

AFDN

Recommandations pour la pratique clinique

Le soin diététique
réalisé par un diététicien
en établissement de santé

Recommandations

Mai 2011

Sommaire

Sommaire	2
Glossaire	3
Recommandations	6
1. Introduction	6
1.1 Thème, objectifs et limites des recommandations	6
1.2 Gradation des recommandations	6
2. Le soin diététique réalisé par un diététicien	7
2.1 Définition du soin diététique	7
2.2 Intérêt du soin diététique réalisé par un diététicien	8
3. Modalités de la prise en soin diététique en établissement de santé	8
3.1 Définition de la prise en soin diététique	9
3.2 Eléments de la demande de soin diététique réalisé par un diététicien	9
3.2.1 Caractéristiques minimales d'une prescription médicale diététique	9
3.2.2 Caractéristiques complémentaires de la prescription médicale diététique	9
3.3 Outils	9
3.4 Traçabilité	9
4. Démarche de soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé	9
4.1 Objectifs de la démarche de soin diététique	9
4.2 Les étapes de la démarche de soin diététique	10
4.3 Bilan diététique à visée diagnostique	11
4.3.1 Recueil de données générales	12
4.3.2 Recueil de données spécifiques	12
4.3.3 Les outils habituels (annexe 1)	13
4.3.4 Outils complémentaires adaptés à des pathologies ou situations particulières	13
4.3.5 L'entretien diététique	13
4.3.6 Diagnostic diététique	14
4.4 Plan de soin diététique (Stratégie diététique et objectifs de soin diététique)	15
4.4.1 Les objectifs de soin diététique	15
4.4.2 La (les) préconisation(s) de soin diététique(s)	15
4.4.3 Programme de soin (Planification des actions propres au diététicien)	16
4.4.4 Éducation thérapeutique	16
4.5 Évaluation de l'atteinte des objectifs de soin diététique	18
4.5.1. Évaluation des objectifs de consommation	18
4.5.2. Évaluation des objectifs cliniques	18
4.5.3. Évaluation des objectifs éducatifs	18
4.6 Synthèse de la démarche de soin (Préparation à la sortie de l'établissement de santé)	19
4.6.1 La préconisation de soin diététique de sortie	19
4.6.2 Résumé de soin diététique (Les documents de la sortie)	19
5. Environnement et communication interprofessionnelle	20
5.1 Eléments de coordination du soin nutritionnel	20
5.2 Dossier du patient	20
6. Recherches à mener	20
7. Conclusion	21
Annexes	21
Participants	47
Fiche descriptive	48
Fiche de synthèse	48

Glossaire

Bilan diététique :

anamnèse effectuée par le 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.

Cible : énoncé concis et très précis qui attire l'attention par rapport à ce qui se passe pour la personne soignée ou dans son entourage. Centrée sur la personne soignée, elle n'est pas un jugement de valeur ni une pathologie.

Consultation

diététique : ensemble d'actes de soins réalisés suite à une prescription médicale ou à la demande d'un particulier, qui se déroule en entretien de face à face entre la personne soignée (accompagnée ou non de son entourage) et le diététicien. La consultation diététique s'appuie sur la démarche de soin diététique : elle peut être à visée éducative, préventive ou thérapeutique et s'adresse à la personne soignée hospitalisée ou en ambulatoire (Consultation diététique/HAS).

Démarche de soin diététique : ensemble

d'actions de soins 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.

Diagnostic diététique : fondé sur l'interaction du soignant-soigné, il s'appuie sur le raisonnement clinique du diététicien à partir du recueil de données concernant l'analyse du bilan diététique, des désordres nutritionnels, des objectifs médicaux, du vécu et des habitudes de vie de la personne (AFDN/HAS).

Il est l'énoncé d'un jugement « clinique » sur les réactions d'une personne, d'une collectivité à un problème nutritionnel de santé présent ou potentiel. Il sert de référence au diététicien pour mettre en place une stratégie diététique personnalisée et pour choisir les actions qui

doivent permettre à la personne d'atteindre les objectifs de soin nutritionnel. Il apporte une aide au médecin et autres partenaires de soin.

Diagnostic diététique

éducatif : étape initiale d'une stratégie diététique éducative, destinée à fixer avec la personne soignée les objectifs éducatifs. Elle permet d'identifier les besoins éducatifs de la personne soignée, en termes de connaissances, de représentations, de son rapport à la maladie, de ses projets et de ses capacités d'apprentissage.

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 ». 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 ».

Aujourd'hui, la diététique est une discipline qui grâce à l'alimentation vise à améliorer l'état nutritionnel, à

réduire le risque de développer certaines maladies ou leurs complications, et à optimiser l'état de santé et la qualité de vie des personnes à tous les âges de la vie. Elle s'appuie sur des recherches scientifiques et prend en compte la dimension culturelle et psychologique ainsi que la notion de plaisir qui se rattache aux habitudes de vie. Cette discipline est mise en œuvre au travers d'actions d'information, d'éducation, de rééducation, ou de recherche, dans le champ de l'alimentation et de la santé.

Diététicien nutrition-

niste : paramédical rééducateur formé aux sciences de la nutrition et à leurs applications pratiques. Le diététicien est un professionnel de santé dont l'exercice est réglementé par le Code de la santé publique (loi 2007-127 du 30 janvier 2007). Selon l'article L4371-1 « est considéré 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 personnes soignées

atteintes 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 ». En 2008, l'appellation « diététicien nutritionniste » a été entérinée, conformément à l'art. L4371-2 du Code de la santé publique qui autorise le titre de diététicien à être accompagné ou non d'un qualificatif, par l'association des diététiciens devenue alors l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN).

Dossier du Patient (DPA) : support de l'ensemble des informations recueillies concernant la prise en charge de la personne soignée et dont les différentes composantes (dossier médical, dossier de soins, dossier administratif, dossier social) intègrent des éléments communs, voire partagés. Tout écrit professionnel doit être nominatif, daté et signé.

Dossier diététique : fait partie intégrante du DPA et représente le support indispensable de la traçabilité de la démarche de soin diététique.

Éducation nutritionnelle :

l'éducation nutritionnelle s'inscrit dans l'éducation thérapeutique (domaine nécessitant des compétences spécifiques en diététique, nutrition thérapeutique, sciences humaines) et dans 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, sociaux, éducatifs, des psychologues, des pédagogues. L'éducation nutritionnelle a la particularité d'intervenir sur des connaissances scientifiques liées à la nutrition, au comportement alimentaire, à la sociologie et à la santé de l'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 meilleure santé. Elle vise la responsabilisation de la personne soignée et son autonomie.

Éducation

thérapeutique :

« 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 leur famille 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 ».

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

Évaluation des consommations alimentaires :

estimation et analyse 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 psychosociale :

permet d'apprécier les aspects de la vie et du vécu de la personne soignée. Elle intègre l'évaluation des représentations et des croyances de santé, de l'estime de soi, de la perception d'auto-efficacité à se soigner et de la qualité de vie.

Évaluation du soin diététique :

phase qui permet de vérifier l'efficacité des soins

diététiques donnés (obtention des effets attendus et atteinte des objectifs). C'est une mesure qui autorise le diététicien à mettre en place de nouvelles interventions diététiques, à fixer de nouveaux objectifs, à énoncer d'autres diagnostics.

Macro cible : présente les informations concernant la personne soignée, de façon structurée et synthétique, à une phase précise de la prise en charge : entrée, phase diagnostique, sortie. Elle permet d'assurer un relais rapide et pertinent.

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 qui sont indispensables à l'organisme pour

assurer son entre-tien et ses besoins énergétiques.

Objectifs de soin diététique : résultats à atteindre dans un délai déterminé pour la personne soignée avec l'aide ou non de son entourage. Ces objectifs sont nutritionnels et/ou thérapeutiques et/ou éducatifs. Ils ont une orientation prescriptive, informative et éducative.

Préconisation de soin diététique : acte technique par lequel le diététicien définit les critères nutritionnels et les modalités pratiques qui permettent la réalisation concrète de la stratégie diététique.

Prescription médicale diététique : acte médical, au même titre que la prescription médicamenteuse, qui permet l'identification de l'état pathologique et de ses conséquences pour le patient, le choix du traitement le plus adapté en fonction des données scientifiques et des bénéfices que la personne soignée peut en attendre. Elle comporte les éléments nécessaires à la prise en charge par le diététicien. Elle détermine souvent un acte de longue durée.

Raisonnement clinique : démarche systématique et séquentielle de recueil de données : habitudes de vie, antécédents, données cliniques, biologiques, etc., au terme de laquelle le professionnel de santé, rassemble ces éléments et génère les actions à mettre en place, pour la prise en charge de la personne soignée.

Traçabilité : capacité à retrouver l'historique de la démarche de soin diététique au moyen d'identifications enregistrées (dossier diététique, dossier du patient, fiche de liaison, etc.).

Transmission ciblée (TC) : méthode permettant d'organiser la partie narrative du dossier du patient, pour comprendre rapidement la situation et les soins nécessaires à dispenser. Elle répond à la fois aux exigences professionnelles et légales en matière de personnalisation des soins, à l'obligation de transparence qui passe par l'évaluation des écrits professionnels (dossiers des patients, protocoles, planification...). Cette méthode, conforme au processus de soins (données, actions, résultats), évite les écrits répétitifs et structure la traçabilité de l'information.

1. Introduction

1.1 Thème, objectifs et limites des recommandations

Les recommandations « Prise en charge individuelle diététique en établissement de santé » version 1 (juin 2005) élaborées par l'Association des Diététiciens de Langue Française (ADLF) font l'objet d'une mise en cohérence avec les Recommandations pour la Pratique Clinique « La consultation diététique réalisée par un diététicien » (janvier 2006).

Ces recommandations ont été élaborées par des diététiciens nutritionnistes. Elles sont définies comme des propositions développées méthodiquement pour aider le professionnel diététicien nutritionniste en établissement de santé à rechercher les soins les plus appropriés à la personne soignée et renseigner les autres soignants.

