la personne soignée.

Elle se réalise en secteur libéral (en référence au Code de la santé publique), dans le cadre de réseaux de santé, de soins à domicile (10), en établissements de santé (24) ou lors de pratiques professionnelles dans le champ de la santé publique (25,26).

Le groupe de travail propose une définition de la consultation diététique :

« La consultation diététique, ensemble d'actes de soins, se déroule en entretien de face à face entre la personne soignée (accompagnée ou non de son entourage) et le diététicien. La consultation diététique est réalisée à partir d'une prescription médicale ou de la demande d'un particulier. Elle s'appuie sur la démarche de soin diététique et comprend : un bilan diététique, la mise en place d'une stratégie, la négociation d'objectifs de soin diététique entre la personne soignée et le diététicien, le suivi nutritionnel à but éducatif, préventif ou thérapeutique. C'est une activité de collaboration avec les médecins et les autres professionnels de santé, en accord avec la personne soignée et selon les objectifs de la consultation. »

3 Intérêt et caractéristiques de la consultation diététique

3.1 Place du soin diététique en consultation

Le diététicien a un rôle primordial dans la prise en charge diététique et nutritionnelle.

L'intervention d'un diététicien fait partie de la prise en charge de nombreuses situations de santé qui nécessitent une amélioration de l'état nutritionnel. Les tableaux 1 à 3 présentent l'intérêt des conseils diététiques, identifiés à partir d'études contrôlées randomisées, analysées pour la plupart par la *Cochrane Library* et dans les recommandations professionnelles françaises disponibles (sociétés savantes, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation, Programme national nutrition santé) et des textes officiels.

Une seule revue de la littérature (12 études contrôlées randomisées de niveau de preuve 2) (27) a démontré une réduction de l'hypercholestérolémie significativement plus importante avec des conseils diététiques délivrés uniquement par un diététicien au cours de consultations répétées en comparaison à des conseils délivrés par un médecin. Des études complémentaires devraient être menées pour s'assurer des bénéfices à long terme de cette intervention (*tableau 1*).

La littérature (études contrôlées randomisées, recommandations professionnelles) suggère l'intérêt de conseils diététiques, associés aux traitements, dans un grand nombre de pathologies comme le diabète de type 1 et de type 2, l'obésité, la prévention des maladies cardiovasculaires, la prévention et le traitement des escarres, la mucoviscidose, le cancer, les allergies alimentaires, le VIH, la prévention des fractures liées à l'ostéoporose, l'insuffisance rénale chronique, l'arrêt de la consommation de tabac, et dans des situations comme la grossesse et le sport de haut niveau. Dans ces études, l'intervention spécifique du diététicien est parfois difficile à isoler dans une stratégie multiprofessionnelle, où les modalités concrètes de mise en œuvre des interventions sont insuffisamment décrites (*tableau 2*).

Le rôle fondamental du diététicien en consultation diététique est reconnu dans beaucoup de travaux. L'action des diététiciens est cependant plus large et une liste non exhaustive des pathologies, ou situations de santé, pour lesquelles l'intervention d'un diététicien est nécessaire, est proposée en *annexe 3*.

Tableau 1. Intérêt des conseils diététiques comme intervention unique : résultats des essais contrôlés randomisés.

Pathologie, auteur, date	Objectifs et type d'étude, patients, critères de jugement	Interventions	Résultats et commentaires
<p>Hypercholestérolémie Thomson <i>et al.</i> 2005 (27)</p>	<p>12 études contrôlées randomisées. Patients adultes de plus de 18 ans avec ou sans maladie cardiaque existante ou d'antécédent d'infarctus du myocarde, hypercholestérolémie variable (à la limite de la normale ou requérant un traitement médicamenteux), obésité ou facteurs de risque de diabète. Évaluation des effets de conseils diététiques, pour réduire le cholestérol sanguin, délivrés par des diététiciens en comparaison soit à l'intervention d'un médecin (4 études), d'un infirmier (1 étude), soit à l'utilisation de brochures seules (7 études). Durée de l'étude variable : de 6 à 104 semaines. Critère de jugement principal : différence du taux de cholestérol sanguin entre les deux groupes.</p>	<p>Conseils diététiques uniques pour les 12 études, exercice physique en plus pour 2 études, prise de médicaments dans 3 études. Fréquence et durée des consultations variable selon les études. Mesure du cholestérol sanguin dans toutes les études.</p>	<p>Réduction plus importante de l'hypercholestérolémie avec des conseils diététiques donnés par un diététicien en comparaison avec l'intervention du médecin à cours et moyen termes (-0,25 mmol/L, IC₉₅ % : -0,37 à -0,12 mmol/L). Aucune différence statistiquement significative pour la comparaison diététiciens et brochures seules.</p>

Tableau 2. Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : résultats des essais contrôlés randomisés.

Pathologie, auteur, date	Objectifs et type d'étude, patients, critères de jugement	Interventions	Résultats et commentaires
<p>Apports énergétiques durant la grossesse</p> <p><i>Cochrane Library</i> Kramer et Kakuma 2005 (28)</p>	<p>23 études contrôlées randomisées, réparties en 5 groupes pour méta-analyse.</p> <p>Évaluer l'impact de conseils nutritionnels délivrés dans le but d'augmenter ou de réduire les apports énergétiques et l'apport protéique durant la grossesse ; ou de compléter ou de restreindre l'apport de protéines sur la prise de poids durant la grossesse et les résultats obstétricaux.</p> <p>Critères de jugement : apports énergétiques, gain de poids durant la grossesse, résultats obstétricaux pour l'enfant (poids et croissance) et la mère (complications durant la grossesse, l'accouchement, poids résiduel après la naissance).</p>	<p>I₁ : Conseils diététiques dispensés individuellement ou en groupe restreint (3 à 6), avec ou sans visite à domicile, aucun conseil dans le G_C.</p> <p>I₂ : Supplément énergétique équilibrée en protéines et en énergie chez des femmes ayant une alimentation normale, G_C : aucun supplément ou vitamines et minéraux ou supplément peu riche en énergie et protéines (selon les études).</p>	<p>I₁ : Conseils nutritionnels efficaces pour augmenter les apports énergétiques et en protéines (respectivement : différence de moyenne pondérée : 105 ; IC_{95%} : -18,9 à 230 kcal/j et 18 ; IC_{95%} : -1,48 à +37,45 g/jour pour les protéines), sans impact sur le pronostic néonatal et obstétrical (5 études, n = 1 134 femmes).</p> <p>I₂ : Augmentation modérée de la prise de poids durant la grossesse (femmes ayant une prise de poids insuffisante : différence de moyenne pondérée : 20,74 g/semaine ; IC_{95%} : 1,46 à 40) et du poids moyen des nouveau-nés (37,6 ; IC_{95%} : -0,21 à 75) avec une discrète réduction du taux d'enfants hypotrophes (RR : 0,68 ; IC_{95%} : 0,56 à 0,84), pas d'impact sur le taux de prématurité (13 études ; n = 4 665).</p>

Tableau 2. (suite) Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : résultats des essais contrôlés randomisés.

Pathologie, auteur, date	Objectifs et type d'étude, patients, critères de jugement	Interventions	Résultats et commentaires
		I ₃ : Apport énergétique supplémentaire intégrant un apport protéique élevé, G _C : régime normal avec vitamines et minéraux ou lait.	I ₃ : Alimentation hyperprotidique associée à une augmentation modérée, non significative du poids maternel et à une augmentation du risque de retard de croissance intra-utérin (OR : 1,58 ; IC _{95%} : 1,03 à 2,41), mort fœtale <i>in utero</i> significativement plus élevée (RR : 0,55 ; IC _{95%} : 0,31 à 0,97) (2 études, n = 1 076).
		I ₄ : Supplément protéique, mais sans augmentation énergétique (22 % d'apport protéique dans un groupe contre 12 %), G _C : régime normal avec vitamines et minéraux ou lait.	I ₄ : Augmentation du risque de retard de croissance intra-utérin (RR 1,35 ; IC _{95%} : 1,12 à 1,61) dans le groupe supplémenté (3 études, n = 966 femmes).
		I ₅ : Régime restrictif en énergie et en protéines (1 500 kcal/jour) chez des femmes en surpoids (groupe-témoin entre 2 300 à 3 000 kcal/jour).	I ₅ : Réduction de la prise pondérale hebdomadaire avec le régime restrictif en calories et en protéines (différence moyenne de poids de -254 g ; IC _{95%} : -436,56 à -73,06), sans impact sur le risque de prééclampsie ou d'hypertension artérielle gravidique et sur le poids de naissance (3 études, n = 384). Qualité scientifique des articles analysés considérée comme faible par les auteurs et type de supplément hétérogène d'une étude à l'autre.

Tableau 2. (suite) Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : résultats des essais contrôlés randomisés.

Pathologie, auteur, date	Objectifs et type d'étude, patients, critères de jugement	Interventions	Résultats et commentaires
<p>Diabète Gestationnel</p> <p>Étude australienne ACHOIS (<i>Carbohydrate Intolerance Study in Pregnancy</i>)</p> <p>Crowther <i>et al.</i> 2005 (29)</p> <p>Rapportée dans le rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel de la HAS (30)</p>	<p>Étude multicentrique réalisée sur le principe d'un essai thérapeutique : évaluer l'efficacité de la prise en charge associant diététique, surveillance glycémique et éventuellement traitement par insuline chez des femmes enceintes (entre 24 et 34 ans) ayant un diabète gestationnel.</p> <p>Critère de jugement principal composite (<i>serious perinatal complications</i>) associant les décès néonataux et des événements liés à la morbidité néonatale : dystocie de l'épaule, fracture osseuse et paralysie nerveuse.</p>	<p>I : Conseils diététiques individualisés (à partir du poids de base avant la naissance, du niveau d'activité, des prises alimentaires et de la prise de poids depuis la grossesse) ; autogestion de la glycémie ± administration d'insuline.</p> <p>C : pratique habituelle dans chaque centre (dépistage et traitement du diabète gestationnel).</p>	<p>Le taux de <i>serious perinatal complications</i> significativement plus élevé chez les nouveau-nés des femmes du groupe <i>routine care</i> (n = 510) non traitées : 4 %, que chez les nouveau-nés des femmes du groupe-intervention (n = 490) : 1 % (p = 0,04).</p> <p>5 décès dans le groupe <i>routine care</i> : 3 décès intra-utérins (2 inexpliqués et 1 associé à la survenue d'une pré-éclampsie) et 2 décès à la naissance (anomalie congénitale létale et asphyxie au moment du travail – hémorragique).</p> <p>Dystocie de l'épaule dans le groupe <i>routine care</i> (16 nouveau-nés, 3 %) <i>versus</i> 7 (1 %) dans le groupe-intervention. Fracture osseuse (n = 1) et 3 paralysies nerveuses dans le groupe <i>routine care</i>, ni fracture osseuse ni paralysie nerveuse chez les nouveau-nés des femmes du groupe-intervention.</p> <p>Pas de différence statistiquement significative entre les groupes <i>routine care</i> et intervention dans l'analyse par sous-groupe.</p> <p>Cette étude, bien que présentant des biais, montre que la prise en charge associant diététique, contrôle glycémique ± insuline serait efficace pour réduire la morbi-mortalité périnatale chez les femmes ayant un diabète gestationnel « modéré ».</p>

Tableau 2. (suite) Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : résultats des essais contrôlés randomisés.

Pathologie, auteur, date	Objectifs et type d'étude, patients, critères de jugement	Interventions	Résultats et commentaires
<p>Cancer de la langue</p> <p><i>Cochrane Library</i> 2004 Solà <i>et al.</i> (31)</p>	<p>9 études contrôlées randomisées catégorisées en 6 groupes d'interventions. Évaluer l'efficacité de pratiques de soins non invasives mises en œuvre par divers professionnels de santé pour améliorer les symptômes, l'état psychologique et la qualité de vie des patients ayant un cancer de la langue.</p> <p>Critères de jugement : bien-être défini comme la perception subjective ou objective de l'amélioration de la santé physique ou des symptômes liés au cancer, aux métastases ou aux effets secondaires des traitements ou de la maladie et comme la perception subjective ou objective de l'amélioration du fonctionnement psychique ; qualité de vie (OMS 1993).</p>	<p>I₁ : Interventions infirmières pour limiter l'essoufflement : techniques de respiration, travail sur le vécu des symptômes (2 études). I₂ : Programme structuré de soins infirmiers : bien-être physique et psychique, gestion des symptômes en phase palliative, réponses aux besoins de soutien, (3 études). I₃ : Interventions nutritionnelles : conseils nutritionnels donnés par un diététicien pour améliorer la prise alimentaire orale (25 % des calories sous forme de protéines et suppléments) et éviter la perte de poids, améliorer la qualité de vie et la survie (1 étude). I₄ : Interventions psychothérapeutiques (1 étude). I₅ : Exercice physique préopératoire (1 étude). I₆ : Réflexologie (1 étude).</p>	<p>Interventions infirmières pour limiter l'essoufflement : bénéfiques statistiquement significatifs sur l'amélioration de la dyspnée, le niveau de détresse causé par les symptômes. Programme structuré de soins infirmiers, effets positifs sur : le délai dans la détérioration de l'état général, la dépendance et les symptômes, la satisfaction vis-à-vis des soins. Interventions nutritionnelles : efficacité sur l'amélioration de la prise calorique ($p < 0,0001$) avec des effets limités sur la prise de poids ($p = 0,6$, non significatif). Interventions psychothérapeutiques : qualité de vie meilleure à 3 et 12 mois ($p < 0,05$, significatif), aucune différence sur le statut fonctionnel et le degré de dépendance. Exercice physique préopératoire : effet bénéfique sur le <i>self-empowerment</i> ($p < 0,001$, significatif). Réflexologie : réduction de l'anxiété ($p = 0,002$, significatif).</p>

Tableau 2. (suite) Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : résultats des essais contrôlés randomisés.

Pathologie, auteur, date	Objectifs et type d'étude, patients, critères de jugement	Interventions	Résultats et commentaires
<p>Prévention et traitement des escarres</p> <p><i>Cochrane Library</i></p> <p>Langer <i>et al.</i> 2003 (32)</p>	<p>8 études contrôlées randomisées (4 sur la prévention, 4 sur le traitement).</p> <p>Évaluer l'efficacité de la nutrition entérale et parentérale pour prévenir et traiter les escarres.</p> <p>Prévention : patients âgés (> 65 ans) hospitalisés indemnes d'escarres : avec fracture du col du fémur accidentelle (déficit nutritionnel à l'admission), phase aiguë d'une maladie grave (accident vasculaire, infarctus, dyspnée, fièvre, antécédents de chute, etc.).</p> <p>Critères de jugement : proportion de patients développant de nouvelles escarres (études sur la prévention) ; temps de cicatrisation complète des escarres (études sur le traitement).</p>	<p>Prévention : suppléments nutritionnels mixés (protéines seules, suppléments de protéines mixés, vitamines, glucides, lipides) comparés au repas habituel</p> <p>Stratégie de prévention identique dans les groupes (changements de position, matelas spécifique, soins d'hygiène).</p> <p>Traitement : 500 mg vitamine C, 2 fois par jour pendant 4 à 12 semaines selon les études (2 études), protéines par sonde d'alimentation avec suivi pendant 8 semaines (1 étude), zinc (1 étude) : 3 x 200 mg par jour pendant 24 semaines.</p>	<p>Prévention : réduction du nombre de nouvelles escarres (une seule étude méthodologiquement bien construite) : à 15 jours, incidence cumulée de 40 % (118/295) dans le groupe supplémenté (RR : 0,83 ; IC₉₅ % : 0,70 à 0,99), contre 48 % (181/377) dans le groupe-témoin.</p> <p>Traitement : études hétérogènes (participants, interventions et mesure des résultats), aucune méta-analyse possible.</p>

Tableau 2. (suite) Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : résultats des essais contrôlés randomisés.

Pathologie, auteur, date	Objectifs et type d'étude, patients, critères de jugement	Interventions	Résultats et commentaires
<p>Diabète de type 2</p> <p><i>Cochrane Library</i></p> <p>Moore <i>et al.</i> 2005 (33)</p>	<p>36 études contrôlées randomisées (n = 1 467 patients inclus : adultes ayant un diabète de type 2 selon la définition du <i>National Diabetes Data Group</i>).</p> <p>Évaluer les effets de différents types de conseils diététiques y compris la fréquence des contacts, sur le poids, le contrôle du diabète, la morbidité et la mortalité et la qualité de vie.</p> <p>Critères de jugement principaux : poids, complications vasculaires du diabète (neuropathies, rétinopathie, néphropathie, maladies cardiovasculaires).</p>	<p>I (n = 743) : Conseils diététiques donnés dans l'intention de changer les habitudes alimentaires (perte de poids ou changement dans la composition alimentaire, régime pauvre en graisses et régime à 1 000 kcal/jour et moins, 500 kcal/jour). Modalités variables selon les études : 1 session individuelle et 12 séances collectives hebdomadaires (60 min de conseils et 30 min d'exercice) les 3 premiers mois, 22 heures sur 11 semaines, etc.</p> <p>C (n = 724) : soins habituels avec 1 session sur les méthodes de contrôle glycémique et information nutritionnelle adressée par la poste, programme sur 3 jours avec une information sur la composition des aliments, etc.</p>	<p>Aucun effet de 2 types de diète (régime très basses calories et basses calories avec ou non changement de la composition des aliments) sur la perte de poids (9 études).</p> <p>Diminution statistiquement significative de l'hémoglobine glyquée (9 % en moyenne, IC_{95 %} : 0,4 à 1,3 à 6 mois et de 1 %, IC_{95 %} : 0,4 à 1,5 à 12 mois) avec régime et exercice en comparaison avec régime seul (7 études).</p> <p>Pas de possibilités de conclure sur les effets de cette intervention sur le poids et les complications vasculaires du diabète de type 2.</p>

Tableau 2. (suite) Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : résultats des essais contrôlés randomisés.

Pathologie, auteur, date	Objectifs et type d'étude, patients, critères de jugement	Interventions	Résultats et commentaires
<p>Obésité</p> <p><i>Cochrane Library</i></p> <p>Pirozzo <i>et al.</i> 2005 (34).</p>	<p>12 études contrôlées randomisées.</p> <p>Évaluer les conseils diététiques portant sur un régime pauvre en graisse ou une diminution de la ration énergétique comme moyen pour perdre du poids chez des patients en surpoids ou obèses (IMC > 25 kg/m² ou à 120 % du poids idéal).</p> <p>Critères de jugement principal : poids, IMC.</p>	<p>Conseils donnés (oral et écrit comme les recettes, les instructions, les menus).</p> <p>Séances de groupe (5 études) hebdomadaires avec rencontre individuelle toutes les 6 semaines dans 1 étude, avec principes de modifications du comportement, autogestion, conseils pour augmenter l'exercice physique à la fois dans le G_I et le G_C.</p>	<p>4 études ont été incluses dans le groupe de suivi à 6 mois, 5 études dans le groupe de suivi à 12 mois et 3 études dans le groupe de suivi à 18 mois.</p> <p>Perte de poids, mais aucune différence significative entre les 2 groupes à 6 mois (1,7 kg, IC_{95%} : -1,4 à 4,8 kg), à 12 mois (1,1 kg, IC_{95%} : -1,6 à 3,8 kg) et à 18 mois (3,7 kg, IC_{95%} : -1,8 à 9,2).</p> <p>Le suivi de courte durée de ces études ainsi que le grand nombre de perdus de vue (40 %) ne permettent pas de conclure.</p> <p>Légère différence, mais statistiquement significative pour le cholestérol total dans le groupe régime pauvre en graisse à un an de suivi (une étude).</p> <p>Le régime pauvre en graisse ne semble pas meilleur que le régime basses calories pour perdre du poids chez les patients en surpoids ou obèse.</p>

Tableau 2. (suite) Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : résultats des essais contrôlés randomisés.

Pathologie, auteur, date	Objectifs et type d'étude, patients, critères de jugement	Interventions	Résultats et commentaires
<p>Prévention des maladies cardiovasculaires : réduction du sel dans l'alimentation</p> <p><i>Cochrane Library</i></p> <p>Hooper <i>et al.</i> 2005 (35)</p>	<p>11 études contrôlées randomisées réparties en 3 groupes :</p> <p>Adultes (> 16 ans) normotendus (3 études, n = 2 326) ;</p> <p>Adultes hypertendus non traités (5 études, n = 387) ;</p> <p>Adultes hypertendus traités.</p> <p>Durée de suivi variable : de 6 mois à 7ans (3 études, n = 801).</p> <p>Critères de jugement principal : mortalité totale combinée à des événements cardiovasculaires (infarctus fatal ou non, AVC, angor, mort subite).</p>	<p>I₁ : Normotendus : conseils diététiques (diététicien, spécialiste du comportement) et programmes de changement de comportement : sessions de groupe, régulières sur plusieurs mois, avec envoi de courrier entre les sessions, autoévaluation, fixation d'objectifs, essai d'aliments et de recettes, complétés par des séances individuelles en cas d'absence à une session collective ou de besoin complémentaire.</p> <p>C₁ : aucune intervention active.</p> <p>I₂ : Hypertendus non traités : conseils individualisés par un médecin généraliste, complétés par une brochure d'information ou programme de régime sans sel pour l'ensemble de la famille élaboré par un diététicien incluant un livre de recettes et des conseils individualisés, la remise de levure, soda, pain, pauvre en sel ou programme général sur l'alimentation saine, l'exercice, le tabac.</p> <p>C₂ : régime habituel.</p> <p>I₃ : Hypertendus traités : diminution du sel dans l'alimentation avec remise de brochure et d'ouvrage sur la composition des aliments ou un régime pauvre sans sel ou un programme nutritionnel et comportemental individualisé.</p> <p>C₃ : aucune intervention active.</p>	<p>Réduction de la pression artérielle (systolique et diastolique) à 13 et 60 mois dans les études donnant des conseils pour un régime pauvre en sel</p> <p>(systolique à 1,1 mmHg, IC_{95%} : 1,8 à 0,4 ; diastolique à 0,6 mm Hg, IC_{95%} : 1,5 à -0,3).</p> <p>Arrêt plus fréquent des médicaments en cas de réduction de l'apport sodé chez les patients hypertendus traités.</p> <p>Données sur la qualité de vie hétérogènes, sans outil de mesure commun.</p> <p>Décès et événements cardiovasculaires définis et rapportés de manière inconstante.</p>

Tableau 2. (suite) Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : résultats des essais contrôlés randomisés.