Le groupe de travail a décidé de modifier le titre des recommandations pour réaffirmer que la prise en charge diététique est dans le domaine du soin.

Les objectifs de l'élaboration de recommandations professionnelles « le soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé » sont de faciliter l'intégration de connaissances nouvelles dans la pratique quotidienne, de favoriser leur appropriation par une déclinaison en protocole de soins, de **réduire la variabilité** des pratiques.

Ces recommandations peuvent servir de référentiel pour les programmes d'amélioration de la qualité des activités de soins réalisés sur le terrain par les professionnels.

Ces recommandations apportent une aide aux diététiciens pour réaliser un soin conforme aux attendus réglementaires et professionnels et servir de base de formation aux étudiants en diététique. Elles doivent être utilisées dans la pratique quotidienne des diététiciens et pour la mise en place d'une démarche qualité du soin diététique.

Ces recommandations ont pour objectifs de :

- définir le contenu du soin diététique,
- définir les éléments spécifiques de la démarche de soin diététique : le recueil des données, le raisonnement clinique, ainsi que les actions qui en découlent et leur évaluation,
- présenter les outils utilisés par les diététiciens pour relever, comparer et interpréter les données recueillies. La pertinence et la validité d'outils spécifiques devront être évaluées selon les pathologies,
- identifier les éléments de traçabilité du soin diététique dans le dossier du patient,

- préciser les modalités de coordination entre les professionnels de santé pour assurer la continuité des soins,
- préparer le retour à domicile ou dans une structure d'accueil.

1.2 Gradation des recommandations

La méthode de travail a été celle décrite dans le guide « les bases méthodologiques pour l'élaboration des recommandations professionnelles par consensus formalisé » publié en janvier 2006 par la Haute Autorité de Santé (HAS) (www.has-sante.fr).

Les recommandations ont été classées selon les modalités retenues par la HAS :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique, fournie par des études de niveau intermédiaire,
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve.

En l'absence de précision de ces grades, les recommandations correspondent à un accord professionnel qui s'appuie sur des pratiques de terrain.

Un groupe travail, composé de diététiciens nutritionnistes (dans la suite du document le terme diététicien nutritionniste sera remplacé par diététicien), de l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN), a revu les données scientifiques françaises et étrangères concernant la prise en charge diététique des patients hospitalisés :

- analyse critique de la littérature et identification du niveau de preuve scientifique fourni par cette littérature,
- avis d'experts,
- analyse des pratiques en prenant en compte les documents professionnels.

La mise à jour de la bibliographie à partir de 2007 est réalisée en renvois de notes de bas de page.

Le groupe de travail a limité le thème au soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé et a donc exclu les aspects « restauration » de ces recommandations.

Les questions auxquelles devaient répondre ce groupe de travail étaient :

- Quelles sont les différentes étapes de l'activité du diététicien lors de la prise en soin diététique clinique ?
- Quels sont les moyens que le diététicien doit mettre en œuvre pour assurer la traçabilité du soin diététique ?

- Quelles sont les informations écrites que doit laisser le diététicien pour permettre une prise en charge globale ?

Le texte a été soumis à un groupe de cotation composé de professionnels diététiciens exerçant en établissements de santé publics ou privés avant sa finalisation.

Cette méthode a la particularité de définir de manière générale une suite ordonnée d'actions préconisées pour la réalisation d'une pratique de soins. Elle trouve sa raison d'être dans le fait que les pratiques de soins reposent sur un niveau de preuve scientifique souvent faible, et qu'il existe différentes pratiques pour une même stratégie de soins.

Pour permettre ensuite la réalisation d'un soin, les recommandations nécessitent une appropriation par les professionnels d'un mécanisme de déclinaison en protocoles de soins. Ces protocoles peuvent alors servir de référentiel pour l'audit clinique ou les programmes d'amélioration de la qualité réalisés sur le terrain par les professionnels.

Le développement de recommandations professionnelles et leur application contribuent à une amélioration de la qualité des soins donnés aux personnes soignées et à une meilleure utilisation des ressources. Elles permettent ainsi aux diététiciens de s'inscrire dans cette démarche en établissement de santé public ou privé.

La démarche d'accréditation dans laquelle les établissements de santé se sont engagés depuis 1999, le droit du patient (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) de bénéficier de soins de qualité, obligent les professionnels de santé que sont les diététiciens, à se doter de recommandations pour le soin diététique de la personne soignée en établissement de santé.

Cible des recommandations

Ces recommandations s'adressent aux diététiciens dans le cadre de la prise en charge thérapeutique des patients hospitalisés, adultes à partir de 16 ans et de leur suivi dans les établissements publics et privés, quels que soient les secteurs d'activité, y compris les soins à domicile.

Ce travail s'est appuyé aussi sur les recommandations pour la pratique clinique : « La consultation diététique réalisée par un diététicien » élaborées par l'AFDN avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la HAS.

2. Le soin diététique réalisé par un diététicien

Le soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé s'applique à de nombreuses situations de santé.

La littérature (études contrôlées randomisées, recommandations professionnelles) suggère l'intérêt du soin diététique et de conseils diététiques dans un grand nombre de pathologies ou états de santé comme le diabète de type 1 et de type 2, l'obésité, la prévention et la prise en charge de la dénutrition, la prévention des maladies cardiovasculaires, la mucoviscidose, le cancer, les allergies alimentaires, l'insuffisance rénale chronique, la prévention et le traitement des escarres, l'infection par le virus de immunodéficience humaine (VIH), sclérose latérale amyotrophique (SLA), hémochromatose, etc.

Dans ces études, l'intervention spécifique est difficile à isoler dans une stratégie multi-professionnelle où les modalités concrètes de mise en œuvre des interventions sont insuffisamment décrites.

2.1 Définition du soin diététique

Le soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé s'applique à de nombreuses situations de santé. Il s'inscrit dans le projet thérapeutique global et à travers une démarche de soin nutritionnel de la personne soignée par le diététicien en collaboration avec les autres professionnels de santé. Comme l'ensemble des soins de santé, il relève des sciences appliquées, visant en premier lieu la réalisation d'un objectif pratique. Il se centre sur la santé de l'individu et implique non seulement la recherche, l'étude et la connaissance de la santé, mais également l'application de cette connaissance aux fins d'améliorer la santé, de guérir des maladies ou d'améliorer le fonctionnement de l'organisme.

Les soins de santé se fondent sur la médecine, la pharmacologie, la bactériologie, la biologie, la chimie et la physique ainsi que les sciences sociales et la psychologie. Le soin diététique réalisé par un diététicien est un acte professionnel, qui représente l'ensemble des actes de soins et de rééducation prodigués autour de la nutrition, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés - malades ou bien-portants - quel que soit le cadre d'intervention. Il se focalise sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que le soin et l'éducation thérapeutique dispensés aux personnes malades, handicapées ou en fin de vie.

En cas de nécessité, l'entourage de la personne soignée (famille, personne de confiance, etc.) peut être sollicitée dans le soin diététique.

Le soin diététique englobe également la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation à la santé.

La mission primaire d'un établissement de santé s'ordonne autour des soins curatifs et palliatifs, qui font l'objet de ces recommandations. A ce titre, le soin diététique s'inscrit dans la coordination de la prise en soin global, en interaction avec les actes des autres professionnels. Il est réalisé sur prescription médicale et se décline en une suite d'actions préconisées pour d'une part, assurer la qualité des soins et d'autre part, répondre aux exigences réglementaires de sécurité, de traçabilité et de confidentialité. Par conséquent, il comprend un bilan diététique à visée diagnostique, la mise en place d'une stratégie à partir d'objectifs négociés et partagés entre la personne soignée et le diététicien, ainsi que leur évaluation. L'établissement de santé peut également jouer un rôle important dans la prévention sanitaire et le dépistage.

2.2 Intérêt du soin diététique réalisé par un diététicien

Le diététicien est compétent pour définir la prise en soin diététique adaptée à la personne soignée.

La prise en soin diététique s'appuie sur :

- la connaissance du métabolisme, de la biochimie et de la physiologie,
- la connaissance de la médecine clinique : pathologies, facteurs de risque, traitements, etc.,
- la connaissance de la nutrition : besoins nutritionnels, apports alimentaires, etc.,
- la connaissance des produits d'alimentation et de leur technologie,
- la connaissance des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales et des autres produits de nutrition artificielle,
- la connaissance de l'environnement socio économique, culturel et culturel de la personne soignée,
- la maîtrise des méthodes et des techniques de l'éducation thérapeutique,
- l'analyse du vécu de la maladie par la personne soignée,
- l'analyse de l'historique alimentaire et du vécu pendant la maladie de la personne soignée,
- l'analyse des éléments qui fondent le comportement alimentaire de la personne soignée (représentations, habitudes, émotions, etc.),

- l'évaluation de la capacité d'apprentissage de la personne soignée ou des adultes qui en sont responsables,
- l'évaluation des résultats obtenus et la mise en évidence des difficultés éventuelles de la personne soignée ou de son entourage qui en a la charge,
- la capacité à faire appel à un autre professionnel si cela est nécessaire,
- la capacité à être force de proposition pour alerter le médecin sur la prise en charge nutritionnelle.

Au cours de cette prise en soin diététique, le diététicien :

- évalue les besoins nutritionnels, les apports alimentaires,
- analyse l'adéquation entre la prescription médicale diététique et le bilan nutritionnel,
- met en place une alimentation adaptée,
- participe à l'éducation thérapeutique de la personne soignée et à celle de son entourage,
- est responsable des critères d'évaluation utilisés, du nombre d'interventions (suivi, séquence d'éducation, etc.) et des techniques mises en œuvre,
- communique avec les autres professionnels de santé dans le but d'optimiser le traitement diététique.

3. Modalités de la prise en soin diététique en établissement de santé

Comme pour tous les autres professionnels paramédicaux, les actes de soin diététique (à visée thérapeutique) réalisés par le diététicien sont assujettis à une prescription médicale.

La prescription médicale diététique doit être pertinente et écrite pour permettre une intervention diététique la plus sécuritaire possible en termes de responsabilité du diététicien.

La demande d'intervention diététique correspond à une indication d'une prise en soin diététique définissant les objectifs à atteindre. Ces objectifs pourront évoluer au cours de la prise en soin diététique.

Dans certains cas, des protocoles de soins standardisés tiennent lieu de prescription médicale diététique. L'intervention peut aussi être initiée par le diététicien lui-même, la personne soignée ou son entourage ou par un partenaire de soin. Dans ce cas, après avoir posé le diagnostic diététique, le diététicien décide avec le médecin responsable de la personne soignée, de la nécessité ou non de la prise en charge diététique et de sa forme. Dans les actions d'information et d'éducation dans le cadre d'une prévention primaire, la prescription médicale diététique n'est pas obligatoire.

3.1 Définition de la prise en soin diététique

La prise en soin diététique (PSD) assurée par un diététicien est un ensemble d'actes de soin et de rééducation qui s'inscrit dans la coordination de la prise en charge nutritionnelle globale de la personne soignée, en interaction avec les actes des autres professionnels.

La prise en soin diététique réalisée par un diététicien concerne les personnes soignées ayant des besoins nutritionnels spécifiques :

- personnes soignées pour lesquelles la nutrition est fortement impliquée dans la pathologie ou le motif d'hospitalisation (maladies cardio-vasculaires, obésité, diabète etc.) et qui ont besoin d'un suivi nutritionnel spécifique (état critique, bilan, protocole de recherche, éducation thérapeutique etc.),
- personnes soignées pour lesquelles la structure d'alimentation générale de l'établissement ne convient pas, pour une période limitée ou durable.

3.2 Eléments de la demande de soin diététique réalisé par un diététicien

3.2.1 Caractéristiques minimales d'une prescription médicale diététique

- nom, prénom, date de naissance de la personne soignée,
- date de la prescription médicale diététique,
- nom et signature du médecin prescripteur,
- objectifs attendus de l'intervention diététique, souvent discutés et affinés avec le prescripteur.

3.2.2 Caractéristiques complémentaires de la prescription médicale diététique

- poids, taille, Indice de Masse Corporelle (IMC) et mesures anthropométriques (ex : impédancemétrie, mesure du pli cutané, etc.),
- niveau de risque nutritionnel,
- diagnostic médical sur la (ou les) pathologie(s) et traitements médicamenteux,
- prescription de bilan diététique,
- prescription de rééducation nutritionnelle et/ou d'éducation thérapeutique nutritionnelle,
- données quantitatives et/ou qualitatives sur :
 - le type d'alimentation attendu ou la nature de l'exclusion,
 - la complémentation nutritionnelle orale,

- la catégorie des produits d'alimentation entérale,
- le niveau énergétique et le niveau des nutriments en fonction des pathologies,
- la texture.

3.3 Outils

Pour contribuer à l'amélioration des pratiques en matière de prescription médicale diététique, le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) est promoteur :

- de guides d'aide à la prescription médicale diététique (GPMD),
- de standards de soins diététiques, déclinés à partir de standards de soins médicaux,
- de protocoles de prises en charge diététiques validés (ex : réalimentation d'une gastrectomie totale, dépistage d'une dénutrition, etc.),
- de démarches d'éducation à la santé ou thérapeutique

3.4 Traçabilité

Toute demande directe ou indirecte (téléphone, mail, fax, etc.) de prise en soin diététique par un professionnel de santé doit être notée et datée dans le dossier du patient (annexes 8 et 9).

4. Démarche de soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé

4.1 Objectifs de la démarche de soin diététique

La démarche de soin a pour objectif la mise en place d'un traitement nutritionnel qui nécessite :

- un bilan diététique,
- un diagnostic diététique,
- un plan de soin diététique (stratégie diététique),
- une évaluation des objectifs,

et si besoin :

- une éducation thérapeutique,
- un suivi de l'état nutritionnel.

Une stratégie induit la formalisation d'objectifs, qui sont des cibles et des buts à atteindre pour chaque personne soignée. Les objectifs sont concrétisés par la mise en place d'actions ciblées, programmées et coordonnées.

Les objectifs de soin diététique doivent être discutés avec le médecin, négociés entre le diététicien et

la personne soignée. Pour les atteindre, la démarche de soin diététique peut prendre une orientation prescriptive et/ou une orientation informative (conseils) et/ou une orientation éducative.

4.2 Les étapes de la démarche de soin diététique

La démarche de soin diététique est un ensemble d'actions de soins réalisées par un diététicien, formalisées et coordonnées, qui vise à améliorer l'état nutritionnel de la personne soignée sur une période de temps déterminée et qui prend en compte la personne soignée dans sa globalité, ses capacités et ses potentialités.

Cette démarche s'inscrit dans le temps et dans la durée. Elle prend en compte les besoins nutritionnels et les attentes de la personne soignée.

Elle se décline en 4 étapes :

- Étape 1 : Réalisation du bilan diététique à visée diagnostique
- Étape 2 : Plan de soin diététique (Mise en place d'une stratégie diététique)
- Étape 3 : Évaluation des interventions
- Étape 4 : Synthèse de la démarche de soin diététique (Préparation du retour à domicile ou vers une structure d'accueil)

Les étapes 1 à 3 sont chronologiques. L'étape 3 peut impliquer un retour sur l'étape 2 pour réactualiser la prescription médicale diététique et la stratégie diététique initiale, elle peut avoir lieu après le retour à domicile lors d'un suivi.

Tout au long de la démarche de soin diététique, les actions réalisées par le diététicien sont notées dans un langage clair et professionnel au niveau du dossier du patient et autres documents de transmission.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) insiste sur la nécessité de mettre en place des méthodes d'organisation de l'information au sein des équipes. Dans ce cadre, le diététicien peut être amené à utiliser les techniques de transmissions ciblées.

Étape 1 : Réalisation du bilan diététique à visée diagnostique (accord professionnel)

Cette étape se décompose en :

- un recueil de données,
- une évaluation des consommations alimentaires et des autres apports nutritionnels,
- une évaluation éducative, permettant de réaliser le bilan diététique et d'établir le diagnostic diététique.

Le diagnostic diététique permet :

- au médecin de finaliser la prescription médicale

diététique adaptée,

- au diététicien de définir les objectifs de soin diététique personnalisés avec la personne soignée et le médecin et d'élaborer la préconisation diététique. Ces objectifs prendront une orientation prescriptive, et/ou informative et/ou éducative.

Le diagnostic diététique est une étape essentielle de la démarche de soin diététique. Il s'appuie sur le raisonnement clinique du diététicien à partir du recueil systématique et détaillé d'informations relatives à l'analyse du bilan diététique, aux désordres nutritionnels, aux objectifs médicaux, au vécu et aux habitudes de vie de la personne. En se référant aux recommandations de pratiques cliniques, il permet la construction d'une stratégie diététique personnalisée.

Étape 2 : Plan de soin diététique (Mise en place d'une stratégie diététique (accord professionnel))

Elle est prescriptive et/ou éducative et/ou informative pour que la personne soignée puisse acquérir une autonomie afin de vivre au mieux avec son problème nutritionnel.

Ce processus s'appuie sur la connaissance de la personne soignée, les besoins nutritionnels théoriques (ANC, etc.) et mobilise la réflexion professionnelle.

La stratégie diététique induit, la formalisation d'objectifs de soin diététique, la préconisation diététique et des actions ciblées, formalisées et coordonnées. Elle cible des résultats à court, moyen et à long terme pour atteindre une amélioration de la santé de la personne soignée.

Étape 3 : Évaluation des interventions (accord professionnel)

Le diététicien évalue l'atteinte des objectifs de soin diététique :

- auprès de la personne soignée : les améliorations observées ou non sur son état de santé (symptômes, etc.), l'acceptabilité des mesures mises en place, le niveau de compréhension, les compétences acquises, l'évolution du comportement alimentaire, le niveau d'autonomie, le vécu de la maladie,
- à distance de la personne soignée : l'évolution des indicateurs nutritionnels, biologiques, cliniques (poids, IMC, les ingesta et toutes les informations fournies par les autres partenaires médicaux et paramédicaux).

Les actions correctives éventuelles dépendent de l'écart entre les résultats obtenus et les objectifs fixés au préalable.

Le diététicien définit et négocie de nouveaux objectifs avec la personne soignée et les autres partenaires de soin. Cette étape est essentielle pour réajuster la démarche et permet d'optimiser le soin. Elle est réalisée soit lors de l'hospitalisation, soit à distance du temps d'hospitalisation.

Etape 4 : Synthèse de la démarche de soin diététique (Préparation du retour à domicile ou vers une structure d'accueil) (accord professionnel)

En fin d'hospitalisation, le diététicien remet, si nécessaire, des recommandations nutritionnelles écrites, personnalisées, claires et pertinentes à la personne soignée.

Afin de garantir la continuité de la prise en charge, il établit une synthèse écrite de l'intervention diététique (résumé de soin diététique) et des résultats obtenus dans le dossier du patient. Il réalise une fiche de suivi ou de liaison pour la structure d'accueil si nécessaire.

4.3 Bilan diététique à visée diagnostique

Le bilan diététique contribue à l'évaluation de l'état nutritionnel et des acquis éducatifs (représentations et compétences d'auto soins). Il aboutit à l'énonciation d'un diagnostic et à la mise en place d'une stratégie diététique.

Afin de réaliser le bilan diététique, le recueil de données générales et spécifiques au soin diététique est un préalable indispensable.