Pathologie, auteur, date	Objectifs et type d'étude, patients, critères de jugement	Interventions	Résultats et commentaires
<p>Dénutrition chez les personnes âgées</p> <p><i>Cochrane Library</i></p> <p>Baldwin <i>et al.</i> 2005 (36)</p>	<p>24 études contrôlées randomisées (n = 2 135).</p> <p>Évaluer l'efficacité de conseils diététiques pour améliorer la prise alimentaire chez des adultes dénutris à cause de leur pathologie, et estimer la place des suppléments nutritionnels protéiques associés aux conseils diététiques.</p> <p>Durée du suivi variant de 16 jours à 24 mois.</p> <p>Critères de jugement : survie, poids et mesures anthropométriques : changement du poids, IMC.</p>	<p>I₁ : Conseils diététiques comparés à aucun conseil (5 études).</p> <p>I₂ : Conseils diététiques comparés à des suppléments oraux (4 études).</p> <p>I₃ : Conseils diététiques comparés à conseils diététiques et suppléments oraux (9 études).</p> <p>I₄ : Conseils diététiques et suppléments oraux comparés à aucun conseil et aucun supplément (7 études).</p> <p>Selon les études, modalités de conseil diététique variées : programme diététique individualisé ou intensif, associé à de la relaxation, visites à domicile, etc.</p>	<p>Aucune différence significative en termes de mortalité, de variation du poids entre les groupes avec conseils diététiques et sans conseils (-0,03 kg, IC_{95 %} : -0,69 à 0,63) et les groupes avec conseils et les groupes avec conseils et suppléments (-0,09 kg, IC_{95 %} : -0,63 à 0,46). Comparé aux groupes recevant seulement des conseils diététiques, les groupes recevant uniquement des suppléments gagnaient significativement plus de poids (ou en perdaient significativement moins) : 1,09 kg, IC_{95 %} : 0,29 à 1,90.</p> <p>Les suppléments nutritionnels sont plus efficaces que les conseils diététiques.</p>

Tableau 2. (suite) Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : résultats des essais contrôlés randomisés.

Pathologie, auteur, date	Objectifs et type d'étude, patients, critères de jugement	Interventions	Résultats et commentaires
Cancer colorectal Ravasco <i>et al.</i> 2005 (37)	Étude contrôlée randomisée prospective. 111 patients stratifiés selon le grade du cancer (âge moyen 58 ± 15 ans) traités en préopératoire par chimiothérapie et radiothérapie. Critères de jugement : état nutritionnel, besoins énergétiques, qualité de vie (instruments validés en cancérologie, évaluation des apports alimentaires (questionnaire).	G ₁ : Conseils diététiques individualisés fondés sur les principes d'une alimentation régulière (n = 37). G ₂ : Suppléments oraux protéiques 2 fois par jour en plus de leur régime habituel (n = 37). G ₃ : Régime habituel (groupe contrôle n = 37).	Amélioration avec le conseil diététique individualisé au long court des apports protéiques pour G ₁ et G ₂ (G ₂ plus que G ₁ : p = 0,07) et des apports énergétiques pour G ₁ et G ₂ (G ₁ plus que G ₂ : p = 0,001, non significatif) en comparaison avec le groupe prescription de compléments nutritionnels seuls et le groupe-contrôle. À 3 mois, maintien des apports énergétiques pour G ₁ Amélioration du statut nutritionnel évalué par le SGA et IMC : Nombre de patients identifiés comme dénutris à la fin de l'intervention et à 3 mois significativement plus élevé dans G ₂ et G ₃ , comparé à G ₁ (p < 0,001). À 3 mois, reprise de 4 kg chez 9 des 15 patients dénutris au départ (G ₁).

Tableau 3. Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : recommandations professionnelles et rapport d'experts.

Pathologies	Auteur, date, type de document	Objectifs des recommandations professionnelles ou rapport d'experts	Contenu relatif aux conseils et à la prise en charge diététiques
Maladies cardiovasculaires et dyslipidémies	Plan national des risques cardiovasculaires 2002-2005, lancé par Direction générale de la Santé, ministère de la Santé et des Solidarités. Consensus d'experts (38).	Affiner le suivi épidémiologique des facteurs de risque et des pathologies cardiovasculaires. Promouvoir la prévention cardiovasculaire en agissant sur les facteurs de risque. Encourager les patients à être acteurs de leur santé Apprendre à porter secours. Améliorer l'organisation des soins et la prise en charge des accidents cardiovasculaires cérébraux. Inciter au respect des bonnes pratiques cliniques et thérapeutiques.	Conseils pour la réduction de la consommation de sel, la baisse de la pression artérielle et du cholestérol sanguin. il est recommandé de développer la consultation diététique dans les hôpitaux.
	Recommandations de bonnes pratiques de l'AFSSAPS 2005 : Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Analyse de la littérature et avis d'experts, groupe de travail et de lecture (39).	Préciser ce qui est utile, voire dangereux, de faire dans une situation clinique donnée.	Place de la diététique soit comme traitement à part entière (prévention primaire) soit associée au traitement médicamenteux (prévention secondaire).
	Recommandations pour la pratique clinique de la HAS 2005 : Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Analyse de la littérature, complétée par un consensus d'experts, avis d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture (40).	Préciser les modalités de prise en charge d'un patient atteint d'HTA essentielle.	La généralisation des mesures hygiéno-diététique participe à la réduction de l'appariation de l'HTA.

Tableau 3. (suite) Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : recommandations professionnelles et rapport d'experts.

Pathologies	Auteur, date, type de document	Objectifs des recommandations professionnelles ou rapport d'experts	Contenu relatif aux conseils et à la prise en charge diététiques
Diabète	Programme national nutrition santé 2001-2005, lancé par le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.	Améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition Il vise neuf objectifs prioritaires quantifiés et indissociables ainsi que divers objectifs spécifiques relatifs à des populations ou des problèmes particuliers.	Il est recommandé de développer la consultation diététique dans les hôpitaux.
	Consensus d'experts (12). Recommandations professionnelles de l'Anaes 2000 : Stratégie de prise en charge de patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications.	Être une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé.	La place du traitement et de l'éducation thérapeutique diététique dans le soin des patients diabétiques.
	Analyse de la littérature, complétée par un consensus d'experts, avis d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture (41).		
Diabète gestationnel	Rapport de synthèse de la HAS 2005 : Dépistage et diagnostic du diabète gestationnel. Recommandations professionnelles. Analyse de la littérature, complétée par un consensus d'experts, avis d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture (30).	Travail de synthèse sur les modalités de dépistage et diagnostic du diabète gestationnel.	La prise en charge diététique doit être associée à un contrôle glycémique et un traitement pour réduire la morbi-mortalité périnatale chez les femmes ayant un diabète gestationnel « modéré ».

Tableau 3. (suite) Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : recommandations professionnelles et rapport d'experts.

Pathologies	Auteur, date, type de document	Objectifs des recommandations professionnelles ou rapport d'experts	Contenu relatif aux conseils et à la prise en charge diététiques
Cancer	Recommandations professionnelles SOR de la FNCLCC. Analyse de la littérature, complétée par un consensus d'experts, avis d'un groupe de travail et de lecture.		
	1999, Bonnes pratiques diététiques en cancérologie : Dénutrition et évaluation nutritionnelle (42).	Définir des Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation nutritionnelle des patients atteints de cancer.	Le soin nutritionnel réalisé par un diététicien est reconnu pour diminuer la perte de poids et d'appétit, les troubles digestifs et prévenir la dénutrition avant et pendant les traitements du sujet cancéreux. La première consultation diététique doit être réalisée par un diététicien dès que possible près de l'annonce du diagnostic de cancer (cancer des voies aérodigestives supérieures).
	1999, Bonnes pratiques diététiques en cancérologie : Des patients atteints de cancer des voies aérodigestives supérieures (43).	Définir des Standards, Options et Recommandations pour la prise en charge diététique des patients atteints de cancer des voies aérodigestives supérieures.	
	2003, Bonnes pratiques diététiques en cancérologie : la consultation (44).	Définir des Standards, Options et Recommandations pour la consultation diététique des malades adultes atteints de cancer.	
	2005, Bonnes pratiques pour la prise en charge diététique en cancérologie : la nutrition entérale (45).	Proposer des règles pour la prise en charge du patient au cours de la nutrition entérale tant au point de vue organisation administrative et technique de soins que de suivi. Le document présente les spécificités de la nutrition entérale de l'adulte sauf mention spéciale (chapitre « La spécificité de la nutrition entérale pédiatrique »).	

Tableau 3. (suite) Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : recommandations professionnelles et rapport d'experts.

Pathologies	Auteur, date, type de document	Objectifs des recommandations professionnelles ou rapport d'experts	Contenu relatif aux conseils et à la prise en charge diététiques
Mucoviscidose	Recommandations professionnelles de l'Anaes 2002 : Prise en charge du patient atteint de mucoviscidose, observance, nutrition, gastro-entérologie et métabolisme. Conférence de consensus, analyse de la littérature, complétée par un consensus d'experts, avis d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture (46).	Établir des recommandations médicales et professionnelles pour la prise en charge de cette maladie génétique multi viscérale comportant une interaction étroite entre ses différentes composantes.	Le recours à un diététicien est reconnu indispensable pour évaluer l'adéquation des apports aux besoins et fournir des conseils pratiques pour lutter contre la dénutrition et l'amaigrissement. Cette prise en charge est un facteur important de l'allongement de la durée de vie de ces patients.
Obésité	Programme national nutrition santé 2001-2005, lancé par le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille Consensus d'experts (12).	Améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Il vise neuf objectifs prioritaires quantifiés et indissociables ainsi que divers objectifs spécifiques relatifs à des populations ou des problèmes particuliers.	Pour diminuer l'incidence de l'obésité, l'analyse qualitative et quantitative des apports alimentaires, les conseils, la surveillance, le suivi des prescriptions sont recommandés avec le développement de la consultation diététique dans les hôpitaux.
	Recommandations professionnelles de l'Anaes 2003 : Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Analyse de la littérature, complétée par un consensus d'experts, avis d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture (47).	Aider à la décision en fonction de ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé.	La prise en charge diététique, l'incitation à l'activité physique, et la réduction de l'inactivité sont nécessaires pour obtenir une modification des comportements de l'adolescent et de sa famille.
Prévention des fractures liées à l'ostéoporose	Rapport de la Direction générale de la Santé 2001 : Prévention des fractures liées à l'ostéoporose, nutrition de la personne âgée Avis d'un groupe de travail d'experts (48).	Définir les orientations visant à réduire le risque de l'ostéoporose et ses conséquences sur la population.	Ce rapport souligne l'importance de la prise en charge par un diététicien pour prévenir les fractures liées à l'ostéoporose.

Tableau 3. (suite) Intérêt des conseils diététiques intégrés dans la stratégie thérapeutique : recommandations professionnelles et rapport d'experts.

Pathologies	Auteur, date, type de document	Objectifs des recommandations professionnelles ou rapport d'experts	Contenu relatif aux conseils et à la prise en charge diététiques
Femmes enceintes	Recommandations professionnelles de la HAS 2005 : Comment mieux informer les femmes enceintes. Analyse de la littérature, complétée par un consensus d'experts, avis d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture (49).	Recommandations concernant l'information de toutes les femmes enceintes : femmes en bonne santé et dont la grossesse ne pose pas de problèmes de déroulement ; femmes qui dès le début de la grossesse ou au cours de son déroulement auront besoin de soins complémentaires.	Des conseils d'hygiène de vie et de nutrition, y compris une information sur les risques infectieux alimentaires, doivent être donnés précocement par le professionnel qui suit la grossesse. Le recours au diététicien est proposé en cas de troubles digestifs (constipation) et en cas de surpoids ou d'obésité en début de grossesse.
Insuffisance rénale chronique	Recommandations professionnelles de l'Anaes 2004 : Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Analyse de la littérature, complétée par un consensus d'experts, avis d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture (50).		Un suivi régulier en consultation diététique par un diététicien est recommandé pour les patients insuffisants chroniques rénaux.
Sportif de haut niveau	Recommandations nationales. Avis d'experts. Arrêté du 28 avril 2000.		Pour le suivi médical des sportifs de haut niveau, stipule la nécessité d'un entretien diététique au minimum deux fois par an.

3.2 Caractéristiques de la consultation diététique

La consultation diététique peut aller d'un simple conseil (information sur l'impact de la nutrition sur la maladie, renseignements sur la composition d'aliments) à une prise en charge longue et complexe (modifications du comportement alimentaire, prévention ou suivi des états de dénutrition) (44,51). Elle débute toujours par un diagnostic diététique, qui sera plus ou moins approfondi selon l'orientation de la consultation. Si le diététicien doit utiliser des techniques longues et complexes (exemple relevé de consommations sur quinze jours), la consultation pourra être exclusivement orientée vers l'élaboration d'un diagnostic diététique.

Lorsqu'il s'agit de pathologies avec un risque de dénutrition important, la consultation doit être précoce (44,46). Dans certaines pathologies, comme le diabète, les consultations diététiques sont recommandées dès le début du diagnostic du diabète de type 2 (19,41) (52-54). Un protocole médical peut contenir une partie de prévention nutritionnelle qui relève des compétences du diététicien, et qui sera réalisée en consultation diététique (44). La consultation diététique peut être réalisée au domicile des personnes, pour la personne âgée en particulier, permettant ainsi une adaptation directe des conseils au mode de vie.

Dès le début de la consultation, le diététicien repère les personnes en situation de précarité ou à risque social¹, et adapte ses soins et conseils.

Sous le terme de consultation diététique, peuvent être dissociées : une première consultation initiale, des consultations de suivi et une consultation finale pour une évaluation globale du soin diététique. La définition et les objectifs de chaque type de consultation diététique sont présentés dans le *tableau 4*.

7.2.1. Consultation initiale

La consultation initiale caractérise le premier entretien entre une personne soignée (avec ou non l'entourage) et le diététicien.

Une consultation peut contenir plusieurs objectifs. Les objectifs sont soit préventifs, thérapeutiques, éducatifs, comme l'indiquent les « Bonnes pratiques pour la consultation diététique en cancérologie », recommandations datant de 2000 (44), mais aussi un objectif de diagnostic (55). Ces objectifs sont rarement utilisés de manière isolée, ils sont le plus souvent utilisés en complémentarité (44). La définition de leurs contenus permet d'orienter la prescription médicale, et de guider les diététiciens dans leur pratique.

- Objectif de diagnostic

La consultation orientée vers un objectif de diagnostic permet la réalisation d'un bilan diététique (46). Elle porte sur l'analyse des composantes psychoaffectives, sociales et personnelles, une analyse des composantes cliniques, l'évaluation des

¹ La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités. Le risque social est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins, à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale) (glossaire multilingue de santé publique www.bdsp.tm.fr).

consommations alimentaires, des habitudes et conditions de vie, les motivations et les attentes de la personne, ayant une pathologie (aiguë ou chronique) ou un état de santé avec une forte incidence nutritionnelle (56). Cette orientation de diagnostic permet d'établir en détail un diagnostic diététique (44,57,58) et une stratégie nutritionnelle : choix des objectifs de soin nutritionnel et diététique, recours à des techniques d'assistance nutritionnelle (46), négociation d'actions de modification du comportement alimentaire.

Cet objectif est toujours existant lors du premier contact entre la personne soignée et le diététicien, pour être atteint, il peut nécessiter plusieurs séances. L'enquête menée auprès des diététiciens montre l'existence de ce type de consultation dans des pathologies comme le diabète, le cancer, la mucoviscidose (*annexe 2*).

- **Objectif thérapeutique**

Le but d'une consultation orientée vers un objectif thérapeutique est de rétablir ou de maintenir un état nutritionnel satisfaisant, perturbé par une pathologie (chronique ou aiguë) ou un traitement (par exemple : corticothérapie et chimiothérapie, greffe médullaire, intervention chirurgicale) (44,58), et d'éviter tout état clinique susceptible d'interrompre un traitement (44). La prise en charge intervient après un diagnostic diététique, et concerne aussi bien une réponse en termes d'alimentation orale que d'alimentation entérale (23,44,46). Cet objectif concerne des personnes hospitalisées, à domicile, ou en hospitalisation à domicile, ou bien suivies dans le cadre d'un réseau de santé (44,59).

- **Objectif éducatif**

Le but d'une consultation orientée vers un objectif éducatif est d'apporter une aide et un accompagnement pédagogique pour modifier des comportements alimentaires (55) dans le cadre principalement de maladies chroniques comme : le diabète (41,60,61), l'obésité (62,63), les maladies cardiovasculaires (38), le cancer (44), mais aussi des pathologies aiguës.

Lors de l'entretien diététique, le diététicien recherche d'une façon pertinente auprès de la personne soignée : la motivation, les attentes, les compétences et les connaissances acquises, les représentations alimentaires, les difficultés, les potentialités et les capacités d'apprentissage, ainsi que la recherche des stades psychologiques d'acceptation de la maladie (64). Ces données sont indispensables pour créer des conditions favorables à l'adhésion aux mesures diététiques, et pour permettre une négociation des objectifs de soins nutritionnel et diététique. Le choix des actions est réalisé conjointement par la personne soignée et le diététicien (41) (53,64,65).

Plusieurs auteurs ont décrit des objectifs d'éducation nutritionnelle thérapeutique pour le diabète de type 2 (53). Ils concernent la connaissance des aliments contenant des glucides, des matières grasses ; la place de ces aliments dans le traitement diététique et la vie quotidienne, incluant des situations particulières (restaurant, voyage, etc.) ; la reproduction de situations de vie où l'alimentation est en jeu, par exemple « sortie champignons » associant activité physique et diététique avec pique-nique apporté par chaque patient et commenté par le groupe, buffet, courses dans un supermarché avec déjeuner en cafétéria. Un autre exemple pour les patients atteints de mucoviscidose, où les objectifs d'éducation thérapeutique nutritionnelle sont de comprendre le lien

entre perte d'appétit et amaigrissement, analyser les raisons, repérer les anomalies de transit, les situations justifiant un supplément en eau et en sel, réagir face à ces situations et résoudre le problème en composant un repas hypercalorique ou utiliser des compléments nutritionnels oraux, maîtriser les techniques culinaires de base et l'utilisation de l'alimentation entérale, adapter son alimentation dans un contexte spécifique de vie, gérer ses réserves alimentaires et organiser ses courses.

Les actions d'éducation thérapeutique peuvent être liées à des traitements curatifs ou préventifs (51). Ces actions dépendent des objectifs thérapeutiques et de soin diététique fixés lors du diagnostic diététique, elles entrent dans une démarche pluriprofessionnelle. Les effets secondaires des traitements et la consommation de médicaments concernant ces effets sont réduits par le conseil diététique (37).

Lorsqu'un soin vise un objectif éducatif, un suivi doit être organisé pour assurer : le soutien des personnes, le prolongement des actions mises en jeu et l'acquisition de compétences nécessaires à la personne soignée pour prendre en charge son problème de santé (44,64,66). L'évaluation immédiate et l'évaluation à distance sont indispensables (55).

Une consultation, dont l'objectif majeur est l'éducation thérapeutique, nécessite des compétences spécifiques (65-67). L'expérience de mise en œuvre de programme d'éducation thérapeutique par plusieurs auteurs indique la nécessité d'un investissement en temps plus important (53,68-70). Cette consultation est basée sur une écoute, une reformulation, des explications, des ateliers pédagogiques, une évaluation de connaissances et de comportements (27,55,64).

- **Objectif préventif**

La consultation orientée vers un objectif préventif permet une prise en charge précoce pour une prévention primaire chez des personnes à risque de maladie chronique, par exemple : maladies cardiovasculaires, diabète, obésité (27,33,34,38,51,71), ou pour les personnes ayant besoin de connaissances sur l'alimentation et la santé à tous les âges de la vie (femme enceinte, début de grossesse, personnes âgées, sportifs, etc.). Cet objectif a pour but d'expliquer le lien entre santé et état nutritionnel sans culpabilisation, et d'aider les personnes à prendre conscience de l'utilité de modifier leurs comportements alimentaires (57,68).

7.2.2. Consultations de suivi

Les consultations de suivi (55) permettent d'assurer un suivi nutritionnel et/ou un soutien des actions de changement de comportement (53,54,72). Elles font suite à une première consultation et permettent :

- d'évaluer :
 - les résultats ;
 - l'adhésion ;
 - les difficultés rencontrées ;
 - l'adéquation entre les objectifs nutritionnels, diététiques et/ou éducatifs prévus et les résultats obtenus ;
- de réaliser le bilan :
 - des acquis (compétences, connaissances, attitudes) (64) ;

- des moyens mis en oeuvre par la personne pour modifier un comportement alimentaire ;
- de l'évolution du comportement de la personne ;
- du niveau d'application des conseils ou des recommandations, en fonction des objectifs diététiques et nutritionnels fixés lors de la consultation précédente ;
- o de réajuster :
 - les actions, les conduites de soins (41,64,73) ;
 - les objectifs de soins (éducatif, thérapeutique, préventif) pour maintenir et améliorer la maîtrise de compétences ;
- o d'apporter de nouvelles connaissances (55,64) ;
- o de réaliser un renforcement positif des comportements acquis (72,74) et de la capacité de la personne à réussir (64,65,75).

L'évaluation de la compréhension des éléments fournis pendant une consultation peut s'apprécier tout au long de l'entretien. Mais cette évaluation est insuffisante pour assurer la progression de la personne soignée dans le changement d'un comportement alimentaire (55,72,74,76).

Les consultations de suivi permettent de soutenir et de suivre une personne :

- sur une fréquence donnée, par exemple un suivi annuel dans le cadre d'un diabète (19,41), pour la mucoviscidose (46), ou pour l'insuffisance rénale chronique (50) ;
- pour suivre des personnes ayant un traitement au long cours (44,46,77) ;
- pour envisager une consolidation des nouveaux comportements, par exemple chez une personne présentant des troubles du comportement alimentaire (77-80) ;
- mais aussi pour certains auteurs, pour évaluer des changements de comportement alimentaire si la personne le souhaite (72,75).