Les données nécessaires au soin diététique proviennent de différentes sources :

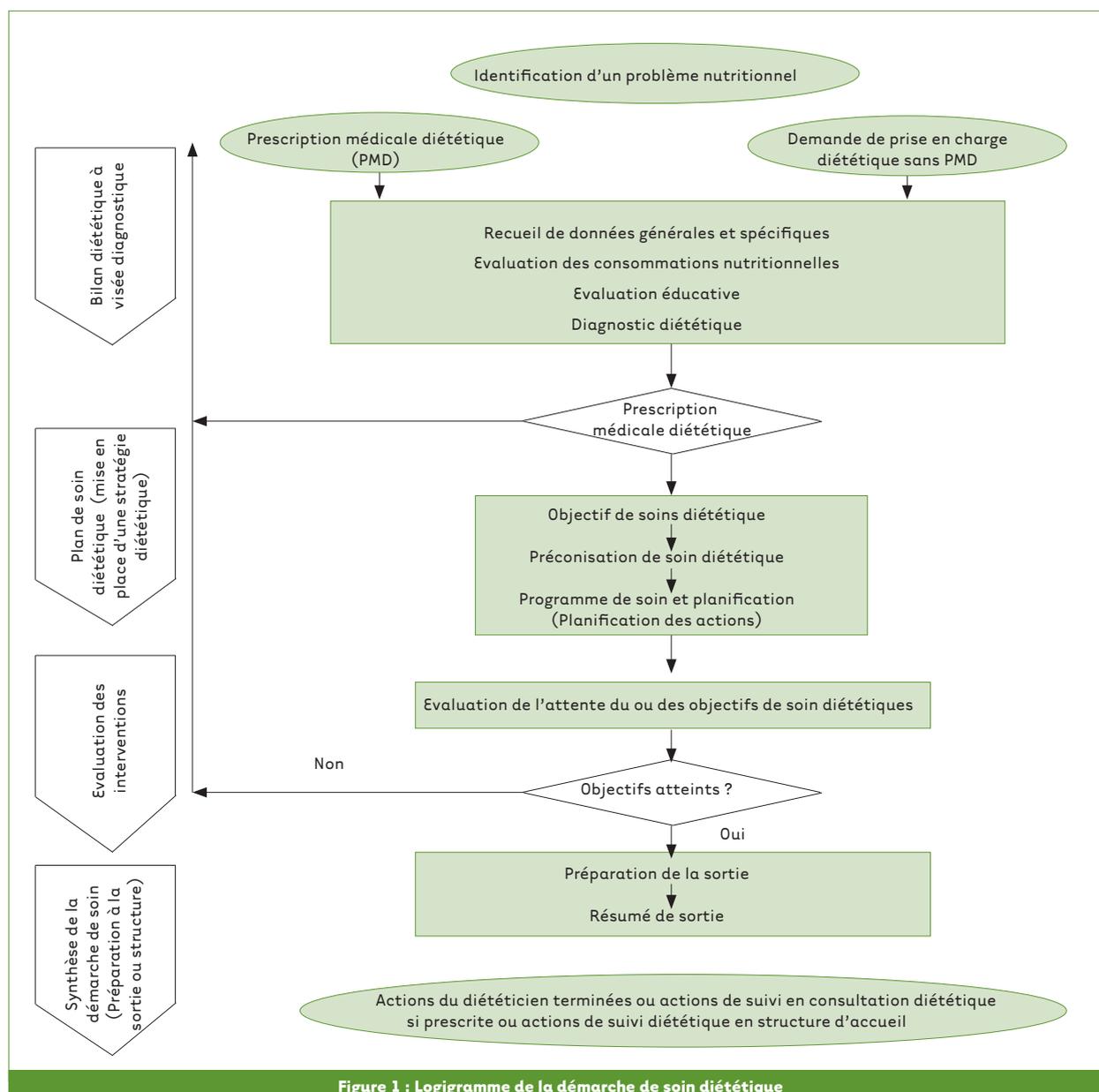


Figure 1 : Logigramme de la démarche de soin diététique

- les informations contenues dans le **dossier du patient**,
- l'entretien avec **la personne soignée et/ou son entourage**,
- l'entretien avec les professionnels de santé : médecins, infirmières, aides soignants, diététiciens, assistantes sociales, ergothérapeutes, masseur kinésithérapeutes, psychologues, sages-femmes, etc.

4.3.1 Recueil de données générales

Ces données font partie des données générales utiles à tous les professionnels de santé :

- *Données administratives* : numéro de dossier, nom, prénom, coordonnées téléphoniques, postales et/ou électroniques, date de naissance, situation de famille.
- *Données socioprofessionnelles* : situation sociale (activités, catégorie professionnelle, etc.), nationalité, langue parlée, écrite.
- *Données cliniques* : motif d'hospitalisation, 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.
- *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 ; elles permettent d'identifier la nécessité de coordination des différents acteurs.

4.3.2 Recueil de données spécifiques

Ces données sont nécessaires à l'élaboration d'une stratégie de soin diététique. Elles sont choisies par le diététicien en fonction des pathologies et des traitements, des situations de vie et/ou des objectifs de la démarche de soin diététique.

Données cliniques

- précisions sur les antécédents nutritionnels en lien ou non avec le motif de l'hospitalisation,
- données biologiques ciblées permettant un suivi nutritionnel,
- mesures anthropométriques : poids, taille, plis cutanés, circonférence brachiale, IMC,
- 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.),
- mesure de la composition corporelle et de la dépense énergétique,

- existence de troubles de la mastication ou de la déglutition,
- existence de troubles digestifs,
- dépistage de la malnutrition,
- existence de troubles du comportement alimentaire.

Données sur les conditions de vie (annexe 10)

- mode de vie, composition de la famille,
- mode alimentaire religieux ou culturel,
- appréciation des moyens financiers : où, quand, comment les achats alimentaires sont réalisés,
- 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.),
- ressentis lors de la prise alimentaire : plaisir ou contrainte, sentiment de faim et de satiété, préférences alimentaires,
- niveau d'autonomie psychologique en collaboration avec un psychologue ou un psychiatre,
- présence d'un handicap pouvant avoir des répercussions ou des conséquences sur les achats alimentaires, la préparation des repas, la prise des repas,
- 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 soignée,
- appréciation de la consommation de tabac et des addictions : tentatives de sevrage, existence de compensation alimentaire, de crainte de prendre du poids ou de prise réelle de poids.

Données psychosociales de la personne soignée

- vécu de la maladie,
 - appréciation des attentes et des projets de vie,
 - appréciation des facteurs limitants ou favorisants : confiance en soi, niveau émotionnel (anxiété, déni, état de choc, etc.), soutien ou non de l'entourage.
- Représentations et compétences d'auto soins nécessaires à l'évaluation éducative
- évaluation des connaissances et des savoir-faire,
 - perception qu'a la personne soignée sur sa maladie et son alimentation,
 - niveau d'autonomie.

Besoins nutritionnels

L'évaluation des besoins nutritionnels est indispensable pour mesurer l'écart entre la consommation alimentaire du patient et ses besoins afin de définir ses apports nutritionnels en relation avec la stratégie de soin. L'évaluation des besoins nutritionnels sera réalisée à partir d'outils de référence (cités en 4.3.3).

Consommations alimentaires (voie orale) et nutritionnelles (entéral et parentéral) quantitativement et/ou qualitativement

L'évaluation des consommations alimentaires est une étape essentielle de la prise en soin diététique.

4.3.3 Les outils habituels (annexe 1)

Les outils utilisés par le diététicien pour réaliser un diagnostic reposent sur des mesures objectives (mesure du poids, de la taille, calcul de l'indice de masse corporelle ou IMC) et sur des données déclaratives approximatives (évaluation quantitative des consommations alimentaires). Les outils sont choisis en fonction de l'objectif du soin, des capacités et des possibilités de la personne soignée (compréhension, prise de conscience, souhait ou non de coopération, etc.). Ils sont adaptés à chaque situation de soin.

Des outils de référence :

- les apports nutritionnels conseillés (ANC) pour la population française sont les points de repère pour les besoins nutritionnels des personnes bien portantes,
- AVIS sur l'évaluation des besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies afin de définir des références nutritionnelles permettant d'adapter leur prise en charge nutritionnelle, AFSSA janvier 2009 ,
- Calcul du DER : formules de Harris et Bénédicte, formules de Blanck and all.,
- Calcul du DEJ selon coefficient DER,
- un recueil sur les produits de santé, par exemple Le Vidal et l'AFSSAPS (www.afssaps.fr),
- des tables de composition des aliments : CIQUAL, INSERM,
- des recommandations de bonnes pratiques professionnelles,
- Traité de nutrition artificielle 2007, chapitres 38 et 50.

Des outils de mesure :

- un pèse-personne pour la mesure du poids,
- une toise pour la mesure de la taille, un appareil de mesure de la distance du talon au genou pour les personnes âgées de plus de 65 ans,
- un disque de calcul de l'IMC,
- des courbes de corpulence et de taille en fonction de l'âge et du sexe,
- un mètre ruban pour la mesure du tour de taille, de bras et de mollet,
- les formules d'évaluation du métabolisme de base à partir de données anthropométriques. Ces formules comportent cependant des limites pour certaines populations, et notamment pour les personnes obèses.

Des outils de relevés de consommations alimentaires :

- des logiciels de calcul de la composition nutritionnelle des consommations alimentaires, sont fréquemment utilisés. 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,
- des documents pour l'évaluation des portions, par exemple document réalisé dans le cadre de l'étude SU.VI.MAX, document réalisé par l'INSERM,
- des guides d'entretien pour les diététiciens (annexes 2 et 3),
- des outils d'autoévaluation destinés à la personne soignée (annexes 4 et 10),
- des guides d'entretien qui permettent d'apprécier les données sur les conditions et habitudes de vie de la personne soignée (annexes 4 et 5) et la dimension psychosociale (annexe 6).

La validité des résultats de l'évaluation dépend de la qualité de l'organisation du recueil 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'aptitude des sujets à répondre. Cette évaluation implique une technicité, un savoir-faire de l'évaluateur et ainsi que du temps disponible.

4.3.4 Outils complémentaires adaptés à des pathologies ou situations particulières

De plus en plus, le diététicien, dans le cadre des coopérations professionnelles, est amené à renseigner des outils complémentaires spécifiques (dépistage de la dénutrition, etc.) dont l'utilisation nécessite des compétences particulières.

4.3.5 L'entretien diététique

La démarche de soin diététique intègre un entretien entre la personne soignée et le diététicien qui nécessite des techniques de communication appropriées et la création de conditions de dialogue pour mettre en place une relation de confiance :

- l'écoute active : avoir une attitude encourageante non culpabilisante, faire preuve d'empathie, être attentif au langage verbal et non verbal, être intéressé et encourageant,
- l'utilisation pertinente de questions ouvertes et/ou fermées,

- la reformulation pour confirmer la compréhension et l'adaptation entre le diététicien et la personne soignée,
- la reformulation par la personne soignée des explications fournies par le diététicien permet d'en mesurer la compréhension et l'adaptation entre le diététicien et la personne soignée,
- l'aptitude à donner à la personne soignée le rôle de décideur. Sa participation aux décisions qui l'affectent l'encourage à s'engager davantage au niveau du traitement. Elle facilite l'accès à l'autonomie,
- l'aptitude à faire face aux émotions des personnes soignées, en utilisant l'empathie et la rétroaction (analyser et tenir compte des réactions des personnes).

Le diététicien doit avoir des aptitudes relationnelles et des compétences en communication.

4.3.6 Diagnostic diététique

Le diététicien utilise la somme des renseignements contenus dans le recueil des données pour effectuer un bilan diététique, en hiérarchisant les indicateurs les plus pertinents qui permettent une évaluation précise de l'état nutritionnel, en partenariat avec le médecin prescripteur. A ce stade, le diététicien pose le « diagnostic diététique ».

Poser un **diagnostic diététique** présuppose une connaissance approfondie de l'affection en cause et/ou de la problématique posée. Il s'appuie sur le raisonnement clinique du diététicien à partir du recueil de données relatif à l'analyse du bilan diététique, aux désordres nutritionnels, aux objectifs médicaux, au vécu et aux habitudes de vie, aux savoirs et au vécu de la maladie par la personne soignée. Le diagnostic diététique repose donc sur la qualité du recueil de données, la pertinence de l'évaluation des consommations alimentaires, la nature de l'évaluation éducative et l'analyse de l'ensemble des résultats.

Il sert de référence au diététicien pour mettre en place une stratégie diététique personnalisée et pour choisir les actions qui doivent permettre à la personne soignée d'atteindre les objectifs de soin diététique.

Le diagnostic diététique s'inscrit dans le cadre :

- d'une collaboration avec les autres partenaires de soin,
- d'un projet partagé avec la personne soignée et son entourage.

Il est important de noter qu'un diagnostic diététique est différent d'un diagnostic médical. En effet, tandis qu'un diagnostic médical ne change pas tant que la maladie existe, un diagnostic diététique change au fur et à mesure que la personne soignée répond aux

actions mises en œuvre dans le cadre de la stratégie diététique. Actuellement la formulation du diagnostic diététique est réalisée par les diététiciens français de façon littéraire et narrative. Cette formulation devrait évoluer dans les années à venir, en effet l'Association des Diététiciens Américains (ADA) dans le cadre de la normalisation de la traçabilité de la démarche de soin diététique a proposé en 2008 une normalisation du diagnostic diététique (annexe 7).

Cette normalisation, identique à celle réalisée par les infirmiers il y a des années, est aujourd'hui utilisée par de nombreux diététiciens (américains, australiens, taiwanais).

Cette formalisation du diagnostic sous la forme PES (Problème – Étiologie – Signes et Symptômes) est aujourd'hui en cours d'analyse par les diététiciens français, suisses, belges et canadiens.

L'intérêt de la normalisation de chacune des 3 parties du diagnostic diététique est d'aider le diététicien dans sa démarche de soin en ciblant le ou les problèmes nutritionnels sur lesquels le soin diététique va agir. Cette normalisation doit également faciliter l'informatisation et les actions de recherches qui pourront être réalisées à terme sur la pratique diététique par pathologie.

Dans l'exemple de diagnostic diététique proposé ci-dessous le groupe de travail a pris le parti de formaliser sous forme PES.

Exemples de diagnostic diététique

Présentation de la personne soignée :

Patiente P. 51 ans présentant un diabète de type 2 de découverte récente et une surcharge pondérale, poids 90kg pour 1m62, IMC = 40, HbA1c : 8,2%

Recueil de données :

Apports hyper-énergétiques et hyper-lipidiques > de 30% et 15% aux apports recommandés

Prises alimentaires anarchiques.

Absence d'activité physique.

La patiente vit seule et désire perdre du poids.

Pas d'antécédents de prise en charge diététique.

Pense qu'elle doit supprimer les glucides de son alimentation.

Diagnostic diététique :

Consommation d'énergie excessive en lien avec une alimentation anarchique supérieure à 30% des besoins énergétique et 15% des besoins lipidiques et une activité physique insuffisante se manifestant par une surcharge pondérale : IMC à 40.

Déficit de connaissance en lien avec l'absence d'éducation nutritionnelle comme en témoigne ses propos sur les glucides et leur suppression de la composition des repas.

Exemples d'objectifs de soin diététique		
objectif de consommation	objectif clinique	objectif éducatif
Augmenter les apports protidiés et énergétiques de la ration alimentaire	Supprimer les signes digestifs, hépatiques, rénaux et oculaires (dans le cadre d'une galactosémie)	Respecter sur les principes de l'alimentation équilibrée recommandée chez la femme enceinte (dans le cadre d'une grossesse)

Tableau 1 : Exemples d'objectifs de soin diététique

4.4 Plan de soin diététique (Stratégie diététique et objectifs de soin diététique)

L'énoncé du diagnostic diététique débouche sur :

- la prescription médicale diététique adaptée, si nécessaire,
- la formalisation d'objectifs de soin diététique négociés, partagés et réalisables avec la personne soignée, validés par le médecin et priorisés dans le temps,
- la préconisation de soin diététique,
- l'élaboration d'une stratégie diététique traduite en actions précises et planifiées dans le temps,
- l'évaluation des objectifs de soin diététique, et plus globalement de l'ensemble de la démarche de soin.

La stratégie diététique induit, la formalisation d'objectifs de soin diététique, la préconisation diététique et des actions ciblées, formalisées et coordonnées. Elle cible des résultats à court, moyen et à long terme pour atteindre une amélioration de la santé de la personne soignée.

4.4.1 Les objectifs de soin diététique

Les objectifs de soin diététique doivent être discutés avec le médecin, négociés et partagés avec la personne soignée (tableau 1). Ils s'inscrivent dans un projet thérapeutique global.

Pour les atteindre, la démarche de soin diététique peut prendre :

- une orientation prescriptive, qui correspond à une recommandation formelle et détaillée, souvent consignée par écrit,
- une orientation informative, relevant d'indications, de renseignements, de précisions ou de conseils,
- une orientation éducative, permettant d'acquérir un ensemble de connaissances afin de développer un certain nombre de capacités à se soigner.

4.4.2 La (les) préconisation(s) de soin diététique(s)

Le diététicien définit les critères nutritionnels et les modalités pratiques qui permettent la réalisation concrète de la stratégie diététique sous forme de préconisation(s) diététique(s).

La/(les) préconisation(s) de soin diététique fait (font) suite à la formalisation du diagnostic diététique, de la prescription médicale diététique et de la négociation d'objectifs de soin diététique.

4.4.2.1 Le raisonnement

La (les) préconisation (s) diététique(s) tient(tiennent) compte :

- des objectifs de soins diététiques,
- des caractéristiques nutritionnelles des consommations réelles (macro et micronutriments, etc.), du profil alimentaire et des possibilités d'alimentation (dentition, appétence etc.),
- des goûts et habitudes alimentaires de la personne soignée (cuisine familiale, aversion, etc.),
- des variations physiologiques (âge, grossesse),
- de la ou des pathologie(s) associée(s),
- des impératifs culturels et cultuels (végétarien, musulman etc.),
- des apports en nutriments et micronutriments de l'alimentation artificielle,
- de l'offre alimentaire de l'établissement.

La préconisation de soin diététique s'appuie sur la connaissance des besoins théoriques de la personne soignée en macronutriments (du type 1,2g de protides par Kg ; lipides 40% de la ration énergétique totale et la connaissance des apports journaliers recommandés (micronutriments).

4.4.2.2 Le contenu

Le diététicien :

- traduit en aliments les apports prescrits en nutriments,
- précise la nature quantitative et qualitative des aliments, des assaisonnements, des textures,
- établit la répartition journalière des différents aliments (horaires, nombre de repas et collation),
- prévoit éventuellement des compléments nutritionnels oraux (CNO) adaptés,
- participe aux choix des modalités d'une alimentation entérale et tient compte des apports de la nutrition parentérale

4.4.3 Programme de soin (Planification des actions propres au diététicien)

Le diététicien choisit ses actions en fonction des orientations de l'entretien et des objectifs de soin diététique, déterminés à partir du diagnostic diététique. Les objectifs de soin diététique permettent la planification et la réalisation des actions propres aux diététiciens (tableaux 2 et 3).

Les actions du diététicien sont de plusieurs ordres :

- auprès de la personne soignée :
 - des apports d'informations,
 - des recommandations nutritionnelles,
 - des actions d'aide à la prise de décision,
 - des actions de rééducation nutritionnelle,
 - des actions d'éducation thérapeutique nutritionnelle.
- auprès des partenaires du soin :
 - des actions de coordination du soin diététique : transmission des consignes de soins (bilan d'ingesta, commande de repas, mise en place de collations, modalités de l'alimentation entérale, etc.),
 - des actions de formation et d'information.

Exemples d'actions	Actions du diététicien
Apports d'informations	Remettre à la personne soignée une liste d'aliments pauvres en résidu en vue d'un examen.
Conseils	Proposer des modalités d'enrichissement de plats en protéines.
Aide à la prise de décision	Établir une réalimentation progressive pour explorer la tolérance de certains aliments.
Rééducation nutritionnelle	Réintroduire des aliments entiers après une période d'une alimentation à texture modifiée.