Les objectifs de soin sont les mêmes que pour une première consultation :

- **L'objectif thérapeutique** en consultation de suivi est basé principalement sur une amélioration des signes cliniques (troubles digestifs, évolution pondérale, etc.) et/ou des résultats des examens biologiques et anthropométriques, de l'évolution psychologique (75,81). Le diététicien réévalue qualitativement et quantitativement les consommations alimentaires, et réajuste les objectifs et les actions (44,55,82).
- **L'objectif éducatif** en consultation de suivi est principalement de rechercher l'adhésion aux conseils (compréhension, réalisation, etc.) (83), les difficultés rencontrées, l'acquisition de compétences (connaissances, savoir-faire, attitudes) (64,84). Les actions sont choisies en fonction du niveau d'avancement de la personne : nouveaux supports éducatifs ou réexplication (64,85).
- **L'objectif préventif** : le groupe de travail s'accorde pour faire ressortir l'importance du suivi de l'accompagnement d'une personne dans un changement de comportement pour le renforcer et le consolider.

Le suivi est dépendant : de la pathologie, de l'âge de la personne, de son lieu de résidence, de la forme aiguë ou chronique de la maladie (19,44,53,55,84). Il est organisé, en général, en concertation avec le médecin prescripteur et la personne soignée (44). La fréquence des consultations doit faire partie du contrat (parfois écrit pour certaines

pathologies) et de la démarche de soin. À l'issue de ce contrat, un bilan est réalisé par le diététicien et la personne soignée. Un compte rendu écrit est communiqué au médecin référent.

Parfois, des éléments de suivi, des renforcements positifs, des conseils complémentaires, un soutien, des avis sont échangés soit par téléphone soit par courriel.

7.2.3. Consultation finale

La consultation finale permet de faire le bilan d'un ensemble de consultations. Le diététicien réalise un bilan qui sert de repère aux personnes soignées et au médecin pour éventuellement un suivi complémentaire.

Dans le cadre de l'évolution de la démographie médicale, le professeur Yvon BERLAND préconise une expérimentation pour la consultation diététique des diabétiques de type 2 (18), avec délégation de la prescription médicale pour tout acte non médicamenteux. L'arrêté du 13 décembre 2004 autorise les professionnels paramédicaux à réaliser ce type d'expérimentation. Pour la profession de diététicien, une expérimentation menée par le professeur Michel KREMPF se déroule dans le cadre du diabète de type 2. Ces expérimentations sont encadrées par des protocoles et une formation pour accéder à ce niveau d'expertise.

La nutrition relève d'une prescription et d'un suivi médical. Dans la littérature canadienne et suisse, une extension des compétences du diététicien est envisagée avec une délégation d'actes : la réalisation d'évaluations de l'état nutritionnel, la surveillance de certains paramètres biologiques, la prescription (modes alimentaires, compléments nutritionnels), l'élaboration de stratégies nutritionnelles préventives et thérapeutiques (56,58,86-88). En France, un auteur (89) souligne l'émergence de structures transversales, et l'importance de la formation des diététiciens au dépistage et suivi de la dénutrition.

Tableau 4. Définition et objectifs spécifiques de la consultation diététique.

Consultation initiale		
Définition	Objectifs spécifiques	Particularités
<p>Objectif de diagnostic Concerne une personne atteinte d'une pathologie (chronique ou aiguë) ou relevant d'un état de santé à forte incidence nutritionnelle Phase toujours existante lors d'un premier contact entre la personne soignée et le diététicien. Elle peut constituer une consultation à elle seule</p>	<p>Recueillir des informations pertinentes sur la personne soignée (voir recueil de données décrit dans la démarche de soins). Établir un diagnostic diététique qui permettra de déterminer une stratégie nutritionnelle. Choisir des objectifs de soin nutritionnel et diététique. Si besoin, avoir recours à des techniques d'assistance nutritionnelle. Négocier des actions de modification du comportement.</p>	<p>Elle consiste en une : ○ Analyse des composantes cliniques établies par le médecin ; ○ Analyse des composants psychoaffectifs, sociaux et personnels, cliniques et médicaux ; ○ Évaluation des motivations et des attentes de la personne ; ○ Évaluation des habitudes de vie, y compris l'activité physique ; ○ Évaluation des consommations alimentaires.</p>
<p>Objectif thérapeutique Concerne des personnes hospitalisées, à domicile, en hospitalisation à domicile ou suivies dans le cadre d'un réseau de santé. Permet de rétablir ou de maintenir un état nutritionnel satisfaisant, perturbé par une pathologie, un traitement, lors d'un état physiologique particulier, et de contribuer à limiter les facteurs de risque.</p>	<p>Évaluer plus finement, si nécessaire, les consommations alimentaires. Donner une réponse sécuritaire en corrigeant les paramètres biologiques et physiques à caractère vital pour le patient. Expliquer le lien entre pathologie et nutrition. Proposer des solutions pour apporter les corrections souhaitées. Évaluer la compréhension de la personne soignée.</p>	<p>La prise en charge intervient après un diagnostic diététique, et concerne aussi bien une réponse en termes d'alimentation orale que d'alimentation entérale.</p>
<p>Objectif éducatif Concerne des personnes ayant besoin d'aide et d'accompagnement pédagogique pour modifier des comportements de vie. Met en œuvre des compétences spécifiques, et utilise des techniques de communication et des méthodes pédagogiques.</p>	<p>Expliquer le lien entre pathologie et nutrition. Rechercher d'une façon pertinente : attentes, compétences, connaissances acquises, représentations alimentaires, difficultés, potentialités d'apprentissage, stades psychologiques d'acceptation de la maladie de la personne soignée. Rechercher et mesurer l'adhésion de la personne soignée.</p>	<p>La prise en charge intervient après un diagnostic diététique. Les actions d'éducation thérapeutique peuvent être liées à des traitements curatifs ou préventifs, et mettent en jeu des techniques éducatives spécifiques.</p>

Tableau 4. (suite) Définition et objectifs spécifiques de la consultation diététique.

Consultation initiale		
Définition	Objectifs spécifiques	Particularités
L'éducation thérapeutique nutritionnelle est très souvent réalisée dans le cadre d'une démarche pluriprofessionnelle.	<p>Permettre à la personne soignée d'analyser ses habitudes de vie.</p> <p>Négocier avec la personne soignée des actions de correction.</p> <p>Mettre en œuvre des actions pédagogiques permettant d'aider la personne soignée à acquérir des compétences et de prendre en charge son problème nutritionnel.</p> <p>Évaluer la compréhension de la personne soignée.</p>	
<p>Objectif préventif Concerne une prise en charge précoce pour une prévention primaire, secondaire ou tertiaire, pour des personnes à risque de maladie chronique ou pour les personnes ayant besoin de connaissances sur l'alimentation et la santé à tous les âges et situations de la vie.</p>	<p>Expliquer, sans culpabilisation, le lien entre santé et état nutritionnel.</p> <p>Aider les personnes à prendre conscience de l'utilité de modifier leurs comportements alimentaires.</p> <p>Informé sur les règles de l'alimentation-santé.</p> <p>Proposer des actions de changement.</p> <p>Évaluer la compréhension de la personne soignée.</p>	<p>La prise en charge intervient après un diagnostic diététique, en dehors des pathologies, le diététicien mène seul des actions de prévention.</p> <p>Les actions de prévention sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apport de connaissances sur les consommations alimentaires et la santé ; - Apport de connaissances sur le lien entre maladies (ou état de santé) et nutrition ; - Aide et accompagnement pour amener la personne à prendre conscience de ses propres facteurs de risque, de ses habitudes de vie et de la possibilité de les modifier.

Tableau 4. (suite) Définition et objectifs spécifiques de la consultation diététique.

Consultation(s) de suivi		
Définition	Objectifs spécifiques	Particularités
<p>Fait (font) suite à une première consultation (ou hospitalisation) Permet(tent) d'assurer un suivi nutritionnel et/ou un soutien des actions de changement de comportement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sur une fréquence donnée ; ○ Pour évaluer des changements de comportement alimentaire si la personne le souhaite ; ○ Pour maintenir un état nutritionnel satisfaisant chez les personnes ayant un traitement au long cours ; ○ Pour envisager une consolidation des nouveaux comportements. <p>Fait (font) suite à une consultation initiale et se décline également en objectif préventif, éducatif, et/ou thérapeutique.</p>	<p>Évaluer les résultats, l'adhésion, les difficultés rencontrées, les moyens mis en oeuvre par la personne pour modifier un comportement alimentaire, l'adéquation entre les objectifs de soin et les résultats obtenus, l'amélioration des signes cliniques et/ou des résultats d'examen biologiques et anthropométriques.</p> <p>Réaliser le bilan des acquis (compétences, connaissances, attitudes), des moyens mis en oeuvre par la personne pour modifier un comportement alimentaire, de l'évolution du comportement de la personne, du niveau d'application des conseils ou des recommandations, en fonction des objectifs diététiques et nutritionnels fixés lors de la consultation précédente.</p> <p>Renforcer positivement les comportements acquis et les capacités de la personne à réussir.</p> <p>Aider à l'amélioration de la maîtrise des compétences.</p> <p>Apporter de nouvelles connaissances.</p> <p>Rechercher et faciliter l'adhésion aux différentes composantes du traitement et en particulier aux changements de comportement alimentaire.</p> <p>Réajuster les actions et les conduites de soins, les objectifs de soins (éducatif, thérapeutique, préventif) pour maintenir et améliorer la maîtrise de compétences,</p> <p>Assurer le soutien des personnes et le prolongement des actions mises en jeu.</p>	<p>Les modalités de suivi prennent en compte : la pathologie (aiguë ou chronique), l'âge de la personne, le lieu de résidence.</p> <p>Sont organisées, en général, en concertation avec le médecin prescripteur et la personne soignée.</p> <p>La fréquence des consultations doit faire partie du contrat de la démarche de soin ; chaque consultation doit comporter un retour vers le médecin référent.</p> <p>Les objectifs de soins sont progressifs et choisis en fonction du niveau de prise en compte par la personne soignée, des orientations proposées : nouveaux supports éducatifs ou réexplications.</p> <p>Les consultations de suivi ont aussi pour but final de trouver la formule adaptée à chaque patient après avoir testé différents régimes.</p> <p>Parfois, des éléments de suivi, des renforcements positifs de comportements, des avis peuvent être transmis par téléphone ou courriel, à la personne soignée.</p> <p>L'évaluation peut conduire à proposer des consultations supplémentaires.</p>

Tableau 4. (suite) Définition et objectifs spécifiques de la consultation diététique.

Consultation(s) de suivi		
Définition	Objectifs spécifiques	Particularités
	<p>Particularités pour :</p> <p>Un objectif thérapeutique : Si nécessaire, réévaluer qualitativement et quantitativement les consommations alimentaires. Accompagner la personne soignée dans le maintien d'un état nutritionnel satisfaisant.</p> <p>Un objectif éducatif : Évaluer l'acquisition de compétences, connaissances et représentations. Évaluer l'amélioration des critères biologiques, cliniques, l'évolution des comportements.</p> <p>Un objectif préventif : Suivre et renforcer les actions de changement.</p>	
Consultation finale		
Définition	Objectifs spécifiques	Particularités
Termine une série de consultations planifiées, par un bilan complet répondant à la demande initiale et aux particularités de la personne soignée.	<p>Évaluer les difficultés rencontrées, les moyens mis en œuvre par la personne pour modifier un comportement alimentaire, les attentes de la personne soignée et du prescripteur.</p> <p>Comparer cette évaluation aux résultats obtenus au niveau des signes cliniques et/ou des résultats d'examens biologiques et anthropométriques, à la fin de la période concernée.</p>	Ce bilan sert de base de discussion avec le médecin prescripteur et avec la personne soignée.

4 Conduite de la consultation diététique

4.1 Démarche de soin diététique

La démarche de soin diététique s'inscrit dans le soin nutritionnel (24,25). Elle garantit des apports nutritionnels quantitativement et qualitativement conformes à l'état physiologique des personnes, tout en tenant compte de leurs préférences, de leurs habitudes culturelles et religieuses, de leurs capacités (76), et en maintenant le plaisir de s'alimenter (90). Elle apporte un cadre à la consultation diététique, et comporte des spécificités en termes d'outils, de stratégie, d'évaluation suivant les orientations de la consultation (51,55,66,76,91,92).

La démarche de soin diététique est centrée sur la santé : elle est un processus évolutif qui prend en compte la personne soignée dans sa globalité, et lui donne une position centrale. La personne soignée est au centre du processus de soin diététique, le soin diététique commence lors de l'identification d'un problème de santé ou d'une demande de conseils en prévention primaire.

Les étapes de cette démarche sont : le recueil de données, le diagnostic diététique, la planification et la réalisation des actions, l'évaluation (81,85,92,93).

4.1.1 Recueil de données générales et spécifiques

Les sources de données sont (44,93) : les informations contenues dans le dossier du patient, l'entretien avec la personne soignée et/ou son entourage et l'entretien avec les professionnels de santé (de ville ou hospitaliers, aides-soignants, assistantes sociales, diététiciens, ergothérapeutes, infirmières, kinésithérapeutes, médecins, psychologues, etc.). Ces données sont recueillies parmi les données générales utiles à tous les professionnels de santé, et parmi les données spécifiques à l'élaboration d'une stratégie de soin diététique. Elles sont choisies par le diététicien en fonction des pathologies, des situations de vie et/ou des objectifs de la consultation.

- Données générales (81)

. *Données administratives* : numéro de dossier, nom, prénom, coordonnées téléphoniques, postales ou électroniques, date de naissance, situation de famille.

. *Données socioprofessionnelles* : situation sociale (activités, catégorie professionnelle, etc.), nationalité, langue parlée, écrite (55,64).

. *Données cliniques* : motif de consultation, diagnostic médical, antécédents médicaux, chirurgicaux et nutritionnels, examens biologiques, traitements, douleur engendrée par la pathologie et/ou par les effets secondaires des traitements mis en place (44).

. *Données sur les activités de la vie quotidienne et de la qualité de vie* à partir d'échelles d'évaluation utilisées suivant les différentes pathologies ou état de santé (42,55,83,94). Elles permettent d'identifier une nécessité de coordination des différents acteurs (55).

- Données spécifiques à l'élaboration d'une stratégie de soin diététique

(44,55,81,95)

. *Données cliniques* : (27,33,34,42,51,96) :

- précisions sur les antécédents nutritionnels en lien avec le motif de consultation ;
- données biologiques spécifiques interprétées par un médecin, et permettant un suivi nutritionnel : marqueurs nutritionnels (62) ;
- mesures anthropométriques : poids, taille, plis cutanés, circonférence brachiale (62) ;
- histoire du poids : le poids de naissance, le poids maximum et minimum dans l'histoire de vie, le poids de forme, les épisodes et la cinétique de prise ou de perte de poids (grossesse, ménopause, décès, événements familiaux ou sociaux, dépression, perte d'autonomie, maladie, etc.) (62) ;
- mesure de la composition corporelle et de la dépense énergétique (62) ;
- existence de troubles de la mastication ou de la déglutition ;
- existence de troubles digestifs ;
- dépistage de la malnutrition (62) ;
- existence de troubles du comportement alimentaire (62,80,97).

. *Données sur les conditions de vie* (55,83) :

- mode de vie, composition de la famille ;
- mode alimentaire religieux ou culturel ;
- appréciation des moyens financiers : où, quand, comment les achats alimentaires sont réalisés (98) ;
- appréciation des habitudes pour la préparation et la consommation des aliments (équipement, préparation des aliments, nombre de repas, lieu de prise des repas, les conditions (seul(e) ou en compagnie), durée et horaire des repas, consommation entre les repas, etc.) (74) ;
- ressentis lors de la prise alimentaire : plaisir ou contrainte, sentiment de faim et de satiété, préférences alimentaires (74) ;
- niveau d'autonomie psychologique en collaboration avec un psychologue ou un psychiatre (75,99) ;
- présence d'un handicap pouvant avoir des répercussions ou des conséquences pour faire des achats alimentaires, préparer les repas, s'alimenter ;
- appréciation de l'activité physique ou sportive avec des échelles validées ou des guides d'entretien ; elle permet à titre préventif de donner des indications sur les dépenses énergétiques liées au niveau d'activités de la personne (15,62,100) ;
- appréciation de la consommation de tabac : tentatives de sevrage, existence de compensation alimentaire, de crainte de prendre du poids ou de prise réelle de poids.

. *Données sur la connaissance de la personne soignée* :

- appréciation des croyances alimentaires de la personne soignée (54,62,101) ;
- appréciation des motivations (102,103) ;
- appréciation des attentes en lien avec le problème nutritionnel.

. *Évaluation des acquis (connaissances et compétences) des personnes* : l'évaluation est indispensable au moment du diagnostic, car les personnes ont toujours des acquis en matière d'alimentation, puis pendant les consultations de suivi pour mesurer l'évolution des comportements au regard des modifications négociées et souhaitées (53,64,77).

. *Évaluation des consommations alimentaires* quantitativement et qualitativement (74,82,104).

4.1.2 Diagnostic diététique

L'ADLF définit le diagnostic diététique comme une analyse fine des données rassemblées dans le cadre d'une démarche de soin diététique (25). Le diagnostic diététique permet une synthèse qui tient compte des objectifs médicaux et du recueil de données défini ci-dessus. Il met en œuvre des compétences spécifiques regroupant : des connaissances professionnelles, des observations (verbales et non verbales) relevées pendant l'entretien diététique, des recoupements entre ces informations (44,92,93).

Il fait appel à un raisonnement clinique qui consiste à enchaîner les éléments pour aboutir à un diagnostic diététique (55,58,92,93). Il est formalisé, et est le point de départ de négociations d'objectifs de soin nutritionnel et diététique. Ces objectifs permettent de déterminer des actions à mettre en œuvre pour résoudre un problème nutritionnel (86,92).

4.1.3 Objectifs diététiques

Le diagnostic amène à la formalisation d'objectifs diététiques ou nutritionnels. La frontière entre ces types d'objectifs est floue, les objectifs diététiques sont au service des objectifs nutritionnels.

Les objectifs diététiques sont en lien avec les connaissances et l'apprentissage des règles de l'alimentation-santé, l'art de vivre, le plaisir de manger. Des auteurs les définissent ainsi (65) :

- la transmission de connaissances sur la composition (macro et micronutriments) des aliments ;
- la place des aliments dans le traitement diététique et dans la vie quotidienne, incluant des situations particulières (restaurant, voyage, etc.) ;
- la reproduction de situation de vie où l'alimentation est en jeu ;
- la compréhension du lien entre état de santé et comportement alimentaire ;
- la résolution de problèmes pour la réalisation de repas, la préparation d'aliments, les achats, etc. ;
- la gestion des réserves alimentaires ;
- l'utilisation de l'alimentation entérale ;
- etc.

Les objectifs diététiques s'intègrent dans les objectifs nutritionnels. Ils dépendent des différentes pathologies ou états de santé, et sont élaborés par le diététicien. Ils sont observables, mesurables, pertinents et réalistes (64), pour permettre leur réalisation et leur transfert dans la vie quotidienne. Ils apportent en priorité une réponse à la sécurité de la personne soignée, c'est-à-dire un conseil dans le but de corriger les paramètres, biologiques et/ou anthropométriques, à caractère vital pour

la personne soignée, par exemple : l'apport en protéines pour les personnes soignées ayant une insuffisance rénale chronique (50) ou pour un auteur l'apport en sodium pour les personnes soignées ayant une insuffisance cardiaque (105).

Ces objectifs amènent à une négociation des choix d'actions avec la personne soignée, sous forme de contrat entre la personne soignée et le diététicien (41,51,64,65,78).

L'étude menée auprès des médecins généralistes montre que la définition des objectifs de soin diététique par le diététicien est attendue par la moitié (16/30) des médecins interrogés (*annexe 1*).

Les objectifs nutritionnels sont en lien avec :

- les apports nutritionnels souhaités pour un individu et une pathologie donnée (apports en macro ou micronutriments) ;
- la dépense énergétique (activité physique), le handicap (aide pour la prise de repas, problème de déglutition, livraison à domicile de repas, aides à domicile, difficulté ou impossibilité de s'alimenter par voie orale) ;
- le comportement déviant (le relais est pris par un psychologue) (78) ;
- la nécessité de mettre en place un relais pour renforcer ou suppléer les activités de la vie quotidienne (par exemple par des professionnels de santé ou l'entourage du patient).

Les objectifs nutritionnels entrent dans le cadre de la prise en charge globale nutritionnelle et pluriprofessionnelle.

Le diététicien peut être amené à déterminer de tels objectifs. Il devra alors contacter le prescripteur ou le médecin référent pour en discuter, puis contacter les professionnels concernés ou l'entourage du patient pour planifier les actions qui en découlent.

D'une façon générale, ces objectifs sont discutés avec le médecin, négociés et partagés entre le diététicien, la personne soignée et, si besoin, d'autres professionnels de santé.

Le diététicien :

- veille au choix réaliste des objectifs permettant de déterminer des actions (recommandations SOR de la Fédération des centres de lutte contre le cancer) (44). Ce choix doit être au maximum de trois objectifs pragmatiques et opérationnels ;
- formalise ces actions qui seront réalisées par la personne soignée (par exemple : un laitage par repas, 3 fruits maximum par jour) ;
- aide celle-ci à mettre en œuvre ces actions, avec, si besoin, d'autres professionnels de santé ou son entourage (recommandations de l'ADLF) (25).

4.1.4 Planification des soins et la réalisation des actions propres aux diététiciens

- Planification des soins

Les actions répondant aux objectifs de soin nutritionnel sont coordonnées et planifiées pendant la consultation diététique par le diététicien.

Ces actions, en accord avec le patient et le médecin référent, sont par exemple :

- la livraison de repas à domicile ;
- l'organisation de l'aide pendant les repas ou des achats alimentaires, (aides-soignants, aides ménagère, auxiliaires de vie, entourage de la famille) ;
- le contact avec un prestataire de service pour l'alimentation entérale ou les compléments nutritionnels ;
- la prévention des risques par une surveillance infirmière lors de l'alimentation (exemple : fausse route) ;
- le contact avec un orthophoniste pour des problèmes de déglutition ;
- le contact avec un ergothérapeute pour l'adaptation du mobilier ou des couverts et les conseils d'installation pour les repas ;
- le contact avec un psychologue pour des problèmes de comportement.

- Différentes actions réalisées par un diététicien

Les actions du diététicien ne se limitent pas à une distribution de documents ou de « régimes standard » qui ne permettent pas de modifier un comportement alimentaire. Les actions du diététicien varient suivant les types de consultation (*annexe 3*).