Tableau 2 : Exemples d'actions propres au diététicien

- auprès du service de restauration :
 - commande de préparations spécifiques,
 - organisation de la prestation alimentaire individuelle adaptée.
 (Voir les tableaux 2 et 3)

4.4.4 Éducation thérapeutique

Dans les actions réalisées directement par le diététicien il y a des actions d'éducation thérapeutique nutritionnelle qui s'appuient sur les principes et les étapes de l'éducation thérapeutique. Ces actions ont pour finalité de permettre à la personne soignée de prendre des décisions, de réaliser des choix alimentaires et de s'adapter face à diverses situations (Tableau 3).

4.4.4.1 Les différentes étapes

Ces étapes permettent de structurer le programme d'éducation thérapeutique nutritionnelle et de le personnaliser :

- le diagnostic éducatif est la première étape du processus pédagogique. Il se fonde sur le recueil systématique détaillé et itératif d'informations qui permet la construction d'un programme personnalisé d'éducation,
- la sélection et la négociation avec la personne soignée des compétences qu'elle peut mobiliser pour gérer son problème nutritionnel, les adaptations et les changements de comportement alimentaire,
- la planification et la mise en œuvre de méthodes éducatives visant à développer progressivement de nouvelles compétences,
- un bilan régulier pour faire la synthèse des compétences développées et apprécier l'atteinte des objectifs diététiques et le vécu de la personne soignée.

Projet thérapeutique	Objectif de consommation	Orientations de la démarche	Actions du diététicien
Corriger une dénutrition protéino-énergétique		Prescriptive	Le diététicien prescrit au patient de : Consommer deux produits de Complémentation Nutritionnelle Orale (CNO) par jour
		Informative	Le diététicien conseille au patient de : Ajouter dans une purée du lait en poudre, du jaune d'œuf et du fromage râpé
		Educative	Le diététicien amène le patient à être capable de : Réaliser une équivalence protidique entre la viande et un produit de CNO
Équilibrer le diabète de type II	Réduire la consommation de lipides par rapport aux habitudes alimentaires	Prescriptive	Le diététicien prescrit au patient de : Diviser par deux la consommation spontanée de charcuterie et de fromage
		Informative	Le diététicien conseille au patient de : Limiter l'utilisation de matières grasses dans les cuissons
		Educative	Le diététicien amène le patient à être capable de : Choisir des produits allégés en matières grasses grâce à la lecture des étiquettes

Tableau 3 : Exemples d'objectifs de soin diététique et d'actions du diététicien

4.4.4.2 Les objectifs éducatifs

Il s'agit de formuler avec la personne soignée les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie diététique (tableau 4). Ils se déclinent en capacités à développer.

Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :

- l'acquisition et le maintien par la personne soignée et/ou de son entourage qui en est responsable, de compétences d'auto soins. Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie de la personne soignée. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque personne soignée,
- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience de la personne soignée et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

4.4.4.3 Les outils pédagogiques

Des outils pédagogiques standards 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,
- *sensorimoteur* : acquisition de gestes et d'habiletés,
- *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.

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

Objectifs éducatifs		Activités/Séances/ Situations pratiques
Les compétences d'auto soins	La personne soignée doit être capable de :	
Soulager les symptômes	Sélectionner la nature des fibres des aliments en cas de diarrhée	Cartes d'aliments avec teneur en fibres
Prendre en compte les résultats d'une auto surveillance	Adapter le mode de cuisson des légumes en cas d'hyperkaliémie	Pourcentage des pertes de potassium en fonction des cuissons
Adapter des doses de médicaments, initier un auto traitement	Évaluer la dose d'insuline pour une portion de gâteau supplémentaire	Intégration d'une part de pâtisserie à un repas
Réaliser des gestes techniques	Régler le débit de la tubulure de l'alimentation entérale	Modification du débit pendant une heure
Mettre en œuvre des modifications à son mode alimentaire	Réaliser trois repas, assis à table avec assiette et couverts	Temps des repas chronométrés à augmenter
Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie	Modifier la texture d'un aliment en cas de douleur ORL pendant les périodes de radiothérapie	Éléments d'utilisation d'un mixeur
Impliquer son entourage	Expliciter à un collègue les modalités de resucrage en cas d'hypoglycémie	Sélection des produits à 15/20g de glucides les plus pratiques
Les compétences d'adaptation		
Se connaître, avoir confiance en soi	Réduire par deux la composition en lipides de ses propres techniques culinaires	Comptabilisation des graisses dans une recette
Savoir gérer ses émotions	Consommer une barre de chocolat en cas de stress au lieu de la tablette	Goûter avec 4 carrés de chocolat
Savoir demander de l'aide ou un conseil à un adulte référent	En cas d'hypoglycémie prévenir le parent ou l'instituteur	Mise en situation par jeux
Développer une réflexion critique	Sélectionner les produits allégés par une lecture précise des étiquettes alimentaires	Tri d'emballages
Prendre des décisions et résoudre un problème	Remplacer les aliments protidiés par des produits de complémentation orale en cas d'inappétence	Imagier des équivalences
Se fixer des buts	Composer un panier repas pratique à transporter pour un prochain pique-nique	Aliments factices à choisir
S'auto évaluer	Analyser la consommation quotidienne de sel ajouté dans les plats avant et après cuisson, dans les plats du commerce	Équivalences des aliments par rapport à 1g de sel

Tableau 4 : Exemples d'activités d'éducation en fonction des objectifs éducatifs

- la définition du public visé : enfant ou adulte, 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, auto apprentissage,
- 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 et 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 alimentaires, l'analyse du « comment faire », etc.),
- des supports informatifs (sites internet pertinents, dépliants, programmes informatiques, bandes audio, vidéocassettes, modèles d'aliments, jeux interactifs),
- des aliments factices ou des représentations d'aliments sont utilisés pour simuler des actions de choix d'aliments et réfléchir sur la composition,
- des ateliers de cuisine, d'élaboration des achats alimentaires, l'analyse et l'interprétation des étiquettes, l'adaptation d'un budget.

Les outils pédagogiques sont adaptés au niveau de compréhension et au développement quand il s'agit d'enfants et aux conditions de vie de la personne soignée.

4.5 Évaluation de l'atteinte des objectifs de soin diététique

Il s'agit d'évaluer et de suivre les résultats de la prise en charge diététique.

L'évaluation est l'action de mesurer l'adéquation entre les objectifs de soin diététique prévus et les résultats obtenus. Elle précise les critères objectivant les résultats attendus pour la santé de la personne soignée, elle définit la périodicité de l'évaluation, elle précise le délai au delà duquel la prescription sera réévaluée si les objectifs fixés ne sont pas atteints (contrôle de l'HbA1c, mise en place d'une nutrition entérale ou parentérale, etc.).

Cette étape se découpe en 4 phases :

- constat ou analyse des critères d'évaluation,
- identification des motifs de non atteinte des objectifs de soin diététique,
- évaluation qui débouche sur un résultat par rapport à l'objectif initial et qui peut entraîner un nouveau diagnostic,
- mesures correctives, mise en place de nouveaux objectifs et/ou d'actions planifiées.

Il est important de préciser au préalable, la part attendue du soin diététique dans l'évolution de la santé de la personne soignée (ex : correction du contenu et du rythme des repas et amélioration de la glycémie, réduction de l'apport protidique et évolution de l'azotémie, etc.). L'évaluation porte sur l'atteinte des objectifs de soin diététique.

4.5.1. Évaluation des objectifs de consommation

L'évaluation porte sur la ration réellement consommée par la personne soignée (par voie orale, entérale et parentérale).

Le diététicien évalue :

- le niveau énergétique,
- le niveau des macronutriments,
- le niveau des micronutriments.

4.5.2. Évaluation des objectifs cliniques

L'évaluation porte sur :

- les données anthropométriques : poids, taille, IMC,
- les données biologiques : glycémie, cholestérol, kaliémie, etc.,
- les données cliniques : cicatrisation, transit intestinal, sensation de faim et de satiété, de douleur (douleur digestive, douleur buccale, etc.),
- l'évolution du contexte psychosocial si besoin.

4.5.3. Évaluation des objectifs éducatifs

L'évaluation porte sur :

- l'acquisition de compétences
- les changements de comportement alimentaire
- le niveau d'autonomie
- le vécu de la maladie
- l'observance
- la satisfaction de la personne soignée
- la qualité de vie

Cette démarche d'évaluation nécessite une coopération dans le temps entre les différents partenaires du soin. Les actions correctives éventuelles dépendent de l'écart entre les résultats obtenus et les objectifs fixés au préalable.

Le diététicien définit et négocie de nouveaux objectifs avec la personne soignée et les autres partenaires de soin. Cette étape est essentielle pour réajuster la démarche et permet d'optimiser le soin. Elle est réalisée soit lors de l'hospitalisation, soit à distance du temps d'hospitalisation.

4.6 Synthèse de la démarche de soin diététique (Préparation à la sortie de l'établissement de santé)

La continuité de la prise en soin diététique après la sortie de la personne soignée s'inscrit dans le cadre global de la continuité du projet de soin. Le diététicien devra à ce titre veiller à la transmission des informations relatives à la prise en soin diététique et aux modalités de suivi.

Du fait de l'évolution de la durée moyenne de séjour (DMS) et de la rapidité des décisions de sortie, le diététicien se doit de tenir à jour l'ensemble des éléments qui constituent le suivi de la personne soignée afin de pouvoir assurer cette étape dans les meilleures conditions.

La sortie de la personne soignée de l'établissement de santé peut être le retour à domicile sans prise en charge particulière, le départ vers une autre structure d'accueil, centre de convalescence, famille, maison de retraite etc., la prise en charge à domicile par des professionnels appartenant à un réseau de santé, une structure d'hospitalisation à domicile (HAD, etc.) ou de prestation particulière (portage de repas, etc.).