Le diététicien choisit parmi la liste ci-dessous la (ou les) action(s) qui lui semble(nt) la (ou les) plus adaptée(s) :

- **L'évaluation fine des consommations alimentaires et des habitudes de vie** : le diététicien est le professionnel de santé le plus habilité, et est entraîné à l'évaluation des consommations alimentaires qualitativement et quantitativement (55,82,95,106). La moitié (15/30) des médecins généralistes interrogés attend des diététiciens une évaluation et une répartition chiffrées des consommations alimentaires (*annexe 1*).
- **La négociation, avec la personne soignée, d'objectifs et d'actions** : en regard du diagnostic diététique, le diététicien amène le patient à prendre conscience des actions possibles pour améliorer son état de santé (62,74,78), à choisir et à prioriser des actions réalisables dans son contexte de vie (41,55,65,67). Les trois quarts (23/30) des médecins généralistes interrogés souhaitent connaître les actions de modification du comportement négociées avec le patient (*annexe 1*).
- **Les outils et méthodes d'éducation thérapeutique adaptés** pour induire des modifications du comportement alimentaire bénéfiques pour la santé (74,78). Les outils utilisés ou les situations d'apprentissage sont adaptés à chaque personne soignée (55,60,61,64). La majorité (26/30) des médecins généralistes interrogés attend des diététiciens une aide à la modification des comportements alimentaires de leur patient (*annexe 1*).
- **L'adaptation des consommations alimentaires** à des paramètres nutritionnels en lien avec un traitement ou une pathologie (par exemple insuffisance rénale, maladies métaboliques, etc.). Cette intervention s'accompagne en général d'une évaluation chiffrée et d'une analyse de consommations pour parvenir aux paramètres souhaités (41,44,51). La moitié (15/30) des médecins généralistes interrogés attend des diététiciens l'élaboration d'un « régime » en fonction de paramètres déterminés (*annexe 1*).
- **L'explication de conseils personnalisés**, adaptés aux habitudes de vie de la personne (41,55) et l'élaboration, par le diététicien, de conseils personnalisés (69)(72).

- **L'aide et l'accompagnement à l'élaboration d'une stratégie** (type résolution de problèmes ou analyse de situations) pour résoudre une situation quotidienne (78).
- **L'information donnée à la personne soignée**, le diététicien permet de faire le lien entre pathologie et comportement alimentaire, de connaître les facteurs de risque (38), de donner des connaissances sur la composition, la préparation et la conservation des aliments (55,64), d'expliquer le bénéfice du conseil nutritionnel (62,74).
- **Le conseil au médecin et au patient** de compléments nutritionnels oraux et/ou de produits d'alimentation entérale, vitamines, minéraux. Dans certaines pathologies, le remboursement de ces produits est lié à une prescription médicale.
- **L'évaluation globale** des difficultés et des moyens mis en oeuvre pour modifier un comportement alimentaire, comparée aux résultats obtenus (signes cliniques, résultats d'examens biologiques et anthropométriques) à la fin d'une période (64).

Pour être efficaces, les conseils nutritionnels doivent être donnés sur le mode de la promotion de comportements favorables à la santé, compatibles avec le plaisir et la convivialité (47,78). Un auteur précise qu'il ne doit pas être donné sur le mode de l'interdit (75).

Des outils sont utilisés pour accompagner ces différentes actions, ils peuvent être transversaux ou spécifiques.

4.1.5 Évaluation de l'efficacité des actions

L'évaluation de l'efficacité des actions se pratique à plusieurs niveaux :

- **Tout au long de la consultation**, par l'évaluation de la compréhension des consignes, en utilisant l'écoute active et la reformulation. Elle permet :
 - de vérifier, au cours de la consultation, la compréhension des conseils et des informations transmises (64) ;
 - de clarifier ou de corriger les incompréhensions ou questionnements (64,67,77).
- **À distance et en début de chaque consultation de suivi**, par une évaluation des résultats des conseils donnés pendant la consultation. Cette évaluation permet de mesurer l'impact de la stratégie diététique, et la pertinence des objectifs et actions déterminés après négociation avec le patient. Elle est à adapter aux pathologies et aux caractéristiques de la personne soignée. Selon les recommandations SOR de la FNCLCC et le manuel de nutrition clinique de l'Ordre professionnel des diététistes québécois, l'évaluation peut porter sur : l'adhésion aux actions négociées et l'efficacité des conseils (bénéfice clinique et paraclinique), l'évolution des données anthropométriques (45,64) et biologiques. Pour certains auteurs l'évaluation peut aussi porter sur l'utilisation des outils remis aux patients, l'évolution du comportement de vie, les tolérances et les acceptabilités du patient (53,69). Cette évaluation tient compte des difficultés rencontrées par la personne soignée, du niveau de connaissances et de capacités acquis (83,93). Elle se base en partie sur les comptes rendus reçus des autres professionnels de santé et sur une réflexion à partir de résolutions de problèmes.

Les critères d'évaluation de l'impact de soin sont, selon les recommandations du *Clinical Practice Guideline* (81) et les recommandations SOR de la FNCLCC (44) :

- l'adaptation des choix alimentaires ;
- les variations de poids et du statut nutritionnel ;
- l'indice de satisfaction et de bien-être des personnes soignées ;
- la rapidité d'amélioration de l'état de santé ;
- la diminution des séquelles, complications et rechutes ;
- la stabilisation et l'amélioration des fonctions digestives et des marqueurs biologiques.

Des critères et indicateurs d'évaluation, à privilégier en éducation pour la santé en milieux de soins, sont proposés par l'équipe du professeur Alain DECCACHE (107). Les critères suivants semblent pouvoir être intégrés au soin diététique basé principalement sur une éducation thérapeutique nutritionnelle :

- impact du soin sur les connaissances des patients (connaissances de la maladie et des traitements, autant théoriques que pratiques) ;
- impact du soin sur les aspects psychosociaux relatifs aux patients (contrôle perçu sur sa santé, soutien social, etc.) ;
- impact du soin sur les comportements du patient (comportements de santé, comportements d'autosoin, adhésion, etc.) ;
- impact du soin sur les aspects biomédicaux et cliniques de la maladie ;
- impact du soin sur la qualité de vie du patient.

Ces critères sont actuellement peu ou partiellement utilisés, et devraient faire l'objet d'une étude pour en déterminer la pertinence et pour créer des outils simples, utilisables dans la pratique quotidienne du diététicien.

D'une façon consensuelle, la satisfaction de la personne soignée est recherchée. Le diététicien met en avant la valorisation de la personne (72,74) et sa capacité à réussir (64,65,75,102).

4.2 Conduite d'un entretien diététique

L'entretien doit permettre de mettre en place une relation de confiance et une attitude d'écoute de bonne qualité. Le diététicien doit savoir faire face à des problèmes de communication (aphonie, langue étrangère, etc.) nécessitant un interprète, et être capable d'adapter ses conseils et ses outils. La consultation diététique est basée sur la technique d'entretien, et requiert de la part du diététicien :

- des **aptitudes relationnelles** poussées à l'égard de l'utilisateur de soins, pour obtenir un dialogue de confiance et prendre des décisions pertinentes (24,55,84) ;
- une **maîtrise des techniques de communication** acquises par l'intermédiaire d'apports théoriques et d'expériences (25,55,72,84,108).

4.2.1 Qualité de la communication

La consultation diététique nécessite un savoir-faire pour réussir un entretien individuel. Le diététicien doit connaître et maîtriser les techniques de communication : écoute active, reformulation, aptitude à responsabiliser le patient, maîtrise des émotions.

Dans toutes ces étapes, la personne soignée reste l'acteur principal (55,64,67).

Les résultats cliniques et paracliniques d'une consultation dépendent souvent de la qualité de la communication et de la capacité du soignant à utiliser les techniques de communication listées ci-dessous (108).

- **L'écoute active** : être attentif au langage verbal et non verbal, se montrer intéressé(e) et encourageant (incitations verbales, encouragement non verbal, silence ou pause entre les questions), respecter la personne (acceptation inconditionnelle de l'autre : se mettre à sa portée) (55,72,102).
- L'utilisation pertinente de **questions ouvertes et/ou fermées** (55).
- **La reformulation des paroles de la personne** pour confirmer la compréhension et l'adaptation entre soignant et personne soignée. Il s'agit de clarifier, de paraphraser, de recenser, d'interroger en profondeur, de confronter (éclaircir ses intentions), de proposer des feed-back constructifs (55,102).
- **La reformulation par la personne** des explications fournies par le diététicien permet d'en mesurer la compréhension (55).
- L'aptitude à **donner à la personne soignée le rôle de meneur**. Le fait de participer aux décisions qui l'affectent, l'encourage à s'engager davantage au niveau du traitement (109).
- L'aptitude à **faire face aux émotions** des personnes, en utilisant l'empathie et la rétroaction (analyser et tenir compte des réactions des personnes) (68,108).

Pour mener à bien toutes ces étapes de communication, il est indispensable de s'accorder le temps nécessaire : une heure au minimum pour une première consultation, ce temps nécessaire a été déterminé à partir de l'expérience professionnelle (53,68,70).

4.2.2 Déroulement de l'entretien

Le déroulement d'un entretien comprend trois étapes distinctes :

- **L'accueil** intègre la présentation des acteurs et du déroulement de l'entretien. C'est une étape fondamentale dans la réussite de la consultation (44,55,67,70,72). L'intimité de la personne consultante et la confidentialité (110) de l'entretien doivent être préservées. La consultation doit se dérouler dans un lieu adapté et équipé à minima d'outils spécifiques.
- **Le corps de la consultation est peu décrit dans la littérature (un auteur). Il comprend plusieurs temps** : recueil de données, analyse, prise de décisions, résolution de problèmes, évaluation, élaboration d'une stratégie pour aboutir à de(s) objectif(s) réalisable(s) par le patient.

- **Le temps de synthèse** permet de reprendre les grandes étapes et les décisions qui seront retenues, de terminer l'entretien sur une note positive (108).

La phase de diagnostic et l'élaboration des objectifs peuvent nécessiter plusieurs séances en fonction de la finesse de l'investigation.

4.3 Conditions de réussite d'une consultation diététique

La consultation diététique a pour but, lors d'un entretien de face à face, de conseiller une personne, et/ou son entourage, en l'aidant à résoudre, dans la mesure du possible, un problème lié à son alimentation et à sa santé, et en lui permettant de choisir les actions qu'elle pourra mettre en œuvre, si cela est possible, ou de l'orienter vers une action favorable à son état de santé (personnes âgées, personnes désorientées). L'accueil est un moment important de la consultation diététique (44,55,70). Il permet de mettre en place une relation de confiance et une attitude d'écoute de bonne qualité (64,72). La formation continue rendue obligatoire pour les professionnels de santé (Code de la santé publique) et la supervision entre collègue permet d'améliorer les pratiques d'entretien.

Le manuel d'accréditation (110) précise que l'intimité et la confidentialité de la personne consultante doivent être préservées. La consultation doit se dérouler dans un local isolé selon les recommandations SOR de la FNCLCC (44).

Le diététicien doit savoir faire face à des problèmes de communication (aphonie, langue étrangère) nécessitant un interprète, et être capable d'adapter ses conseils (44).

L'expérience professionnelle indique que la durée d'un premier entretien est en général d'une heure (53,68,69,70). En revanche, une consultation de soutien ou de suivi peut être plus courte (41,44). Une consultation à but éducatif peut être aussi longue qu'une consultation initiale.

En établissement de santé (70), les patients sont adressés en consultation diététique par un médecin. Les consultations sont en général programmées ou prévues sur des plages horaires réservées à cette activité. En secteur libéral, un patient consulte après une prescription médicale ou de sa propre initiative. Dans ce dernier cas, la connaissance d'un problème de santé par le diététicien le conduit à orienter la personne vers son médecin référent, et à transmettre les données au médecin choisi par la personne avec son accord.

Le minimum de matériel utile pour une consultation diététique comprend : un pèse-personne, une toise, un mètre ruban, un téléphone et si possible un équipement informatique avec logiciel de calcul des compositions alimentaires.

Les recommandations de l'Anaes sur « Les moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte » préconisent le remboursement de la consultation diététique (50). Des réseaux de santé diabète ont négocié la tarification de la consultation diététique réalisée par un diététicien pour les patients ayant un diabète de type 2 (54). L'étude ENTRED (19) montre que le coût de la consultation diététique est un écueil au suivi de ces patients.

5 Modalités de communication interprofessionnelle et d'information de la personne soignée

5.1 Complémentarité des professionnels de santé

Les professionnels intervenant dans le domaine de la nutrition, de la santé et dans le champ médical (22) sont les médecins, les professionnels paramédicaux : diététiciens, infirmiers, puéricultrices, sages-femmes, voire masseurs-kinésithérapeutes.

- Le médecin garde une place centrale en termes de prescripteur et de suivi des patients.
- Le diététicien occupe une place fondamentale dans le dispositif des métiers et des acteurs de la nutrition.
- Les professionnels paramédicaux sont, dans leurs champs d'interventions respectifs, des acteurs de la nutrition.

Les ergothérapeutes ont aussi un rôle dans l'adaptation et la rééducation des handicaps lors de la prise alimentaire.

Le soin nutritionnel est souvent le résultat d'un travail en équipe (58,77,99). Les acteurs du soin nutritionnel sont nombreux, et le diététicien, en accord avec le médecin prescripteur, en est le coordinateur (23,41,45).

Pour certaines pathologies, lorsque la prise en charge nécessite des spécificités de soins ou des surveillances spécifiques, comme les troubles de la déglutition, les troubles du comportement, les troubles digestifs, ou les traitements nutritionnels, par exemple la nutrition artificielle, le diététicien peut être amené à faire appel à d'autres acteurs de soins : collègues diététiciens, médecins, infirmiers, orthophonistes, assistantes sociales, psychologues, sage femme, etc. Cette collaboration permet de rechercher les éléments qui peuvent aider, expliquer, concourir ou freiner l'adhésion à la modification d'un comportement alimentaire ou pour mettre en place des aides spécifiques (44,51,75).

L'Anaes, dans le guide méthodologique « Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance » (94), définit la coordination comme un processus conjoint d'analyse de la situation et de prise de décisions collectives. Dans le champ de la stratégie nutritionnelle, un auteur précise que la coordination (92) permet de définir en commun les composantes de l'objectif de soin, de programmer et d'organiser les interventions de chacun. En adaptant cette méthode à la démarche de soin diététique, les points importants qui permettent d'assurer la coordination entre professionnels de santé et la continuité des soins pour la personne soignée, sont les suivants :

- Dans le cas d'une **prescription de la consultation diététique** par un médecin, sont indiqués les éléments suivants : motifs de la consultation, diagnostic médical, objectifs de traitement et antécédents médicaux. Ils servent de points de départ au diagnostic diététique (55,86,92). La prescription médicale est indispensable chaque fois que la consultation diététique concerne une pathologie et/ou une prévention secondaire ou tertiaire.

Dans le cas d'un accès direct à la consultation par un usager, et lorsque le diététicien a connaissance d'un problème de santé, il doit demander à la personne de prendre l'avis d'un médecin. Avec l'accord de la personne, le diététicien communique le compte rendu de l'entretien diététique aux professionnels de santé désignés par la personne soignée.

- Le **recueil des données** réalisé par le diététicien intégrant les entretiens avec les professionnels de santé, les données retenues dans le dossier du patient et l'entretien avec la personne et/ou son entourage (44,45,55,111).
- Un **compte rendu écrit** (papier ou informatisé) (44,45,58,81,85,94) résumant la démarche de soin diététique et comprenant :
 - le diagnostic diététique ;
 - la stratégie de soin : objectifs et actions négociés avec le prescripteur et la personne soignée. Elle tient compte de la vie à domicile, dans les lieux d'accueil en soin de suite, de l'organisation des réseaux de soin et des établissements de long séjour. Elle prend en compte la coordination avec les autres professionnels de santé.Ces comptes rendus sont disponibles et lisibles par tous les professionnels de santé lorsque le Dossier médical partagé existe (4,44,58,85) ou envoyés aux professionnels de santé désignés par la personne soignée. La majorité des médecins généralistes interrogés souhaite recevoir un compte rendu écrit de la consultation diététique réalisée par un diététicien (*annexe 1*).
- La liste **des documents remis à la personne soignée** en lien avec l'(les) action(s) de changement de comportement et les conseils personnalisés (72,85).
- Pour certaines pathologies, lorsque la prise en charge nécessite des spécificités de soins et un accompagnement, **les courriers remis aux professionnels de santé et/ou la date du contact** sont consignés dans le dossier patient.

Lorsqu'il existe une équipe de soins (établissements de santé, réseaux de soins, etc.) les réunions de concertation pluriprofessionnelles (visites, réunions, etc.) ont un intérêt majeur pour le suivi des patients, et pour assurer la continuité des soins (44). L'expérience professionnelle montre que de par son expertise en nutrition et en diététique, le diététicien a un rôle de formateur en nutrition des professionnels de santé. Les expériences suivantes ont été relevées dans la littérature :

- Dans le contexte du VIH, la nutrition est intégrée dans les programmes de formation (112), et reconnue comme essentielle pour l'observance des nouveaux traitements. La formation a permis une meilleure information générale pour les situations de dénutrition.
- En nutrition entérale à domicile (NED), les diététiciens ont initié la mise en place de fiches de liaison pour dépister le plus précocement possible la malnutrition (77).
- Dans le diabète de type 2, des formations en nutrition (53) sont organisées pour les médecins et pour différents professionnels : infirmiers, podologues, diététiciens, etc.

5.2 Information remise aux personnes soignées

Une information écrite peut être remise aux personnes soignées, et vient en soutien de l'information orale donnée pendant la consultation. Cette information est sélectionnée par le diététicien pour individualiser les conseils et/ou les attentes de la personne soignée.

Les documents réalisés par le diététicien sont remis à la personne soignée et/ou son entourage. Ils sont utilisés pour l'application quotidienne des règles nutritionnelles. Les informations sont précises, et peuvent concerner : la composition alimentaire de certains aliments, les équivalences entre aliments pour un nutriment donné, la fréquence de consommations de certains aliments, l'organisation des repas quotidiens, des personnes et des organismes ressources, etc. (44,55,68,74).

Les documents (44,72,85,113) sont :

- réalisés à partir de recommandations nationales ou internationales, quand elles existent, ou de revues de la littérature de bonne qualité méthodologique ;
- adaptés à la personne soignée ;
- pratiques et utilisables au quotidien ;
- fiables, clairs, soignés dans leur présentation et leur structure ;
- datés.

Ils comportent *a minima* le nom et les coordonnées du diététicien (44).

6 Outils du diététicien

Les outils sont à choisir en fonction des buts recherchés : pathologies, santé publique, possibilités de la personne soignée, objectifs de la consultation.

Les critères de choix d'un outil d'évaluation reposent habituellement sur ses qualités méthodologiques : validation de contenu, traduction et adaptation au contexte national s'il s'agit d'un outil adapté d'une langue et d'une culture étrangères, sensibilité, spécificité, reproductibilité, compréhension, facilité d'utilisation et temps passé acceptable. De plus, l'outil doit préciser le moment de l'évaluation et la fréquence d'utilisation. Certains outils permettent de réaliser un bilan initial, et d'autres sont conçus pour suivre l'évolution. Il est nécessaire de former les utilisateurs à l'utilisation de ces outils (114-116).

D'autres outils ont une valeur d'usage, lorsqu'il existe un consensus professionnel sur leur pertinence et leur utilisation, et qu'ils ont été validés.

6.1 Outils habituels

Des documents de référence :

- les Apports nutritionnels conseillés (ANC) pour la population française sont les points de repère pour les besoins nutritionnels des personnes bien portantes (100) ;
- un recueil sur les produits de santé, par exemple *Le Vidal* (117) et l'AFSSAPS (www.afssaps.fr) ;
- des tables de composition des aliments : CIQUAL (118), INSERM (119).

Un pèse-personne pour la mesure du poids pendant la consultation.

Une toise pour la mesure de la taille, la distance du talon au genou pour les personnes âgées de plus de 65 ans (62).

Un disque de calcul de l'IMC (34,41,42,120-122).

Un mètre ruban pour la mesure du tour de taille, de bras et de mollet (62).

Les formules d'évaluation du métabolisme de base à partir de données anthropométriques (62,100). Ces formules comportent cependant des limites pour certaines populations, et notamment pour les personnes obèses (123).

La classification OMS utilisée en cancérologie et pour les personnes âgées en fin de vie (42) permet l'évaluation du grade des troubles digestifs : nausées, vomissements.

Un logiciel, permettant le calcul de la composition nutritionnelle des consommations alimentaires, est fréquemment utilisé. Le diététicien doit acquérir et exercer une grande capacité de discernement pour apprécier le choix des tables de composition d'aliments intégrées dans ces logiciels (62,74,104).

Des documents pour l'évaluation des portions, par exemple document réalisé dans le cadre de l'étude SU.VI.MAX (82,124), document réalisé par l'INSERM (119).

Des guides d'entretien qui permettent d'apprécier :

- l'histoire du poids : le poids de naissance, le poids maximum et minimum dans l'histoire de vie, le poids de forme, les épisodes et la cinétique de prise ou de perte de poids, exemples : grossesse, ménopause, décès, événements familiaux ou sociaux, dépression, perte d'autonomie, maladie (42,44,55,62,74).
- l'évaluation qualitative et quantitative des consommations alimentaires qui repose sur l'utilisation de techniques précises telles que (42,62,106,104) :
 - *Le rappel des 24 heures* (« *Dietary Recall* ») (80,82) ;
 - *Le carnet ou journal alimentaire* (« *Dietary Record* ») appelé aussi semainier (74,75,82) ou le *relevé sur 3 jours* comportant un jour particulier (sortie, week-end, etc.) (53,82) ;
 - *Le questionnaire de fréquence de consommations* (80) ;

La validité des résultats de cette évaluation dépend de la qualité de l'organisation du diététicien (relevé de consommations préétabli, carnet ou semainier donnant des explications sur les modalités de remplissage), de la sincérité des réponses ou de l'appétit des sujets à répondre. Cette évaluation implique une technicité, un savoir-faire de l'enquêteur (62,82,104) et du temps.

Des supports visuels servent d'outils d'évaluation et d'outils pédagogiques : photos, aliments factices, classeur d'étiquettes, références de poids, emballages, etc. (68,75,124).

- les dispositions mentales dans lesquelles se trouve le patient, permettent d'établir un diagnostic éducatif qui amène à négocier des compétences à développer. Il s'agit d'explorer : la dimension biomédicale (*Qu'avez-vous ?*), la dimension socioprofessionnelle (*Que faites-vous ?*), la dimension psychoaffective (*Qui êtes-vous ?*), la recherche du projet du patient (*Comment envisagez-vous votre avenir ?*) (55,64,67).
- le niveau d'activité physique est évalué à partir d'autoquestionnaire simple : grille d'activité physique proposée dans le cadre du PNNS (15).

6.2 Outils pédagogiques

Des outils pédagogiques standard ou créés par le diététicien permettent d'accéder à des domaines différents :

- *cognitif* : acquisition de connaissances sur les liens entre comportements et maladie, sur les aliments et leur composition, ainsi que leurs effets sur l'organisme ; mémorisation des connaissances et attitudes ; interprétation des données pour permettre leur utilisation au quotidien ; résolution de problèmes (64) ;
- *sensorimoteur* : acquisition de gestes et d'habiletés (64) ;
- *psychoaffectif* : concerne les habitudes et comportements, les sources de motivation qui peuvent permettre des modifications des habitudes de vie, la relation avec les autres, la capacité à résoudre des problèmes en requérant de l'aide (64,76).

L'élaboration d'outils pédagogiques (125,126) s'inscrit dans un processus qui comprend une succession de phases indispensables pour permettre une utilisation optimale :

- la définition du public visé : personne avec un handicap visuel ou moteur, personnes illettrées ou avec difficultés de langage, origine de la culture, habiletés des personnes ;
- les modalités d'utilisation de l'outil : mode et fréquence d'utilisation, autoévaluation, autoapprentissage ;
- le moment d'éducation où l'outil va être utilisé : évaluation, apprentissage, aide à la décision thérapeutique quotidienne, etc. ;
- les compétences et les objectifs visés par l'outil.

Les outils et méthodes utilisés sont interactifs, les plus courants sont basés sur :

- des situations d'apprentissage adaptées à chaque personne soignée : la discussion, le jeu de rôle, la résolution de problèmes (par exemple : réflexion et élaboration de nouvelles recettes, l'interprétation des étiquettes, l'analyse du « comment faire », etc.) (55,60,61,64) ;
- des supports informatifs (sites Internet pertinents, dépliants, programmes informatiques, bandes audio, vidéocassettes, modèles d'aliments, jeux interactifs) (55,64,85) ;
- des aliments factices ou des représentations d'aliments sont utilisés pour simuler des actions de choix d'aliments et réfléchir sur la composition (55) ;
- des ateliers de cuisine, d'élaboration des achats alimentaires, l'analyse et l'interprétation des étiquettes, l'adaptation d'un budget (55,60,61).

Les outils pédagogiques sont adaptés aux conditions de vie des personnes soignées et notamment aux populations défavorisées (127).

Outils complémentaires

Des outils complémentaires sont de plus en plus renseignés en partie par les diététiciens, ils visent le dépistage de la dénutrition, l'évaluation de la douleur :

- Outils de dépistage de la dénutrition (62)(122) :
 - l'index subjectif global de dénutrition de Detsky (128), permet de classer les patients hospitalisés en trois catégories (A : bien nourri ; B : modérément dénutri ; C : sévèrement dénutri) (62), outil validé ;
 - score de Reilly (42)(129)(130), échelle d'évaluation du risque de dénutrition, élaborée pour une utilisation large par toutes les catégories de professionnels médicaux et paramédicaux (62), outil validé ;
 - le PNNS (145) recommande l'utilisation du *Mini nutritional assessment* (MNA) (131) pour l'évaluation nutritionnelle de la personne âgée (validé) et de l'Index de risque nutritionnel de Buzby (N.R.I.) (132), utilisable en chirurgie (outil validé). Il permet de classer les patients en 3 groupes : de faible risque à très dénutris (125).
- L'échelle d'évaluation de la douleur la plus couramment utilisée est l'échelle EVA. Elle est validée pour la douleur aiguë et chronique (133). Elle permet de rechercher les répercussions de la douleur sur les consommations alimentaires : manque d'appétit, difficultés d'ingestion, etc.

Dans certaines situations, les diététiciens peuvent être amenés à utiliser des informations (62) provenant de certains outils. L'interprétation de ces résultats est sous responsabilité médicale (95,135) ou de personnes habilitées à réaliser ces mesures. Des diététiciens sont formés à ces pratiques, et réalisent par délégation des tâches médicales, l'interprétation de bilan nutritionnel, des examens cliniques, l'assistance nutritionnelle orale et entérale (56,95). Pour un auteur, ces activités nécessitent l'acquisition de compétences complémentaires (87).

Ils peuvent aussi utiliser des outils de diagnostic des troubles du comportement alimentaire, notamment en cas de surcharge pondérale (62,135).

Ces outils ne sont pas utilisés systématiquement, mais en fonction de pathologies ou de situations particulières. La liste ci-dessous n'est pas exhaustive :

- évaluation des activités de la vie courante : « Échelle des activités de la vie quotidienne (Katz) » (94) ;
- mesure des capacités fonctionnelles : « Indice de Karnofsky et Performance status de l'Organisation mondiale de la santé » (42) ;
- appréciation de l'activité sportive : questionnaires proposés par divers auteurs (62) (100,136). Cette méthode reste la moins onéreuse, d'une excellente fiabilité et est très bien acceptée par le sujet (62). Ces évaluations permettent de classer les individus de sédentaires à très actifs, et sont utilisées principalement pour les sportifs de haut niveau ;
- impédancemétrie : impédance bioélectrique qui permet d'estimer la masse grasse et masse maigre de l'organisme (62,137,138). Cette technique nécessite une méthode de référence pour élaborer une équation prédictive permettant de passer des constantes électriques directement mesurées à l'estimation de la masse non grasse ou du volume d'eau corporelle totale (62,139). Cette technique comporte des limites sensibles aux variations d'hydratation, aux équations non adaptées aux populations extrêmes (sujets dénutris, personnes âgées). Elles permettent cependant de suivre l'évolution de paramètres nutritionnels (eau totale, masse maigre, masse cellulaire) d'une personne en état stable (123) ;

- questionnaire d'autoévaluation sur la qualité de vie suivant les pathologies (140,141).

7 Soins diététiques et dossier patient

Le dossier patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées (8). C'est un outil de réflexion, de synthèse médicale et paramédicale en vue d'une démarche préventive, diagnostique et thérapeutique (8). Il a un rôle de mémoire du patient et des professionnels, de communication et de coordination. Ces informations sont partagées avec les professionnels et avec le patient (8,43,85).

Le dossier patient permet un gain de temps, une accessibilité des informations par les professionnels suivant une autorisation contrôlée, réduisant le coût de la diffusion de l'information. Il ouvre la possibilité de constituer des grandes bases de données, moyen puissant pour développer les connaissances en diététique et nutrition (142), sur les traitements appliqués, les moyens utilisés, les résultats obtenus, le suivi des patients, le coût de la prise en charge diététique (7).

Pour assurer une prise en charge diététique de qualité, le dossier patient a pour objectif (5-7,23,134) :

- d'être un outil de la démarche de soins, de recueil et d'analyse des données utiles à la mise en place d'un soin nutritionnel ;
- de coordonner les intervenants autour d'une même personne ;
- d'évaluer les pratiques professionnelles ;
- d'augmenter le niveau de compétences ;
- de fournir des données pour la recherche en diététique ;
- de répondre aux recommandations sur la qualité des soins, et aux critères de l'accréditation et de certification pour les établissements de santé.

Selon les recommandations de 2003 de l'Anaes (8), la forme du dossier est à personnaliser selon les modalités d'exercice. Les règles suivantes sont à respecter :

- le secret professionnel, précisé dans le Code de la santé publique, concerne tous les professionnels de santé ;
- la personne remplissant le dossier doit être identifiée par son nom et prénom ;
- le langage utilisé doit être précis, clair avec un vocabulaire compréhensible ;
- les informations consignées sont spécifiques à la pratique du diététicien ;
- la gestion du dossier respecte la confidentialité des données concernant le patient ;
- le patient peut avoir accès à son dossier (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

La nutrition est un domaine partagé. Le compte rendu de la démarche soins diététiques doit pouvoir être utilisé par tous les professionnels de santé. Ce compte rendu, réalisé par le diététicien, est signé et daté (45,51,58).

Le groupe de travail propose (*annexe 4*) les éléments du dossier nécessaires pour assurer un soin diététique (44,45,134). Certains sont communs aux professionnels de santé, et sont disponibles dans le dossier patient.

Selon l'Anaes (2003) (8), en établissements de santé, le compte rendu de consultation fait partie des éléments obligatoires du dossier du patient, le diététicien doit s'en servir pour donner les éléments indispensables lors d'une consultation diététique.

8 Propositions de recherches, travaux, formation

8.1 Pistes de travaux et de recherches

L'analyse de la littérature, ainsi que la réflexion des groupes de travail et de lecture, a permis de proposer les pistes et travaux de recherche suivants :

Évaluation de la consultation pour la mesure des résultats cliniques et de l'implication des patients au regard de la qualité de la communication et de la capacité du soignant à utiliser les techniques de communication (rapport coût/efficacité).

Efficacité d'une stratégie éducative nutritionnelle dans le cadre de consultations à domicile pour les pathologies telles que : mucoviscidose, VIH ou des états de santé nécessitant des compléments nutritionnels oraux ou une nutrition entérale.

Recensement des expériences des diététiciens en consultation à partir de critères préétablis, pour identifier des lieux de formation pour les étudiants ou professionnels souhaitant développer une activité de consultation diététique.

Intérêt et efficacité (amélioration de l'adhésion et des résultats biologiques) de la complémentarité des métiers, notamment entre médecins généralistes et diététiciens.

Intérêt de la prise en charge diététique, par un diététicien, des personnes âgées, résultat sur l'incidence de la morbi-mortalité.

Évaluation de l'intérêt de la prise en charge diététique dans la recherche médicale (hypofertilité, tabac et alcool dans les cancers de l'œsophage, fibres et calcium dans les cancers colorectaux, apports de sténols pour les hypercholestérolémies, etc.).

Évaluation du temps moyen utile pour réaliser les différents objectifs de la consultation diététique.

Évaluation des items du dossier patient nécessaires au suivi diététique, et identification de leur degré d'utilité.

Étude des critères d'évaluation de l'efficacité des actions des diététiciens, dans le but d'établir des outils pertinents et pratiques.

Démontrer les bénéfices à long terme de l'intervention d'un diététicien, dans le cadre de l'hypercholestérolémie, au cours de consultations répétées, puis dans le cadre d'autres pathologies.

8.2 Propositions pour la formation des diététiciens

8.2.1 Formation initiale

La formation initiale des diététiciens est depuis longtemps reconnue comme trop courte et insuffisante. Dans le cadre de la réforme des études des professions de santé et du système européen LMD (licence, maîtrise, doctorat), elle devra intégrer, dans les premières années, les enseignements manquants, actuellement acquis en formation continue :

- l'approfondissement des techniques de communication relatives d'abord à l'entretien de face à face, et ensuite à l'animation de groupe, dans le cadre de la clinique et de la prévention ;
- l'acquisition de notions indispensables pour exercer la fonction de formateur occasionnel ;
- la mise en situation professionnelle intégrant la consultation diététique ;
- la démarche de soin diététique, incluant toutes les déclinaisons par pathologie ou situation de vie où la nutrition est impliquée ;
- les concepts et la démarche d'éducation thérapeutique (apports théoriques et pratiques) ;
- l'évaluation d'une démarche de soin diététique ;
- l'augmentation et la structuration de la formation expérientielle sur des lieux ayant une expertise reconnue en consultation diététique ;
- les bases pédagogiques pour créer et utiliser des outils éducatifs ;
- l'introduction à la psychosociologie, sociologie de l'alimentation et psychologie des comportements alimentaires ;
- l'initiation à la formation tout au long de la vie « *long life learning* » (recherche documentaire, autoformation et autoévaluation) ;
- la maîtrise de la réglementation et de la législation professionnelle.

8.2.2 Formation continue

La formation continue est un moyen incontournable pour l'amélioration des pratiques. Elle est rendue obligatoire pour tous les professionnels de santé, elle doit proposer :

- un approfondissement de la fonction de formateur des diététiciens ;
- la maîtrise et l'expertise de l'éducation thérapeutique nutritionnelle en termes : d'animation, de conception, d'évaluation, de suivi de projet (formation continue courte et niveau maîtrise) et de compétences pour mener une démarche éducative ;
- l'acquisition de compétences complémentaires pour la réalisation de bilans spécifiques comme le dépistage et le suivi de la dénutrition (niveau maîtrise) pour assurer la délégation de compétences entre médecins et diététiciens ;
- développer le tutorat en consultation diététique et les stages sur des lieux ayant une expertise reconnue en consultation diététique.

Le groupe de travail souligne l'existence de formation interprofessionnelle dans les réseaux, et l'importance de cette interaction entre professionnels pour améliorer le travail en collaboration et en coordination.

9 Conclusion

L'activité de consultation diététique, réalisée par un diététicien, requiert de l'expertise, et regroupe des actes et des activités spécifiques pour lesquels, parmi les professions paramédicales, seul le diététicien est spécialisé dans l'application pratique des bases scientifiques de la nutrition.

Ce métier a beaucoup évolué ces dix dernières années, et les compétences expérientielles acquises pour développer de telles activités devront être prises en compte dans la formation initiale et continue pour acquérir un niveau équivalent aux autres pays européens et internationaux, pour répondre aux besoins de santé publique, et aux attentes de collaborations entre professionnels médicaux et paramédicaux décrites dans le rapport du professeur Yvon Berland.

Les diététiciens mènent depuis plusieurs années des réflexions pour harmoniser et faire évoluer leurs pratiques professionnelles, pour optimiser la qualité de leur prestation et sécuriser la prise en charge de la personne soignée. Ce travail concrétise cette volonté d'harmonisation des pratiques. Il restera, alors, à évaluer les pratiques.

À l'occasion de l'élaboration de ce travail, s'est posée la question du remboursement des consultations diététiques effectuées par un diététicien. Plusieurs recommandations de l'Anaes ont déjà préconisé ce remboursement dans le cadre organisé de certaines pathologies (hypertension artérielle, diabète, insuffisance rénale chronique). Les consultations diététiques peuvent parfois être déjà prises en charge, dans le cadre des réseaux diabète par exemple. La question de remboursement pourrait à nouveau être soulevée au cours de l'élaboration de référentiels concernant par exemple les affections de longue durée (ALD).

La reconnaissance financière par le système sanitaire et social de l'activité de consultation diététique, comme elle est demandée en particulier dans les pathologies du diabète, de l'insuffisance rénale, mais aussi pour les maladies cardiovasculaires, l'obésité, les allergies alimentaires, la dénutrition et l'ensemble des maladies cancéreuses et métaboliques, permettra probablement à un plus grand nombre de personnes de bénéficier, en toute sécurité, de conseils et d'accompagnement personnalisés pour améliorer leur état de santé.

Glossaire

Acte alimentaire : Pratique à la fois biologique (fonction vitale), cognitive, affective, sociale et spirituelle, l'acte alimentaire constitue un phénomène complexe foisonnant. Ses facettes innombrables s'ordonnent selon au moins deux dimensions : la première s'étend du biologique au culturel, de la fonction nutritive à la fonction symbolique ; la seconde de l'individuel au collectif, du psychologique au social. Trop souvent les sciences dites exactes, en l'occurrence la physiologie, la psychologie expérimentale, l'anthropologie biologique, la nutrition, n'ont voulu voir que du comportement alimentaire là où il y avait en fait des pratiques sociales, des superstitions et de l'ignorance, là où il y avait des croyances et des représentations (143).

Alimentation orale : Apport d'aliments par la bouche pour couvrir les besoins nutritionnels et énergétiques d'un individu bien portant ou malade.

Nutrition parentérale : Technique qui consiste à administrer les nutriments par voie veineuse, périphérique ou centrale, quand l'alimentation orale et entérale sont impossibles, et qu'il existe un risque nutritionnel.

Apports nutritionnels conseillés : Ils représentent le besoin nutritionnel moyen mesuré sur un groupe d'individus, auquel sont ajoutés 2 écarts types représentant le plus souvent la variabilité interindividuelle, et permettent de couvrir les besoins de la plus grande partie de la population (97,5 %). Les apports nutritionnels conseillés représentent 130 % du besoin moyen.

Besoins nutritionnels : Apports de nutriments nécessaires en qualité et quantité pour réaliser une fonction biologique d'un individu (62).

Bilan diététique : Activité du diététicien qui intègre le recueil de données et son analyse, étape de la démarche de soin diététique, qui aboutit à l'élaboration d'un diagnostic diététique.

Complément nutritionnel oral : Apport complémentaire en protéines et/ou énergie, vitamines et minéraux, pour pallier les apports alimentaires insuffisants par rapport aux besoins de l'organisme.

Comportement alimentaire : Ensemble d'actions, qui ne se limitent pas aux aspects quantitatifs et qualitatifs de l'absorption de nourriture, mais inclut les activités de recherche et d'appropriation qui la précèdent, les rythmes et les conditions d'environnement qui les accompagnent et les phénomènes postingestifs qui les suivent, chacune de ces étapes pouvant être l'objet d'un trouble.

Conseil diététique : Information donnée par un spécialiste ou un expert en nutrition tenant compte des goûts, des habitudes et des possibilités socio-économiques, de l'histoire de vie d'une personne, d'une pathologie et d'un état de santé spécifique.

Démarche de soin diététique : Ensemble d'actions réalisées par un diététicien, formalisées et coordonnées, qui visent à améliorer l'état nutritionnel de la personne soignée sur une période de temps déterminée. Ces actions consistent à réaliser un recueil de données spécifiques, un diagnostic diététique permettant de déterminer des objectifs de soin diététique, une planification d'actions, la réalisation de ces actions spécifiques, et une évaluation immédiate ou à distance.

Dénutrition : La dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétiques de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires ayant des conséquences fonctionnelles sévères. Il s'agit d'une perte tissulaire involontaire. L'amaigrissement se différencie de la dénutrition par le caractère non délétère de la perte pondérale. Il peut être volontaire ou non (96).

Diagnostic éducatif : Analyse qui permet d'appréhender différents aspects de la personnalité de la personne soignée, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes, dans le but de proposer un contrat d'éducation personnalisé.

Diététicien : Selon le texte de loi, déposé le 14 novembre 2005 à l'Assemblée nationale, qui donne la définition de la profession de diététicien en France : « Est considérée comme exerçant la profession de diététicien toute personne qui habituellement dispense des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un bilan diététique personnalisé et une éducation diététique adaptée. Elle contribue à la définition, à l'évaluation et au contrôle de la qualité de l'alimentation servie en collectivité, ainsi qu'aux activités de prévention en santé publique relevant du champ de la nutrition. »

Diététique : Pour Hippocrate (V^e siècle avant Jésus-Christ) la diététique est un art, celui du bien vivre, donc du bien manger, pour conserver la santé et assurer son équilibre. De même, la diététique moderne est destinée à soigner les maladies du savoir-vivre. C'est le comportement dans son ensemble, corps et âme, qui est en cause. Tout cela constitue une entreprise thérapeutique qui touche au plus profond, et qui engage l'être même. Dans le latin médiéval le terme « diaeta », emprunté au grec « diaita », signifie: *art de vivre*. En 1256 émerge la notion de « régime de nourriture », et en 1512 « régime d'abstinence ». La diététique est, aujourd'hui, une discipline qui étudie la valeur nutritive des aliments et détermine les régimes alimentaires (*Petit Larousse, 2005*).

Éducation nutritionnelle : L'éducation nutritionnelle s'inscrit dans l'éducation thérapeutique (domaine nécessitant des compétences spécifiques en diététique, nutrition thérapeutique, sciences humaines) et l'éducation en santé (ces actions sont, très souvent, destinées à des groupes de personnes posant un problème de prévention, elles peuvent être menées par des professionnels de santé, des professionnels sociaux, éducatifs, des psychologues, des pédagogues). Elle a pour particularité d'intervenir sur des connaissances scientifiques spécifiques liées à la nutrition, au comportement alimentaire, à la sociologie et à la santé de chaque individu. L'éducation thérapeutique nutritionnelle doit permettre à la personne soignée de s'approprier, c'est-à-dire faire siennes, des connaissances diététiques (nutritionnelles et alimentaires), de leur conférer du sens, de les inscrire dans un projet de vie et de les rendre acceptables dans une perspective de bonne ou de meilleure santé². Elle vise la responsabilisation de la personne soignée et son autonomie.

Éducation thérapeutique : (définition de l'Organisation mondiale de la santé) « L'éducation thérapeutique du patient consiste à aider le patient à acquérir et conserver les capacités et les compétences lui permettant une gestion optimale de sa vie avec sa maladie. Il s'agit d'un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Ces activités d'éducation sont destinées à aider les patients et leurs familles et/ou leur entourage à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie. »

État nutritionnel satisfaisant : Maintien d'un statut nutritionnel en évitant la réduction des apports alimentaires, les altérations métaboliques, les modifications des dépenses énergétiques et les effets secondaires des traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, etc.) (42).

État nutritionnel : État du corps déterminé par la consommation et l'utilisation des nutriments. Ces états peuvent être classés en : déséquilibre nutritionnel (carences, excès), dénutrition, obésité, déshydratation (91).

Évaluation des consommations alimentaires : Estimation qualitative et quantitative des apports nutritionnels d'une personne, basée sur la fréquence de consommation des aliments, leur nature, leur mode de préparation. Elle peut aboutir au chiffrage des nutriments qui composent la ration. L'estimation peut porter sur une ou plusieurs journées, le calcul est cependant toujours ramené à une journée.

Évaluation nutritionnelle : Procédé d'identification d'un statut nutritionnel individuel et mesurable, utilisant des méthodes appropriées : données cliniques, biochimiques, anthropométriques et diététiques.

Malnutrition : Déséquilibre nutritionnel pouvant entraîner une sous-alimentation, une suralimentation, des carences d'éléments nutritifs indispensables, une mauvaise assimilation des aliments.

Mode alimentaire : Manière de s'alimenter dans une dimension ethnique, culturelle, sociale et religieuse.

Nutrition entérale : Technique qui consiste à administrer une alimentation artificielle, en utilisant la voie digestive par sonde, quand l'alimentation orale devient insuffisante ou impossible, et qu'il existe un risque nutritionnel.