La préparation à la sortie comporte :

- **la synthèse** de tous les éléments du suivi :
 - éléments nutritionnels,
 - résultats thérapeutiques,
 - données éducatives,
- **l'évaluation** du niveau de compréhension et de motivation de la personne soignée,
- **la prise en compte du lieu d'accueil**, retour à domicile, autre établissement, en termes de faisabilité,
- **l'élaboration de la préconisation diététique de sortie**, si nécessaire, avec des conseils personnalisés rédigés de façon claire, précise,
- **les modalités du suivi** s'il y a lieu (consultation externe, séance d'éducation, etc.) et sa programmation,
- **le choix le plus pertinent des documents** qui servent de supports aux conseils écrits,
- **la prescription de la complémentation orale et/ou de la nutrition entérale.**

L'ensemble de ces étapes est noté dans le dossier du patient - Résumé de soin diététique.

4.6.1 La préconisation de soin diététique de sortie

La préconisation diététique de sortie est sélectionnée par le diététicien pour individualiser les recommandations nutritionnelles et/ou les attentes de la personne soignée. Elle est réalisée à partir des recommandations nationales ou internationales quand elles existent, ou de revues de la littérature de bonne qualité méthodologique.

Elle doit être :

- personnalisée, écrite dans des termes clairs,
- adaptée à la compréhension de la personne soignée et/ou de son entourage (âge, vision, langue, etc.), à son état physiologique et pathologique,
- pratique et utilisable au quotidien,
- datée et signée par le diététicien, incluant ses coordonnées.

Elle doit tenir compte également de l'environnement de la personne soignée (niveau socio-économique, composition de la famille, isolement, nécessité ou non de livraison de repas à domicile, d'aides à domicile, logement et moyens financiers).

La préconisation diététique doit être très précise et peut comporter :

- la composition de certains aliments,
- les équivalences entre aliments pour un nutriment donné,
- la fréquence de consommations de certains aliments,
- l'organisation des repas quotidiens,
- des exemples de menus, des recettes,
- les coordonnées des personnes et des organismes ressources, etc.

La préconisation diététique de sortie est un élément important de la préparation à la sortie car elle permettra aux professionnels de santé (médicaux ou paramédicaux), qui assureront le suivi nutritionnel de la personne soignée en post hospitalisation, de connaître le projet de soin diététique mis en œuvre lors de l'hospitalisation.

4.6.2 Les documents de la sortie

L'information écrite remise aux personnes soignées vient en soutien de l'information orale donnée lors de la prise en charge diététique. Elle contient un vocabulaire accessible à tous les intervenants, comporte a minima l'origine du document, la date d'élaboration et de la remise à la personne soignée, le nom et les coordonnées du diététicien.

Les documents sont de deux ordres :

- brochure généraliste, comportant des recommandations nutritionnelles standard,

- documents personnalisés élaborés par le diététicien.

Ces documents peuvent être accompagnés de renseignements complémentaires, adresses d'associations de patients, de fournisseurs (produits diététiques spécifiques, etc.), sociétés prestataires.

- **Retour à domicile** : le diététicien remet, si nécessaire à la personne soignée et/ou à l'entourage, les recommandations nutritionnelles de sortie écrites et vérifie le niveau de compréhension.
- **Réseau de santé** : le diététicien transmet les éléments du suivi au référent du réseau en utilisant une fiche de liaison.
- **Structure d'accueil et les partenaires de soin** : le diététicien peut transmettre directement les recommandations nutritionnelles de sortie au référent de la structure (diététicien ou cadre de santé ou infirmier, en l'absence de diététicien). Il en informe la personne soignée et/ou l'entourage. Dans le cadre de relations suivies entre établissements, il est recommandé d'établir un mode de communication formalisé (ex : fiche de liaison).

Le diététicien inclut le résumé de sortie dans le dossier du patient. Ce résumé comprend tous les éléments qui ont constitué la synthèse de sortie.

Ce résumé peut être adressé aux professionnels référents des structures de suivi (réseau) ou d'accueil en utilisant la fiche de liaison.

5. Environnement et communication interprofessionnelle

Le soin nutritionnel est le résultat d'un travail d'équipe. Le diététicien en accord avec le médecin prescripteur, en est le coordinateur.

Le diététicien collabore avec d'autres professionnels de santé pour élaborer et mettre en œuvre la démarche de soin diététique : collègues diététiciens, médecins, infirmiers et aides soignants. Dans certains cas plus complexes il peut faire appel aux ergothérapeutes, orthophonistes, assistantes sociales, psychologues, etc.

Cette collaboration permet au diététicien de mettre en place une stratégie diététique optimale.

Les actions et les éléments de coordination sont tracés et consignés dans le dossier du patient (annexe 8).

5.1 Éléments de coordination du soin nutritionnel

Des réunions de concertation pluri professionnelle ont un intérêt majeur pour le suivi des personnes soignées et pour assurer la continuité des soins. Le diététicien met à disposition des autres professionnels de santé ses compétences en nutrition et en diététique. De par son expertise en nutrition et en diététique, le diététicien a un rôle de formateur en nutrition auprès des professionnels de santé.

La coordination repose sur les éléments suivants du dossier du patient :

- la prescription médicale indispensable quand le soin nutritionnel concerne une pathologie et/ou une prévention secondaire ou tertiaire,
- le recueil de données réalisé par le diététicien,
- le compte rendu écrit ou informatisé qui résume la démarche de soin diététique et qui comprend le diagnostic diététique, la stratégie de soin nutritionnel et diététique.

Le diététicien peut utiliser les transmissions ciblées pour identifier les problèmes liés au soin nutritionnel (annexe 8).

5.2 Dossier du patient

Le dossier du patient (sous forme de papier ou informatisé) est le lieu de conservation des informations formalisées de nature administrative, médicale et paramédicale. Les éléments de traçabilité du soin diététique (annexes 8 et 9) sont partagés entre les professionnels et la personne soignée. La synthèse de la démarche de soin diététique doit pouvoir être exploitable par tous les professionnels de santé. Cette synthèse doit être datée et signée par le diététicien.

6. Recherches à mener

Ces recommandations de bonne pratique pour les diététiciens sont susceptibles d'évoluer et d'être déclinés sur des thèmes thérapeutiques.

La plupart des recommandations de bonne pratique du soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé reposent sur un accord professionnel.

En effet, aujourd'hui la littérature scientifique sur ce sujet est limitée. Elle comporte essentiellement des articles d'opinions et quelques avis d'experts. Les pratiques professionnelles pour une même démarche de soin diététique s'appuient sur l'expérience professionnelle et sur une bibliographie sélectionnée.

Il est donc important d'initier des travaux de recherche notamment dans les domaines suivants :

- les conditions de l'entretien diététique,
- le diagnostic diététique,
- les transmissions diététiques ciblées,
- les actions éducatives,
- l'évaluation des activités de soin diététique.

Les recommandations proposées pour le soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé nécessitent une appropriation par les diététiciens, par un mécanisme de déclinaison en protocoles de soins (évaluation, etc.) et par une démarche thérapeutique. Ces protocoles peuvent alors servir de référentiel dans des démarches qualité, type audit ou programme d'amélioration de la qualité, réalisées sur le terrain par les professionnels.

7. Conclusion

L'évolution des pratiques des diététiciens en lien avec les mesures actuelles de certification et d'évaluation des pratiques professionnelles, les préoccupations fortes des instances gouvernementales nationales et européennes concernant l'alimentation et la nutrition des populations incitent les professionnels de santé à clarifier leurs pratiques et élaborer des guides professionnels.

Ces recommandations ont été élaborées par des diététiciens pour des diététiciens. Elles sont définies comme des propositions développées méthodiquement pour aider le professionnel à rechercher les soins les plus appropriés à la personne soignée.

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

- d'apporter une aide aux diététiciens pour réaliser des activités de soin diététique conformes aux attendus réglementaires et professionnels,
- de servir de base à la mise en place d'une démarche qualité,
- de proposer aux diététiciens une référence pour harmoniser et réduire les variations des pratiques,
- de donner aux acteurs de santé, une meilleure lisibilité de la démarche utilisée lors de la prise en soin diététique de la personne soignée en établissement de santé,
- de servir de base de formation aux étudiants en diététique.

La démarche d'accréditation et de certification dans laquelle les établissements de santé se sont engagés depuis 1999, le droit du patient (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) de bénéficier de soins de qualité, obligent le diététicien comme tous les pro-

fessionnels de santé à se doter de recommandations professionnelles. Le document « Soins diététiques réalisés par un diététicien en établissement de santé » s'inscrit dans cette dynamique.

Annexes

Annexe 1. Les outils habituels couramment utilisés par les diététiciens

Ces outils sont donnés à titre indicatif. Ils renvoient à des sources qui les détaillent.

Des outils de référence, utiles à la comparaison et l'interprétation des données recueillies :

- Les Apports Nutritionnels Conseillés (Apports Nutritionnels Conseillés pour la population française. Paris Tec et Doc Lavoisier 2001, 3^e édition), (www.afssa.fr) pour la population française sont les points de repères pour les besoins nutritionnels des personnes bien portantes
- Un recueil sur les produits de santé (par exemple le Vidal, www.afssaps.fr), points de repères pour connaître l'interaction entre médicaments et aliments.
- Des tables de composition des aliments (www.afssa.fr), Centre Informatique sur la Qualité des ALiments (CIQUAL). (http://www.afssa.fr/ftp/basedoc/tablesaliments/Le_Ciqual.htm) normes alimentaires FAO/OMS. (<http://www.codexalimentarius.net>) (www.fao.org/infoods/software_fr.stm)
- Un logiciel pour le calcul de la composition nutritionnelle des consommations alimentaires. Le diététicien doit acquérir et exercer sa capacité de discernement pour apprécier et effectuer le choix de tables de composition d'aliments intégrées dans ces logiciels (www.fao.org/infoods/software_fr.stm).
- Photos pour l'évaluation des portions alimentaires : par exemple SU.VI.MAX (Portions alimentaires : manuel photos pour l'estimation des quantités, 2^{ème} éd. Paris : Economica, 2003) (www.istna.cnam.fr/sites/suvimax/), INSERM (U351, équipe E3N, Manuel de photos, portions alimentaires, 94805 VILLEJUIF cedex).