Nutrition : Science qui se trouve au carrefour de plusieurs disciplines : les sciences biologiques (physiologie, biochimie), les sciences du comportement (principalement la psychologie), les sciences de la terre, notamment l'agronomie, et enfin les sciences humaines et sociales (économie, sociologie). Elle porte sur la relation de l'être humain avec la nourriture quels que soient les aspects étudiés. C'est aussi un ensemble de processus : digestion, absorption, circulation, excrétion et respiration (Claude Bernard) qui sont indispensables à l'organisme pour assurer son entretien et ses besoins énergétiques.

² – Nathalie Masseboeuf, diététicienne, maîtrise universitaire de Pédagogie des sciences de la santé, Éducation du patient.

Prévention primaire, secondaire et tertiaire : Ensemble des mesures destinées à éviter la survenue d'accidents, l'apparition (prévention primaire) ou l'aggravation (prévention secondaire) de maladies, ainsi que des moyens dont le but est d'en limiter les séquelles (prévention tertiaire) (144).

Régime : Usage raisonné de tout ce qui est nécessaire à l'existence, au niveau alimentaire, aussi bien en l'état de santé qu'en l'état de maladie (144).

Soin diététique : Processus s'appuyant sur la connaissance de la personne soignée, de ses ressources ainsi que sur une réflexion professionnelle intégrant la démarche de soin.

Soin nutritionnel : Mission fondamentale consistant à administrer à la personne soignée des aliments solides et liquides et/ou une nutrition adéquats et indiqués (10).

Stratégie nutritionnelle : Activité de soins qui contient les composantes de l'objectif de soin nutritionnel et diététique, la programmation et l'organisation des interventions de chaque professionnel de santé.

Bibliographie

- 1 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Les recommandations pour la pratique clinique, Base méthodologique pour la réalisation en France. Paris : ANAES ; 1999.
- 2 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Guide méthodologique : Analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris : ANAES ; 2000.
- 3 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation. Paris : ANAES ; 2004.
- 4 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles, Base méthodologique pour leur réalisation en FRANCE. Paris : ANAES ; 2004.
- 5 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Le dossier du patient en masso-kinésithérapie. Paris : ANAES ; 2000.
- 6 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Le dossier du patient en pédicure-podologie. Paris : ANAES ; 2001.
- 7 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Le dossier du patient en Ergothérapie. Paris : ANAES ; 2001.
- 8 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandation. Paris : ANAES ; 2003.
- 9 Organisation Mondiale pour la Santé. Programme Nutrition et sécurité alimentaire. Division du soutien technique et du développement stratégique. Premier plan d'action pour l'alimentation et la nutrition. Région européenne de l'OMS : 2000-2005. www.who.dk/Nutrition/main.htm
- 10 Conseil de l'Europe, comité des ministres. Résolution ResAP (2003) 3, Sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux. www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/
- 11 Organisation Mondiale pour la Santé. Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Genève : OMS ; 2003.
- 12 Ministère des Solidarités de la Santé et de la Famille. Programme National Nutrition Santé 2001-2005. www.sante.gouv.fr, dossier Nutrition
- 13 Rôle des Diététistes Professionnels dans le cadre des soins primaires. Les Diététistes du Canada 2003 : 1-26.
- 14 Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments. Guide alimentaire pour tous et document d'accompagnement destiné aux professionnels. Paris : INPES ; 2002. www.inpes.sante.fr
- 15 Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments. Promotion de l'activité physique ; INPES : 2004. www.sante.gouv.fr, www.education.gouv.fr, www.mangerbouger.fr, www.inpes.sante.fr
- 16 Guy-Grand B. L'alimentation en milieu hospitalier. Rapport ministère de la Santé : 1997.
- 17 Krempf M. Rapport sur l'évolution du métier de diététicien. Rapport ministère de la Santé : 2001.
- 18 Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Rapport ministère de la Santé : 2003.
- 19 ANCRED. Bilan de l'état de santé des personnes diabétiques et de leur prise en charge, étude Entred. Institut de veille sanitaire : 2004. www.invs.sante.fr
- 20 Freour P, Paccalin F. Tabac et nutrition : sevrage tabagique et prise de poids : place de la diététique. Méd Nutr 1994 ; TXXX (2) : 85-91
- 21 European Federation Associations of Dietician. The History of EFAD. 2003. www.efad.org
- 22 Programme national Nutrition Santé/ actualisation janvier 2005 – adresses, acteurs et formation en nutrition – les professionnels intervenant dans le domaine de la nutrition et de la santé. www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/nutrition
- 23 Ordre Professionnel des Diététistes Québécois. Guide d'information. OPDQ 2002 ; 33. www.opdq.org
- 24 Puissant M.C., Six M.F., Cabanel M., Garrault C., Maitre M. Diététiciens aujourd'hui. Paris : Maloine , 2000, 2ème édition.
- 25 Association des Diététiciens de Langue Française. Recommandations pour la prise en charge diététique en établissement de santé. Document professionnel ; 2004. www.adlf.org
- 26 Association des Diététiciens de Langue Française. Référentiel de compétences pour la profession de diététicien. Inform Diét 2004 ; 3 : 35-40.
- 27 Thomson RL, Summerbell CD, Hooper L., Higgins JPT, Little PS, Talbot D, Ebrahim S. Dietary advice given by a dietician versus other health professional or self-help resources to reduce blood cholesterol (Review). The Cochrane Library 2005; Issue 1.
- 28 Kramer MS, Kakuma R. Energy and protein intake in pregnancy (Review). The Cochrane Library 2005; Issue 4.
- 29 Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, Mcphee AJ, Jeffries WS, Rebinson JS. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. New Engl J Med 2005; 352 (24).
- 30 Haute Autorité de Santé. Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel. St Denis la Plaine : HAS, 2005.
- 31 Sola I, Thompson E, Subirana M, Lopez C, Pascual A. Non-invasive interventions for improving well-being and

- quality of life in patients with lung cancer (Review). The Cochrane Library 2005; Issue 4.
- 32 Langer G, Schloemer G, Knerr A, Huss O, Behrens J. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers (Review). The Cochrane Library 2005; Issue 4.
- 33 Moore H, Summerbell C, Hooper L, Cruickshank K, Vyas A, Johnstone P et al. Dietary advice for treatment of type 2 diabetes mellitus in adults (Review). The Cochrane Library 2005; Issue 1.
- 34 Pirozzo S., Summerbell C., Cameron C., Glasziou P. Advice on low-fat diets for obesity (Review). The Cochrane Library 2005; Issue 1.
- 35 Hooper L, Bartlett C, Davey Smith G, Ebrahim S. Advice to reduce dietary salt for prevention of cardiovascular disease. (Review). The Cochrane Library 2004; Issue 1.
- 36 Baldwin C., Parsons T., Logan S. Dietary advice for illness-related malnutrition in adults (Review). The Cochrane Library 2005, Issue 4.
- 37 Ravasco P., Monteiro-Grillo I., Vidal M.P., Camilo M.E. Dietary counselling improves patient outcomes : a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. J Clin Oncol 2005 ; 23(7) : 1431-8.
- 38 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé. Programme National de réduction des risques cardiovasculaires 2002-2005.
- 39 Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Paris 2005.
- 40 Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge des patients adultes atteints d'HTA essentielle. St Denis la Plaine : HAS ; 2005.
- 41 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. Paris : ANAES ; 2000.
- 42 Fédération nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Standards, Option, Recommandations. Coordinateur : Duguet A. Bonnes pratiques diététiques en oncologie : dénutrition et évaluation nutritionnelle. 1999. www.fnclcc.fr
- 43 Fédération nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Standards, Option, Recommandations. Coordinateur : Meuric J. Bonnes pratiques diététiques en oncologie : des patients atteints de cancer des voies aérodigestives supérieures. 1999. www.fnclcc.fr
- 44 Fédération nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Standards, Option, Recommandations. Coordinateur : Champetier S. Bonnes pratiques diététiques en oncologie : La consultation. 2000, revu en 2003. www.fnclcc.fr.
- 45 Fédération nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Standards, Option, Recommandations. Coordinateur : TRAN M. Bonnes pratiques pour la prise en charge diététique en oncologie : la nutrition entérale. 2004, revu en 2005. www.fnclcc.fr.
- 46 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Conférence de consensus, Prise en charge du patient atteint de mucoviscidose, observance, nutrition, gastro-entérologie et métabolisme. Association de Lutte Anti Rhumatismale (AFLAR). Paris ; ANAES : 2002.
- 47 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Paris : ANAES ; 2003.
- 48 Direction Générale de la Santé, Pathologies et santé et Bureau des systèmes d'information. Prévention des fractures liées à l'ostéoporose nutrition de la personne âgée. 2001. www.sante.gouv.fr/html/pointsur/nutrition/
- 49 Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes, Recommandations pour les professionnels de santé. St Denis la Plaine : HAS ; 2005.
- 50 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Recommandations pour la pratique clinique : Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Paris : ANAES ; 2004.
- 51 American Academy of Family Physicians, The American Dietetic Association. A physician's guide to nutrition in chronic disease management for older adults. 2002. www.aafp.org
- 52 Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Traitement médicamenteux du diabète de type 2. St Denis : AFSSAPS, 1999.
- 53 Marchand V. Rôle des diététiciens dans le réseau REVEDIAB. Inform Diét 2003 ; 1 : 22-24.
- 54 Varroud-Vial M. Réseaux de soins aux diabétiques de type 2 et traitement diététique. Inform Diét 2003 ; 1 : 20-1.
- 55 Ordre Professionnel des Diététistes Québécois. Manuel de Nutrition clinique. 2000.
- 56 The British Dietetic Association. Nutrition Screening Tools. Birmingham : BDA ; 1999. <http://www.bda.uk.com/>
- 57 Veterans Health Administration. Clinical Nutrition Management. VHA Handbook 2001 ; 1109-2 : 1-13.
- 58 Silver HJ, Wellman NS. Nutrition Diagnostic and order writing : Value for practitioners, quality for clients. J Am Diet Assoc 2003; 130(11): 1470-2.
- 59 Lerebours E. Aspect réglementaire et prise en charge. In : Lerverve X., Cosnes J., Amy P., Hasselmann M. Traité de nutrition artificielle de l'adulte. Paris : Éditions Mariette Guéna, 1998 : 559-79.
- 60 Association de Langue Française pour l'Étude du DIABète et des Maladies métaboliques Paramédical et Association des Diététiciens de Langue Française. Coordination, Masseboeuf N. Recommandations de bonnes pratiques : Éducation diététique du diabète de type 2. 2003. www.alfediam.org
- 61 Association de Langue Française pour l'Étude du Diabète et des Maladies métaboliques Paramédical et Association des Diététiciens de Langue Française.

- Coordination : Nathalie Masseboeuf. Recommandations de bonnes pratiques : alimentation et diabète de type 2. 2003. www.alfediam.org
- 62 Basdevant A, Laville M, Lerebours E. Traité de nutrition clinique de l'adulte. Paris : Flammarion, 2001.
- 63 Daniel Lamaziere MD, Taris Morel F. Prise en charge éducative de l'obésité. Objectif Soins 2005 ; 136 : 26-30.
- 64 Ivernois (D') JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Paris : Maloine, : 2004 ; 2ème Ed, Collection Éducation du patient.
- 65 Masseboeuf N. Formation des soignants à l'éducation thérapeutique. Le diététicien : du technicien à l'éducateur du patient. Inform Diét 2004 ; 4 : 27-30.
- 66 Organisation Mondiale pour la Santé. Éducation thérapeutique du Patient, programmes de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : Recommandations. Genève : OMS, 1998.
- 67 Iguenane J, Gagnayre R. L'Éducation thérapeutique du patient: le diagnostic éducatif. Cah Kinés 2004 ; 29 - 30 : 58-64.
- 68 Escorbiac V, Revel A. Diététique et Prévention d'une prise de poids excessive en cours de grossesse. Inform Diét 2002 ; 2 : 13-19.
- 69 Escorbiac V, Revel A. A quoi sert une consultation diététique dans une maternité. Information Diététique 2001 ; 3 : 11-16.
- 70 Laffitte A. L'acte de consultation diététique : une ressource inexploitée. Mémoire de maîtrise 1994-1995.
- 71 Ministère délégué à la Santé. Programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2. Paris : 2002-2005.
- 72 Desalme A, Langard T. Réflexions sur la prise en charge diététique des patients obèses. Inform Diét 1998 ; 4 : 65-68.
- 73 Combret D, Maze MC, Desbrosse E, Besombes C, Bouzaher MJ, Goy F. Mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité du soin nutritionnel. Gest Hosp 2001 ; 1 : 125-8.
- 74 Guy Grand B, Lebarzic M, Basdevant A. Le comportement alimentaire, du normal au pathologique. Paris : Documentation scientifique, 1990.
- 75 Duthieuw N. Expérience de coanimation psychologue/diététicienne. Inform Diét 1998 ; 4 : 69-70.
- 76 U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling in primary care to promote healthy Diet. AHRQ 2003 ; 03-514A : 1-11.
- 77 POUGET I, HARDION M. Éducation et suivi des malades en nutrition entérale à domicile. Information Diététique 2001 ; 3 : 4-5.
- 78 Association Française d'Études et de Recherche sur l'obésité, Association de Langue Française pour l'Étude du Diabète et des Maladies métaboliques, Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française. Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité. 1998 ; 24 : 1-42.
- 79 Viudes F. Prise en charge diététique de la chirurgie de l'obésité : expérience de cinq années. Inform Diét 2003. 4 : 11-5.
- 80 Lazzer S, Boirie Y, Itier A, Brandolini M, Meyer M, Vermorel M. Évaluation des apports alimentaires d'adolescents obèses et post-obèses : comparaison de la méthode iconographique SU.VI.MAX à la méthode de pesée des aliments. Cah Nutr Diét 2005 ; 40-1 : 45-51.
- 81 Clinical Care Management, Clinical Quality Management. Clinical Practice Guideline Dietetic 2003 : references: CPG UM3 Revision 1 (Dietetic) revised 2004.
- 82 Anderson J.C., Gustafsson K., Fjellstrom C., Sidenvall B., Nydahl M. Meals and energy intake elderly women an analysis of qualitative and quantitative dietary assessment methods. J Hum Nutr Dietet 2001; 14 : 467-76.
- 83 Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique. Paris : VIGOT, 1998.
- 84 Naili Douaouda M., Naili Douaouda B. Le diététicien et les premiers entretiens familiaux comme outil d'évaluation systémique. Inform Diét 2002 ; 3 : 21-8, et 4 : 33-6.
- 85 The British Dietetic Association. Guidance on Standards for records and record keeping. Birmingham : BDA ; 2001.
- 86 The British Dietetic Association. Prescribing for Registered Dietitians. Birmingham : BDA ; 2003.
- 87 Depraz-Cissoko MP, Coti P, Roulet M. Place et rôle des diététiciens dans une unité transversale de nutrition clinique. Éditions scientifiques et médicales. Rubrique : Nutr Clin Métab 2003 ; 17 : 258-62.
- 88 American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Standards of practice for nutrition supports dieticians. J Am Diet Assoc 2001; 101 : 825-32.
- 89 Seguy D, Seignez B. Place du diététicien dans l'équipe de soutien nutritionnel : évolution d'une profession. Cahiers de nutrition et de diététique 2005 ; 40 (2) : 103-8.
- 90 Fantino M. Plaisir et prise alimentaire : aspects physiologiques. Cah Nutr Diét 1999 ; 34-3 : 149-52.
- 91 The British Dietetic Association. The extending role of the dietitian. Birmingham : BDA ; 1999.
- 92 Dietsch J. Le diagnostic diététique : du contexte au concept. Information Diététique 2002 ; 3 : 16-20.
- 93 Combret D. Diagnostic diététique : démarche de soin nutritionnel. Inform Diét 2002 ; 1 : 17-9.
- 94 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personne en situation de dépendance. Paris : ANAES ; 2004.
- 95 Lamisse F. Évaluation de l'état nutritionnel. Collège des Enseignants en Nutrition : 1996 ; 2 : 75-85.
- 96 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. Paris : ANAES ; 2000.

- 97 Lahlou S. Peut-on changer les comportements alimentaires ? Cahiers de nutrition et de diététique 2005 ; 40 (2) : 91-96.
- 98 Vogelzang JL, Roth-Yousey LL. Standards of professional practice : measuring the beliefs and realities of consultant dieticians in Health Care Facilities. J Am Diet Assoc 2001 ; 101(4): 473-80.
- 99 Ryan C, Shea ME. Recognizing depression in older adults : the role of the dietician. J Am Diet Assoc 1996; 96(10): 1042-4.
- 100 Martin A. Apports Nutritionnels Conseillés pour la population française. Paris :Tec et Doc Lavoisier, 2001 3e édition.
- 101 Chiva M. Religions, cultures, pratiques culinaires. Inform Diét 2000 ; 4 : 36-7.
- 102 Defrance C. La motivation dans le traitement de la dépendance. Nutrition et facteurs de risques 2004 ; 12 : 17-24.
- 103 Igunenae J. Motivation et éducation thérapeutique, les clés de l'apprentissage du patient. Nutrition et facteurs de risques, 2004 ; 2 : 27-30.
- 104 Debry G. Les enquêtes alimentaires : utilités, méthodologies, indications et validités. Collège des Enseignants en Nutrition 1996 ; 2 : 19-27.
- 105 Schaeffer F, Krempf M. Régime sans sel : le retour! Cah Nutr Diét 2004 ; 39(2): 159-63.
- 106 Institut Français pour la Nutrition. Abords méthodologiques des enquêtes de consommation alimentaire chez l'homme. Paris : Dossier scientifique de l'IFN : 1996.
- 107 Berrewaerts J, Libion F, Deccache A. Quels critères et indicateurs d'évaluation sont à privilégier en éducation pour la santé en milieux de soins ? UCL-RECO, Unité d'Éducation pour la Santé, École de santé Publique – Centre « Recherche en systèmes de santé, Service Communautaire de Promotion de la Santé, 2003 ; réf 03-23.
- 108 Health Canada, The Bristish Columbia College of Family Physicians, The Maintenance of Competence. Outils de communication I et II. 2001.
- 109 Joule RV, Beauvois JL. Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens. Grenoble : PUG, 2002.
- 110 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé, actualisation. Paris : ANAES ; 2003.
- 111 Picard G. La transmission des informations diététiques dans le dossier de soin. Inform Diét 2000 ; 2 : 39-45.
- 112 Barthelemi C, Prouvost-Keller B. Expérience de réseau Ville-Hôpital VIH des Alpes Maritimes dans l'organisation de la prise en charge diététique des patients infectés par le VIH. Inform Diét 1999 ; 4 : 19-21.
- 113 Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique, élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. St Denis la Plaine : HAS ; 2005.
- 114 Jenicek M. Identifying cases of disease. Clinimetrics and diagnosis. In : Foundations of evidence-based medicine. Washington : The Parthenon Publishing group ; 2003 p. 107-46.
- 115 Burden ST, Bodey S, Bradburn YL, Murdoch S, Thomson AL, Sim JM, Sowerbutts AM. Validation of a nutrition screening tool : testing the reliability and validity. J Hum Nutr Dietet 2001; 14 : 269-75.
- 116 Pattison R, Corr J, Ogilvie M, Farquhar P, Sutherland D, Davidson HIM, Richardson RA. Reliability of a qualitative screening tool versus physical measurements in identifying under nutrition in an elderly population. J Hum Nutr Dietet 1999; 12 : 133-40.
- 117 VIDAL, 2005, Paris : 81ème édition.
- 118 Favier J.C.,Ireland-Ripert J., Fouque D., Feinberg M. Répertoire général des aliments. Table de composition du CIQUAL. INRA-Tec et Doc. Paris : Lavoisier, 1995.
- 119 INSERM U351, EQUIPE E3N. Manuel de photos, portions alimentaires. INSERM Paris 1993 (94805 VILLEJUIF cedex).
- 120 Shetty Ps, James Wp. Body mass index, a measure of chronic energy deficiency in adults. FAO Food Nutr Pap 1994; 56 : 1-57
- 121 Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Dépistage de la dénutrition ou son risque à l'admission et au cours de l'hospitalisation en se basant sur des critères cliniques simples. <http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/> dossier nutrition. Juin 2005
- 122 Ricour J. Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé. Ministère de la santé et de la protection sociale: 2002. www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/ dossier nutrition.
- 123 Courat L, Preux PM, Archambeaud-Mouverous F, Pillgran B, Desport JC. La mesure du métabolisme de base reste fondamentale pour établir les apports énergétiques conseillés aux patients obèses. Cah Nutr Diet 2005 ; 40,2 : 109-14.
- 124 Portions alimentaires, manuel photos pour l'estimation des quantités. SU.VI.MAX. Paris: Economica , 2002.
- 125 Mackle TM, Touger-Decker R, O'sullivan Maillet J, Lolland BK. Registred dieticians' use of physical assessment parameters in professional practice. J Am Diet Assoc 2003; 103(12): 1632-8.
- 126 Vaillant G, Marchand C. Sortir les outils pédagogiques des placards. Nutr Fact Risque 2004 ; 2 : 31-3.
- 127 Institut National de Prévention et Éducation pour la santé. Classeur et outils <http://www.inpes.sante.fr/>
- 128 Detsky A.S., Mclaughlin J.R., Johnston N., Whittaker S., Mendelson R.A., et all. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN J Parenter Enteral Nutr 1987; 11 (1) : 8-13.
- 129 Reilly HM, Martineau JK, Moran A, Kennedy H. Nutritional Screening-Evaluation and implementation of simple Nutrition Risk Score. Clin Nutr 1995 ; 14 : 269-73.

- 130 Jones JM. The methodology of nutritional screening and assessment tools. *J Hum Nutr Dietet* 2002; 15: 59-71.
- 131 Guigoz J, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly, the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996 ; 54 : S59-65.
- 132 Buzby GB, Muller JL, Matthews DC *et al.* Prognostic nutritional index in gastrointestinal surgery. *Am J Surg* 1980 ; 139 : 160-7.
- 133 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Paris : ANAES ; 1999.
- 134 Association Suisse des Diététicien(ne)s Diplômé(e)s. Manuel pratique des Diététicien(ne)s diplômé(e)s. Sursee : Edition SVDE ASSD. 2001, mise à jour 2003.
- 135 Lehmann T, Jacquemet S, Bernstein M, Golay A. Outil de diagnostic des troubles du comportement alimentaire en cas de surcharge pondérale. *Cah Nutr Diét* 1999 ; 34-3 : 161-6.
- 136 Shetty PS, Henry CJ, Black AE, Prentice AM. Energy requirements of adults : an update on basal metabolic rates (BMRs) and physical activity levels (PALs). *Eur J Clin Nutr* 1996; 50 (Suppl 1) : S11-22.
- 137 Boulier A, Fricker J, Thomasset AL, Apfelbaum M. Fat-free mass estimation by the two-electrode impedance method. *Am J Clin Nutr* 1990 ; 52 : 581-5.
- 138 Lukaski HC, Bolonchuk WW, Hall CB, Siders WA. Validation of tetrapolar bioelectrical impedance method to assess human body composition. *J Appl Physiol* 1986 ; 60 : 1327-32.
- 139 Houtkooper LB, Lohman TG, Going SB, Howell WH. Why bioelectrical impedance analysis should be used for estimating adiposity. *Am J Clin Nutr* 1996; 64 (Suppl) : 4368-485.
- 140 Brucker PS, Yost K, Cashy J, Webster K, Cella D. General population and Cancer patient norms for the functional assessment of cancer therapy-general (FACT-G). *Eval Health Prof* 2005; 28 (2) : 192-211.
- 141 Leplege A., Ecosse E., Pouchot J., Coste J., Perneger T. Le questionnaire MOS SF-36, manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Paris : ESTEM, 2001.
- 142 The British Dietetic Association. Dieticians and Research, a career long challenge. Guidance document. Birmingham : BDA ; 2000.
- 143 Fischler C. L'Homnivore. Paris : Odile Jacob, 1990
- 144 Dictionnaire des termes de médecine. Paris : Le Garnier Delamarre, 1992
- 145 Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Dépistage de la dénutrition ou son risque à l'admission et au cours de l'hospitalisation en se basant sur des critères cliniques simples. http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/nutri_hosp/rapport_pdf/annexe13_depistage.pdf

Textes législatifs et réglementaires

Code de la santé publique, Partie législative, Livre 3, Titre 7, Chapitre 1 : Exercice de la profession, Articles L. 4371-1 à L. 4371-4, Chapitre 2 : Dispositions pénales, Article L. 4372-1. Partie réglementaire, Livre III, Titre VII, Chapitre I : Exercice de la profession, Article D. 4371-1.

Code de la santé publique, Partie réglementaire, Livre III, Titre VIII : Dispositions communes, Chapitre unique, Section 3 : Sociétés d'exercice libéral constituées par des professionnels relevant du titre Ier, II, IV et VII, Article R. 4381-21 à R. 4381-101

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. NOR : MESX0100092L.

Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé. Journal Officiel du 13 janvier 2005.

Arrêté du 20 septembre 2000 modifiant le titre 1^{ier} du tarif interministériel des prestations sanitaires, et relatif aux matériels et nutriments nécessaires à la nutrition entérale à domicile.

Arrêté du 28 avril 2000 fixant la nature et la périodicité des examens médicaux assurés, dans le cadre de la surveillance médicale des sportifs de haut niveau. Journal Officiel n°102 du 30 avril 2000 page 6574.

Arrêté royal (Belgique) du 19 février 1997, relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien, et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de l'Environnement ; p 14768.

Circulaire DH/8D/85/86 du 4 mars 1985, relative aux activités des diététiciens dans les établissements d'hospitalisation publics mentionnés à l'article 1.792 du Code de la santé publique.

Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182/ du 3 avril 2000, relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.

ANNEXE 1 : Questionnaire destiné aux médecins généralistes

1. Dans votre pratique professionnelle, faites-vous appel à un diététicien pour compléter la prise en charge diététique de vos patients ?

Oui Non

Si oui, à quelle fréquence ?

1 fois par semestre 1 fois par mois 1 fois par semaine 1 fois par jour Plusieurs fois par jour
Aléatoire

Si non pourquoi ?

Vous souhaitez le faire, il n'y a pas de diététicien à proximité.

Vous ne souhaitez pas le faire.

Vous assurez vous-même la prise en charge diététique.

2. Qu'attendez-vous du diététicien ?

Une évaluation initiale lors de la prise en charge d'une personne ayant un problème d'alimentation ou de nutrition.

Un libellé de diagnostic diététique.

Des objectifs de soin nutritionnel.

Des éléments concrets comme :

- Un conseil diététique.
- L'élaboration d'un régime en fonction de paramètres déterminés.
- Une aide à la modification de comportement alimentaire.

Des éléments de suivi.

Autres :

3. Si vous adressez vos patients à un diététicien, souhaiteriez-vous recevoir un compte rendu à l'issue de la consultation diététique ?

Oui Non

Si oui :

Sous quelle forme souhaiteriez-vous ce compte rendu ?

- Un courrier.
- Un formulaire type.

Selon quel mode de transmission ?

- Transmission par courrier.
- Transmission par courriel.
- Transmission par dossier informatisé partagé par les professionnels de santé.
- Un appel téléphonique.
- Autres :

4. Quel type d'informations souhaiteriez-vous recevoir dans un compte rendu ?

- L'évaluation et la répartition non chiffrée des consommations alimentaires.
- L'évaluation et la répartition chiffrée des consommations alimentaires.
- Le diagnostic diététique.
- Les objectifs de soin nutritionnel.
- Les objectifs éducatifs.
- Les actions de modification de comportement négociées avec le patient.
- Le type de documents remis aux patients.
- Autres :

5. Vous lirez ces informations si elles comportent au maximum :

- 5 lignes ?
- 10 lignes ?
- 20 lignes ?
- 30 lignes ?
- Plus de 30 lignes ?
- Indifférent ?

MÉTHODES ET RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Méthodes et moyens :

Un questionnaire rédigé par l'ADLF et le Chef de projet, Anne Françoise Pauchet Traversat, a été proposé aux médecins généralistes libéraux du réseau des correspondants entre le 1^{er} et le 28 mars 2005. Ce questionnaire a été adressé sous deux formes :

- questionnaire en ligne, sur le réseau Intranet dédié aux correspondants, nouvellement mis en place ;
- questionnaire envoyé par message électronique.

Résultats :

1 – Population interrogée :

Nombres de généralistes	79	
Dont hommes		69
femmes		10
Nombre de questionnaires reçus	31	
Dont hommes		25
femmes		5
% de réponses	40 %	
Répartition géographique :		
Rural :	6	
Semi-rural :	8	
10 000 à 100 000 :	11	
plus de 100 000 :	6	

À noter : Un questionnaire n'a pas été utilisé, car renvoyé non rempli avec le motif suivant : « Dans ma région il existe un travail en cours avec soutien diététique en accompagnement d'un projet nutritionnel. »

2 – Résultats des questions posées :

1. Dans votre pratique professionnelle, faites-vous appel à un diététicien pour compléter la prise en charge diététique de vos patients ?

Oui : 18

Non : 12

Si oui, à quelle fréquence ?

- 1 fois par semestre : 5
- 1 fois par mois : 7
- 1 fois par semaine : 2
- 1 fois par jour : 0
- Plusieurs fois par jour : 0
- Aléatoire : 0

Si non pourquoi ?

- Vous souhaitez le faire, il n'y a pas de diététicien à proximité : 7
- Vous ne souhaitez pas le faire : 0
- Vous assurez vous-même la prise en charge diététique : 3

2. Qu'attendez-vous du diététicien ?

- Une évaluation initiale lors de la prise en charge d'une personne ayant un problème d'alimentation ou de nutrition : 23
 - Un libellé de diagnostic diététique : 7
 - Des objectifs de soin nutritionnel : 16
 - Des éléments concrets comme :
 - un conseil diététique : 11
 - l'élaboration d'un régime en fonction de paramètres déterminés : 15
 - une aide à la modification de comportement alimentaire : 26
 - Des éléments de suivi : 0
 - Autres : 1
- réponse « La prise en charge doit être psycho-diétético-comportementale, sinon elle est vouée à l'échec. »

3. Si vous adressez vos patients à un diététicien, souhaiteriez-vous recevoir un compte rendu à l'issue de la consultation diététique ?	
Oui :	30
Non :	0
Si oui :	
Sous quelle forme souhaiteriez-vous ce compte rendu ?	
• Un courrier :	22
• Un formulaire type :	8
Selon quel mode de transmission ?	
• Transmission par courrier :	16
• Transmission par courriel :	8
• Transmission par dossier informatisé partagé par les professionnels de santé :	5
• Un appel téléphonique :	0
• Autres :	0
4. Quel type d'informations souhaiteriez-vous recevoir dans un compte rendu ?	
• L'évaluation et la répartition non chiffrée des consommations alimentaires :	7
• L'évaluation et la répartition chiffrée des consommations alimentaires :	15
• Le diagnostic diététique :	18
• Les objectifs de soin nutritionnel :	22
• Les objectifs éducatifs :	19
• Les actions de modification de comportement négociées avec le patient :	23
• Le type de documents remis aux patients :	16
• Autres :	0
5. Vous lirez ces informations si elles comportent au maximum :	
5 lignes ?	0
10 lignes ?	2
20 lignes ?	2
30 lignes ?	7
Plus de 30 lignes ?	1
Indifférent ?	19

ANNEXE 2 : Questionnaire destiné aux diététiciens réalisant des consultations

I Mode d'exercice :

- I-1 Exercice libéral :
- I-2 Exercice hospitalier : **CHU** , **CH** , **CHS** , **Établissement privé** , **CLCC** , **autre** **préciser :**
- I-3 Réseaux, association, hospitalisation à domicile :
Réseaux de soins , **Association de patients** , **Hospitalisation à domicile** , **autre**
préciser :
- I-4 Autres **préciser :**

II Nombre et type de consultations

II-1 Combien de consultations réalisez-vous par an ? :.....

Nous avons classé les consultations ainsi :

- Consultation à **but de diagnostic** (bilan diététique et diagnostic diététique) ;
- Consultation à **but thérapeutique** (traitement diététique pour insuffisance rénale, maladie métabolique, etc.) ;
- Consultation à **but préventif** (conseil pour prévention primaire, secondaires, etc.) ;
- Consultation à **but éducatif** (pédagogie ou accompagnement pour modification du comportement alimentaire dans le cadre de maladies chroniques) ;
- Consultation **de soutien** (suivi de personnes nécessitant un accompagnement) ;
- Consultation à **but informatif**.

II-2 Êtes-vous d'accord avec la définition des différentes consultations : **oui** **non**
Si non, quelles définitions donneriez-vous ? :

.....

II-3 À votre avis quelles sont celles qui prennent le plus de temps ? :

II-4 À quel niveau (en temps) les évaluez-vous ? :

II-5 Parmi ces consultations, pouvez-vous préciser, par catégorie en moyenne le nombre et la durée :

		Nombre de consultations	Durée moyenne de la consultation
II-5-1	Consultations à but de diagnostic (bilan diététique et diagnostic diététique) :		
II-5-2	Consultations à but thérapeutique (traitement diététique pour insuffisance rénale, maladie métabolique, etc.) :		
II-5-3	Consultations à but préventif (conseil pour prévention primaire, secondaires, etc.) :		
II-5-4	Consultations à but éducatif (pédagogie ou accompagnement pour modification du comportement alimentaire dans le cadre de maladies chroniques) :		
II-5-5	Consultations de soutien (suivi de personnes nécessitant un accompagnement) :		
II-5-6	Consultations à but informatif :		
II-5-7	Impossible de répondre (pas d'éléments à disposition par exemple ; etc.) :		

III Prescription médicale

III-1 Quel est le pourcentage estimé de patients arrivant avec une prescription médicale écrite ?
(document daté, signé, stipulant l'intervention d'un diététicien) : %

III-2 Quelles sont les indications figurant sur cette prescription ?

		Cocher dans la colonne la fréquence :			
		0 = jamais	1 = peu souvent	2 = assez souvent	3 = très souvent
III-2-1	Pathologie,				
III-2-2	Indication de régime,				
III-2-3	Indication en termes de nutriments,				
III-2-4	Indication en termes d'aliments				
III-2-5	Indication demandant votre avis d'expert				
III-2-6	Consultation à but diagnostique				
III-2-7	Consultation à but thérapeutique				
III-2-8	Consultation à but préventif				
III-2-9	Consultation à but éducatif				
III-2-10	Consultation de soutien				
III-2-11	Autre :				
III-2-12	Autre :				

III-3 Citer deux exemples d'indications parmi celles qui vous manquent le plus sur les prescriptions médicales :

III-3-1 :

III-3-2 :

IV Compte rendu de la consultation

IV-1 Réalisez-vous un compte rendu de la consultation ? : oui toujours oui parfois rarement jamais

IV-2 Sous quelle forme ? : texte libre formulaire type

IV-3 Est-ce important de le transmettre ? Oui non

IV-4 Si oui, à qui le transmettez-vous ? Médecin prescripteur oui non

Autre préciser :

IV-5 Quel est le mode de transmission de ce compte rendu ?

IV-5-1 Courrier

IV-5-2 Courriel (courrier électronique)

IV-5-3 Fiche diététique d'un dossier patient partagé

IV-5-5 Appel téléphonique

IV-5-6 Autre préciser :

IV-6 Quels types d'informations transmettez-vous ?

IV-6-1 L'évaluation et la répartition non chiffrée des consommations alimentaires

IV-6-2 L'évaluation et la répartition chiffrée des consommations alimentaires

IV-6-3 Le diagnostic diététique

IV-6-4 Les objectifs de soin nutritionnel

IV-6-5 Les objectifs éducatifs

IV-6-6 L'avis sur la compliance du patient

IV-6-7 Les actions de modifications de comportement négociées avec le patient

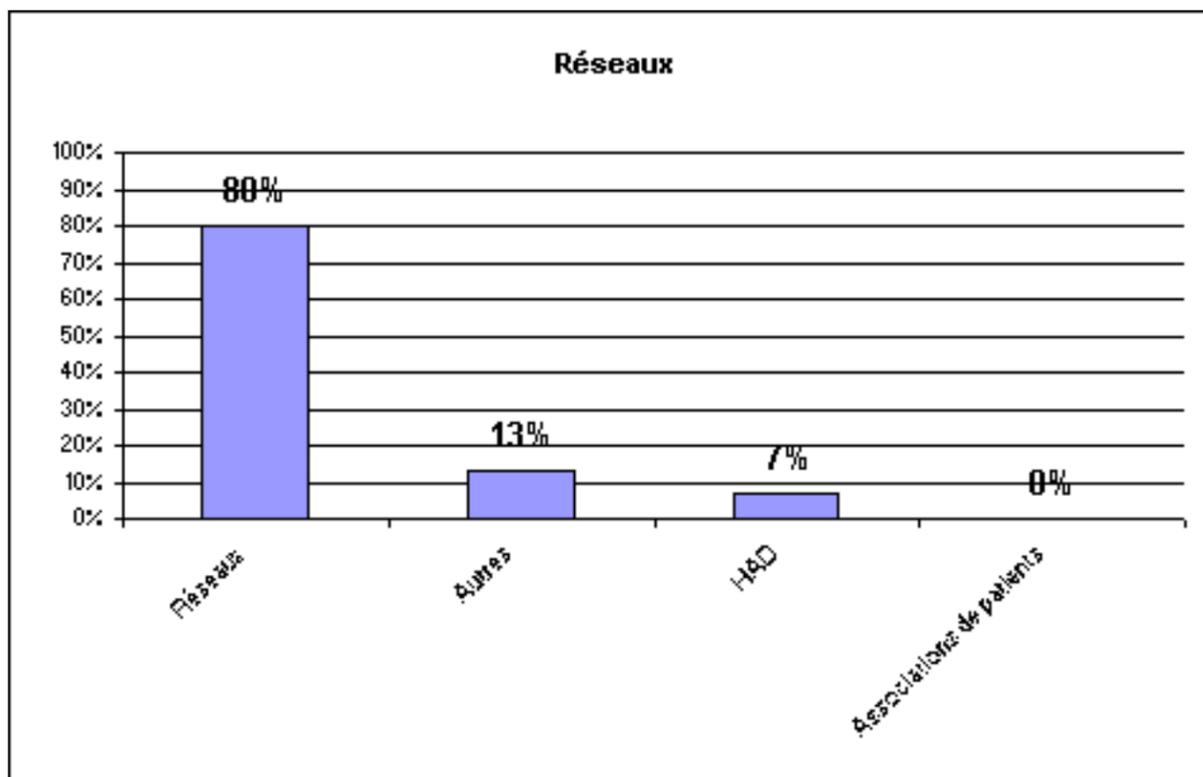
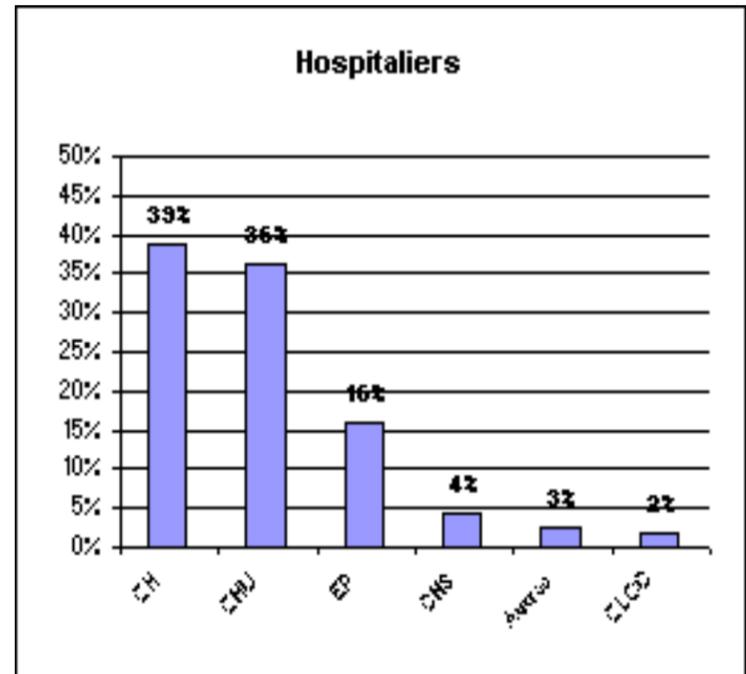
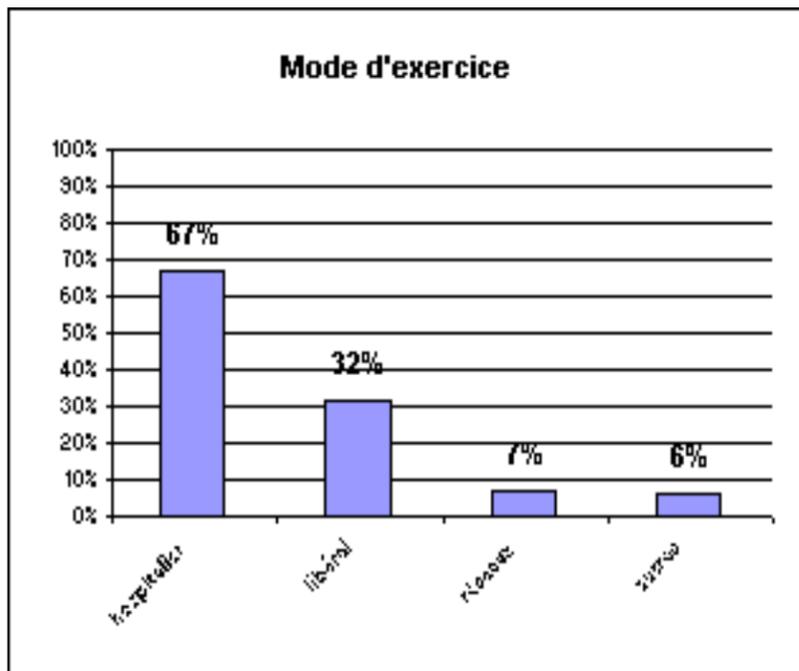
IV-6-8 Le type de document remis aux patients

IV-6-9 Autres préciser :

Résultats du questionnaire destiné aux diététiciens réalisant des consultations

Ce questionnaire a été adressé par courriel à 893 diététiciens membres de l'ADLF disposant d'une adresse électronique. Il n'a pas été effectué de tri des adresses pour sélectionner les diététiciens qui réalisent des consultations. De ce fait, nous avons reçu 168 réponses exploitables, 60 réponses n'étaient pas exploitables, soit 25 % de réponses.

I – Mode d'exercice



II – Nombre et type de consultations

II – 1 – Sur 168 réponses, 153 diététiciens ont donné un nombre de consultations effectuées par an

Au total, 97 268 consultations, soit 636 par diététicien en moyenne.

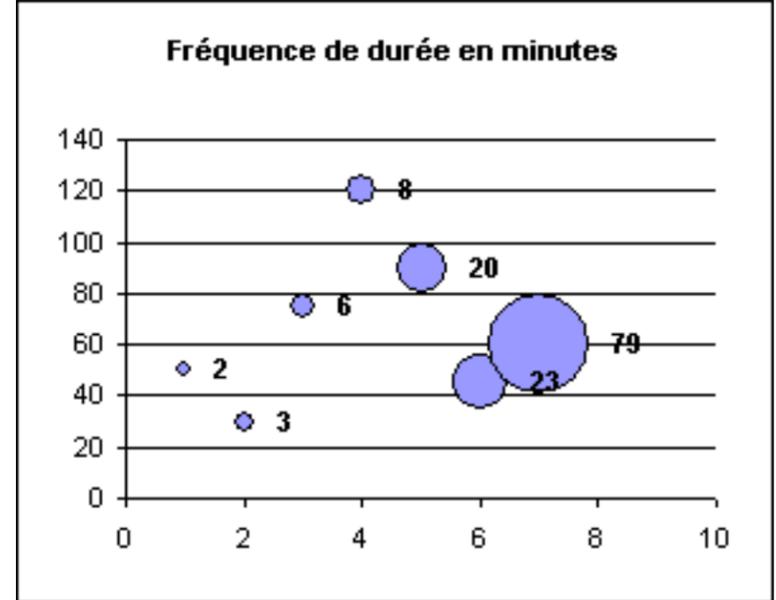
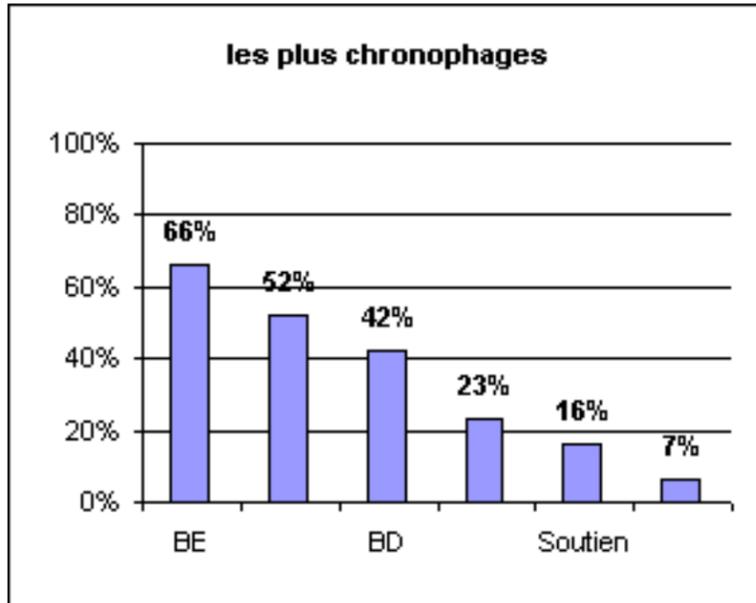
On peut classer :

- 39 diététiciens effectuent de [0-200] consultations par an ;
- 42 diététiciens effectuent de [200-500] consultations par an ;
- 38 diététiciens effectuent de [500-1000] consultations par an ;
- 34 diététiciens effectuent de [1000-4000] consultations par an.

II – 2 – 132 diététiciens sont d'accord avec les définitions des consultations proposées, 61 ont proposé d'autres définitions

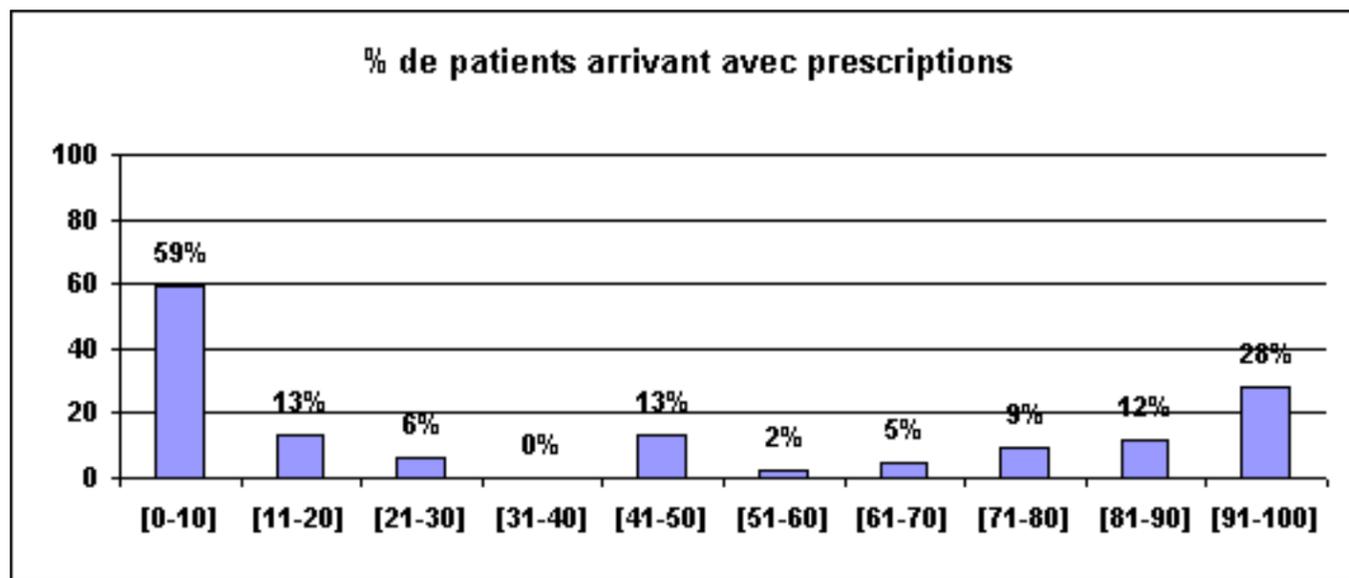
II – 3 – Les consultations les plus chronophages

II – 4 – Les plus chronophages sont évaluées en durée

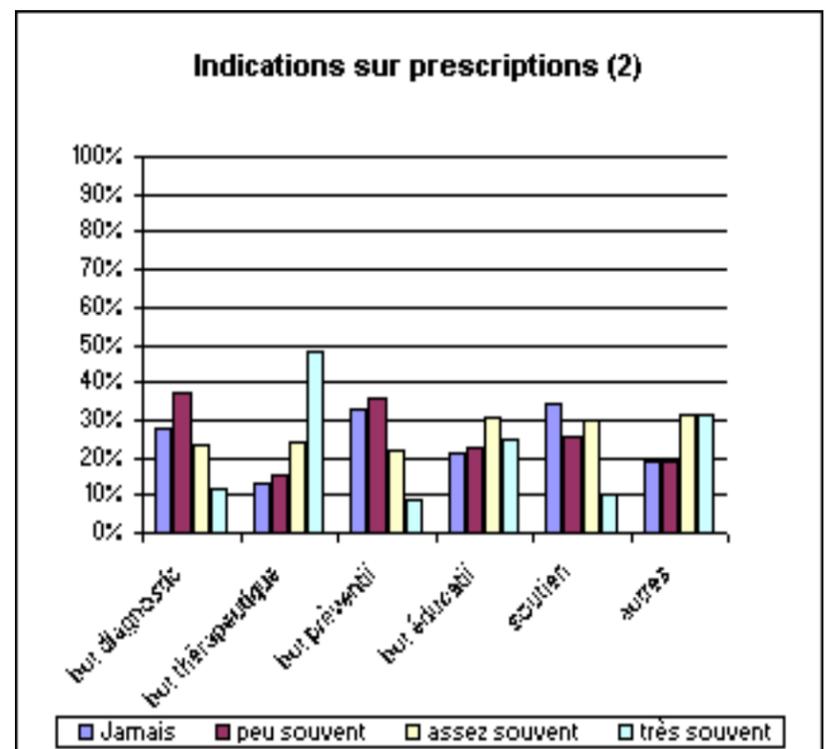
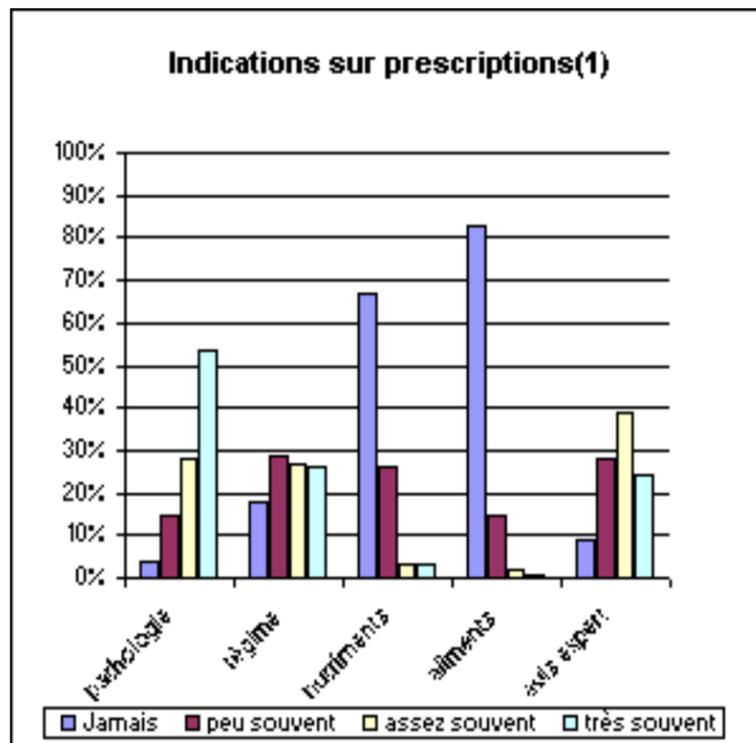


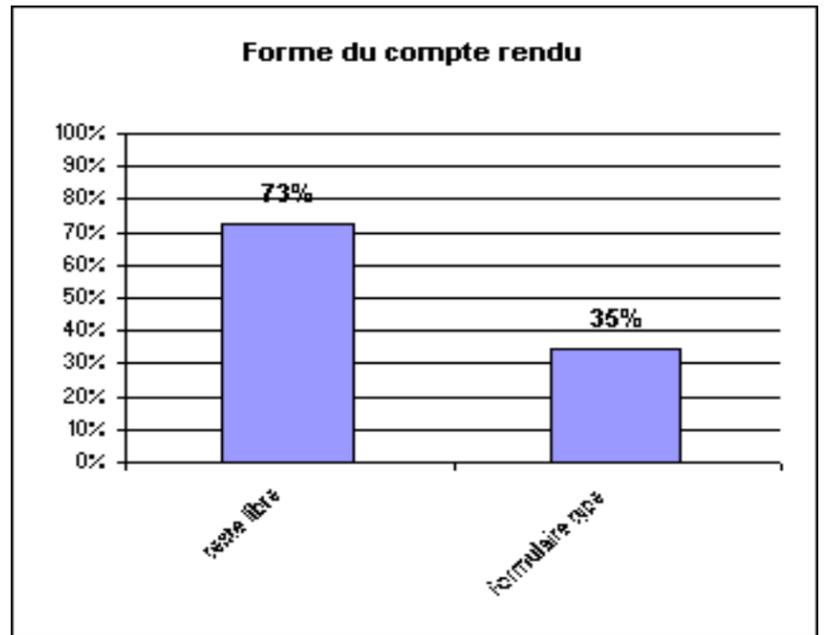
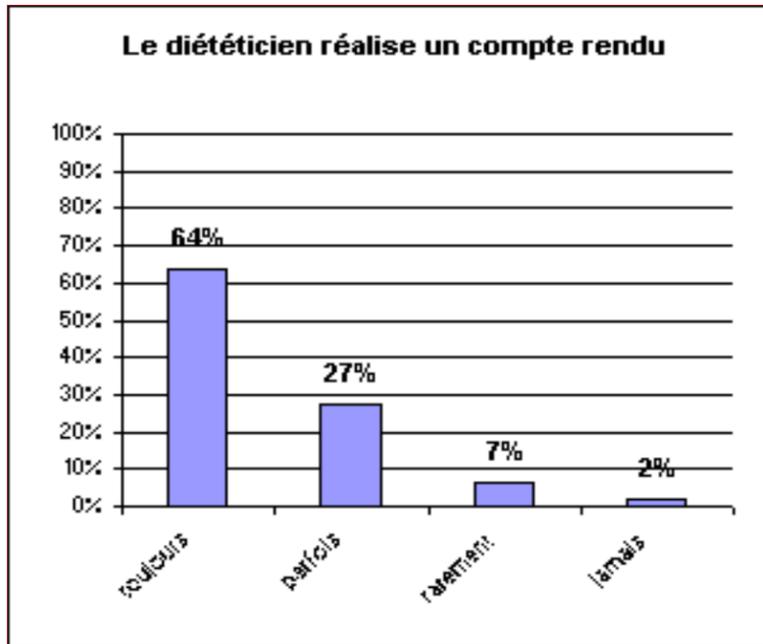
Sont dans l'ordre suivant : but éducatif, thérapeutique, de diagnostic, préventif, soutien et informatif.

III – 1 – Le pourcentage de patients avec une prescription médicale écrite



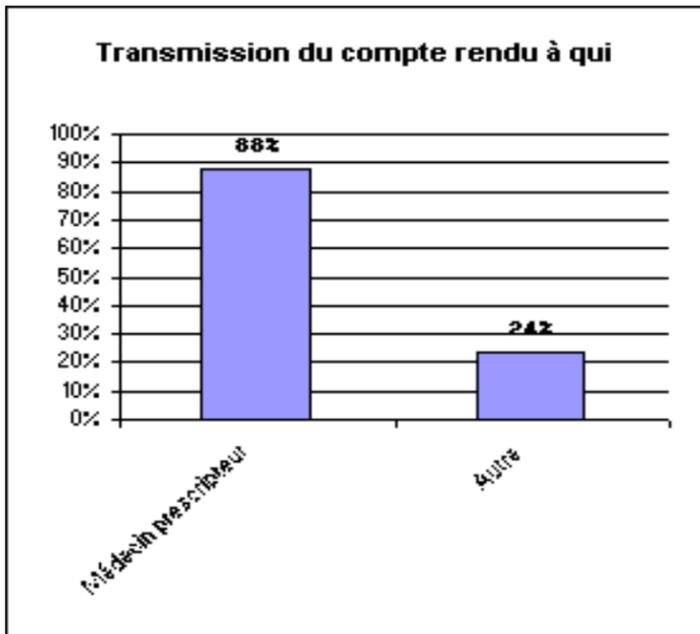
III – 2 – Les indications figurant sur la prescription



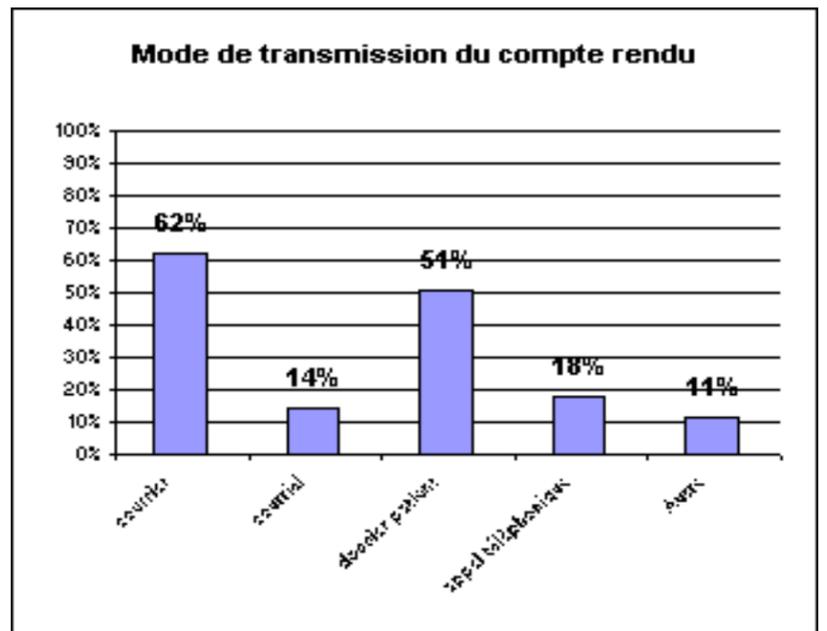


IV – 3 – 92 % pensent qu'il est important de transmettre un compte rendu

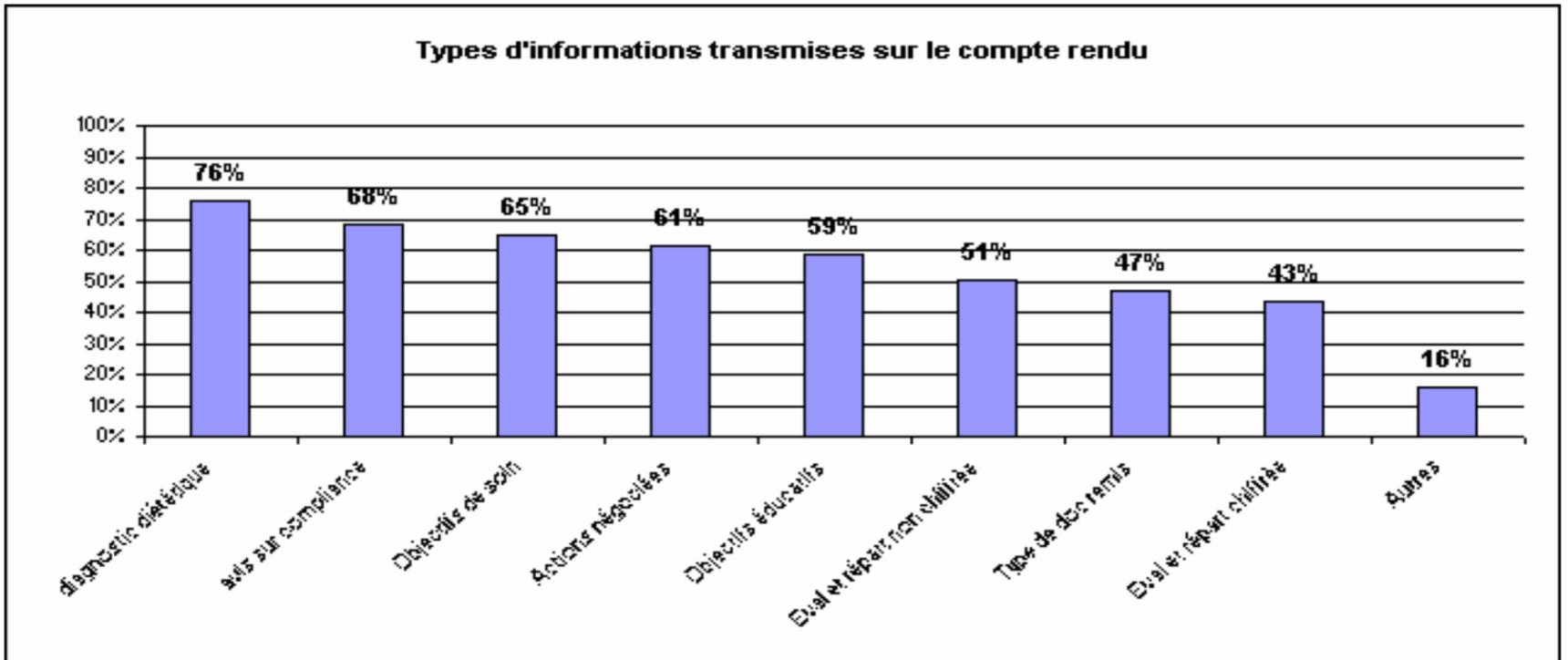
IV – 4 – Transmission du compte rendu



IV – 5 – Mode de transmission du compte rendu



IV – 6 – Type d'informations transmises



ANNEXE 3 : Actions réalisées par un diététicien suivant les objectifs de consultation

		Consultation initiale			Consultation(s) de suivi		Consultation finale
		Objectif de diagnostic	Objectif de diagnostic et préventif	Objectif de diagnostic et thérapeutique et/ou éducatif	Objectif préventif	Objectif thérapeutique et/ou éducatif	Bilan
Actions planifiées par le diététicien	<i>Planification des actions de soins nutritionnels non spécifiques au diététicien</i>	X	X	X	X	X	
Actions spécifiques réalisées par le diététicien	<i>L'évaluation fine des consommations et des habitudes de vie</i>	X		X		X	X
	<i>La négociation d'actions et d'objectifs avec le patient</i>	X	X	X	X	X	
	<i>Les outils et méthodes d'éducation thérapeutique adaptés</i>			X		X	
	<i>L'adaptation des consommations alimentaires</i>			X	X	X	
	<i>L'explication de conseils personnalisés</i>		X	X	X	X	
	<i>L'aide et l'accompagnement à l'élaboration d'une stratégie</i>		X	X	X	X	
	<i>L'information du patient</i>	X	X	X	X	X	
	<i>Le conseil de compléments nutritionnels oraux et/ou produits d'alimentation entérale</i>			X		X	
	<i>L'évaluation des difficultés, des moyens mis en oeuvre pour modifier un comportement alimentaire. Comparaison de cette évaluation aux résultats obtenus à la fin d'une période : signes cliniques, résultats d'examens biologiques et anthropométriques</i>						X

ANNEXE 4 : Éléments de traçabilité du soin diététique dans le dossier patient

Renseignements socio-administratifs

Numéro de dossier.
Nom et prénom.
Sexe.
Date et lieu de naissance.
Situation de famille.
Personne référente du patient (père, mère, tuteur, etc.).
Profession, niveau scolaire.
Nationalité (langue parlée et écrite).
Adresse postale.
Adresse électronique.
Téléphone.
Couverture sociale.
Affection de longue durée.
Nom de l'assuré.
Numéro de Sécurité sociale.
Référence de mutuelle.
Date de début de prise en charge par le diététicien.
Date des consultations de suivi.
Nom du(des) diététicien(s) responsable(s).
Nom du médecin traitant ou médecin référent.
Autres intervenants.

Renseignements médicaux et cliniques

Nom du prescripteur et date de la prescription.
Motif de la demande de prise en charge diététique.
Diagnostic médical (principal et associé).
Autres pathologies en lien avec l'état nutritionnel.
Paramètres biologiques.
Antécédents médicaux, chirurgicaux, nutritionnels.
Traitements en cours, interaction avec les médicaments et aliments.
Troubles de la mastication, de la déglutition
Troubles de la digestion.
Allergies.
Paramètres anthropométriques :
– Poids ;
– Taille ;
– IMC ;
– Tour de taille ;
– Mesure de la composition corporelle.
Score de dépistage de la dénutrition.
Évaluation de la dépense énergétique.

Histoire du poids.
Autres marqueurs anthropométriques.
Troubles du comportement alimentaire.
Évaluation de la douleur.

Conditions de vie

Mode de vie : composition de la famille, entourage, vie sociale.
Activités de la vie quotidienne.
Appréciation des moyens financiers.
Habitudes pour la préparation des repas.
Nombre de repas par jour/lieux des repas.
Ressentis lors de la prise alimentaire.
Durée de la prise des repas.
Préférences alimentaires.
Handicaps.
Appréciation de la qualité de vie.
Appréciation de l'activité physique, sédentarité.
Appréciation de la consommation de tabac.

Connaissances de la personne

Appréciations des attentes, motivations, satisfaction.
Appréciation des difficultés, peurs, croyances alimentaires.
Évaluation des connaissances et compétences de la personne soignée.
Évaluation de la réalisation des objectifs de soin nutritionnel, diététique et des actions négociés.
Évaluation de l'acceptabilité de la personne soignée.
Stade d'acceptation de la maladie.
Autonomie.

Évaluation des consommations (orales et entérales) alimentaires et hydriques

Non chiffrée.
Chiffrée.
Évaluation des apports en alimentation entérale et parentérale.

Compte rendu de soin

Contenant : diagnostic diététique, stratégie de soin diététique (les objectifs et actions négociés), réajustements, documents remis à la personne soignée, les contacts avec les professionnels, date et signature du diététicien.