Des outils de mesures objectives :

- Un pèse-personnes (www.afnor.fr).
- Une toise pour la mesure de la taille, de la distance talon-genou pour la personne âgée de plus de 65 ans.
- Un disque de détermination de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) (www.nutrimetre.org).
- Un mètre ruban pour la mesure du tour de taille, bras, mollet.
- Les formules de Harris et Benedict, calcul de la dépense énergétique :

Homme = $66,5 + (13,75 \times P) + (5 \times T) - (6,76 \times A)$

Femme = $655,1 + (9,56 \times P) + (1,85 \times T) - (4,67 \times A)$.

Ou les équations de Black (1996) :

Hommes = $1,083 \cdot P^{0,48} \cdot T^{0,50} \cdot A^{-0,13}$

Femmes = $0,963 \cdot P^{0,48} \cdot T^{0,50} \cdot A^{-0,13}$

Avec le P=poids en Kg, T=taille en mètres et A=âge en années.

- L'estimation de l'activité physique (www.inpes.sante.fr : document grand public « Bouger c'est la santé »).

Des outils de relevés des habitudes alimentaires :

- guide d'entretien pour les diététiciens (exemple en annexe 2),
- outil d'auto-évaluation destiné au patient (exemple en annexe 3).

L'évaluation qualitative et quantitative des consommations alimentaires repose sur l'utilisation de techniques précises telles que :

- Le rappel des 24 heures (Dietary Recall),
- Le carnet ou journal alimentaire (Dietary Record) appelé aussi semainier,
- Le relevé sur 3 jours comportant un jour particulier (sortie, week-end, etc.),
- Le questionnaire de fréquence de consommations. Des supports visuels servent d'outils d'estimation des quantités : photos, aliments factices, classeurs d'étiquettes, références de poids, emballages, etc. L'indication d'une évaluation chiffrée est déterminée par un but précis ou relatif à une pathologie ou un objectif spécifique. L'évaluation chiffrée est réalisée soit sur demande médicale, soit à l'initiative du diététicien.

Des guides d'entretien qui permettent d'apprécier :

- Les données sur les conditions de vie de la personne soignée (exemple en annexe 4).
- Les dispositions mentales dans lesquelles se trouve la personne soignée, permettent d'établir un diagnostic éducatif (exemple en annexe 5) et amène à négocier des compétences à développer. Il s'agit d'explorer : la dimension bio médicale (qu'avez-vous ?), la dimension socio professionnelle (que faites-vous ?), la dimension psycho affective (qui êtes-vous ?), la recherche du projet du patient (comment envisagez-vous votre avenir ?).

Annexe 2. Exemple de guide d'entretien pour l'évaluation des consommations alimentaires (Source : document de synthèse professionnel validé par l'ADLF, septembre 2005)

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SOIGNÉE		Nom du diététicien :	
Nom et prénom :		Recueil de données effectué le :	
Date de naissance :		Médecin référent :	
(Service) :		Numéro de dossier :	
COMPOSITION HABITUELLE DES REPAS (Journée type) (Estimation des quantités si possible en poids, bol, assiette, cuillère à soupe, etc.)			Synthèse
PETIT DÉJEUNER	ALIMENTS	QUANTITÉ	
A quelle heure ?			
Debout <input type="checkbox"/>			
Assis <input type="checkbox"/>			
EST-IL LE MÊME TOUS LES JOURS ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Quels autres types d'aliments prenez-vous alors ?			
Avec quelle fréquence ?			
DÉJEUNER	ALIMENTS	QUANTITÉ	
A quelle heure ?			
Où ?			
Debout <input type="checkbox"/>			
Assis <input type="checkbox"/>			
DÎNER	ALIMENTS	QUANTITÉ	
Où ?			
Debout <input type="checkbox"/>			
Assis <input type="checkbox"/>			
FAITES-VOUS UN GOÛTER ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
À quelle heure ? Avec quels aliments ?			
EXISTE-T-IL D'AUTRES MOMENTS DANS LA JOURNÉE OÙ VOUS MANGEZ ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Si oui : <input type="checkbox"/> par faim <input type="checkbox"/> par ennui <input type="checkbox"/> par gourmandise <input type="checkbox"/> autre :			
Vers quelle heure ?	Quels aliments ?	<input type="checkbox"/> salés <input type="checkbox"/> sucrés	
Avec quelle fréquence ? Lesquels ?			
QUE BUVEZ-VOUS ? QUELLES QUANTITÉS ET FRÉQUENCE ?			
Eau	<input type="checkbox"/> moins d'1/2 l/j	<input type="checkbox"/> 1/2 à 1 l/j	<input type="checkbox"/> 1 à 2 l/j <input type="checkbox"/> plus, combien ? :
Vin	<input type="checkbox"/> rien	<input type="checkbox"/> 2 à 3 verres/j	<input type="checkbox"/> 4 à 7 verres/j <input type="checkbox"/> plus, combien ? :
Bière ou cidre	<input type="checkbox"/> rien	<input type="checkbox"/> 1 canette/j	<input type="checkbox"/> plus, combien ? :
Apéritifs	<input type="checkbox"/> rien	<input type="checkbox"/> 1/jour	<input type="checkbox"/> 1/semaine <input type="checkbox"/> plus, combien ? :
Jus de fruits	<input type="checkbox"/> rien	<input type="checkbox"/> 1 verre/j	<input type="checkbox"/> 2 à 3 verres/j <input type="checkbox"/> plus, combien ? :
Boissons sucrées (jus de fruits, sirop, soda, etc.)			
	<input type="checkbox"/> rien	<input type="checkbox"/> 1 verre/j	<input type="checkbox"/> 2 à 3 verres/j <input type="checkbox"/> plus, combien ? :
Autres boissons (infusions, thé, café, etc.)			
	<input type="checkbox"/> rien	<input type="checkbox"/> 1 tasse/j	<input type="checkbox"/> 2 à 3 tasses/j <input type="checkbox"/> plus, combien ? :
Combien de morceaux de sucre utilisez-vous par tasse ?			
	<input type="checkbox"/> rien	<input type="checkbox"/> 1 tasse/j	<input type="checkbox"/> 2 à 3 tasses/j <input type="checkbox"/> plus, combien ? :
Mettez-vous du lait ? <input type="checkbox"/> écrémé <input type="checkbox"/> 1/2 écrémé <input type="checkbox"/> entier <input type="checkbox"/> combien ? :			

Recommandations pour la pratique clinique

QUE MANGEZ-VOUS ? QUELLES QUANTITÉS ET FRÉQUENCE ?	Synthèse																
<p>Crudités (légumes crus) <input type="checkbox"/> à chaque repas <input type="checkbox"/> 1 fois par jour <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine</p> <p>Légumes cuits <input type="checkbox"/> à chaque repas <input type="checkbox"/> 1 fois par jour <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine</p> <p>Viande <input type="checkbox"/> à chaque repas <input type="checkbox"/> 1 fois par jour <input type="checkbox"/> moins, combien ? <input type="checkbox"/> jamais</p> <p>Produits reconstitués tels que « nugget's », cordons bleus, etc. <input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> 4 fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 fois/semaine <input type="checkbox"/> moins</p> <p>Poisson <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine <input type="checkbox"/> plus, combien ? :</p> <p>Œufs <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine <input type="checkbox"/> plus, combien ? :</p> <p>Charcuterie (jambon, rillettes, pâtés, etc.) <input type="checkbox"/> à chaque repas <input type="checkbox"/> 1 fois/jour <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois/sem. <input type="checkbox"/> plus, combien ? :</p> <p>Entrée à base de feuilleté ou tartes ? <input type="checkbox"/> à chaque repas <input type="checkbox"/> 1 fois/jour <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois/sem. <input type="checkbox"/> plus, combien ? :</p> <p>Fromages (ex. type : 1 camembert = 8 portions) <input type="checkbox"/> 2 portions/repas <input type="checkbox"/> 1 portion/repas <input type="checkbox"/> 1 portion/jour <input type="checkbox"/> moins, combien ? :</p> <p>Féculents (riz, pâtes, pommes de terre) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> à chaque repas <input type="checkbox"/> 1 fois/jour <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois/semaine</p> <p>Légumes secs (lentilles, haricots blancs, pois chiches, etc.) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine <input type="checkbox"/> 1 à 2 fois par mois <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois/an</p> <p>Fruits crus <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> à chaque repas <input type="checkbox"/> 1 fois/jour</p> <p>Fruits cuits <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> à chaque repas <input type="checkbox"/> 1 fois/jour</p> <p>Fritures (frites, chips, beignets, etc.) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 à 24 fois/semaine <input type="checkbox"/> plus, combien ? :</p> <p>Combien de fois dans la journée, en comptant le petit déjeuner, prenez-vous une part de laitage (yaourt, fromage blanc) ou un verre de lait ? <input type="checkbox"/> 1 fois/jour <input type="checkbox"/> 3 fois/jour <input type="checkbox"/> plus, combien ? :</p> <p>Consommez-vous des desserts sucrés (pâtisseries, glaces, entremets) ? <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 fois/semaine <input type="checkbox"/> plus, combien ? :</p> <p>Consommez-vous des viennoiseries, croissants ? <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois/semaine <input type="checkbox"/> plus, combien ? :</p> <p>Consommez-vous des produits sucrés (bonbons, chocolat, etc.) ? <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 fois/semaine <input type="checkbox"/> plus, combien ? :</p> <p>Combien consommez-vous de pain/jour ? (une baguette = 200 g) ? <input type="checkbox"/> moins de 100 g <input type="checkbox"/> 100 à 200 g <input type="checkbox"/> plus, combien ? :</p> <p>Utilisez-vous des produits allégés ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui : <input type="checkbox"/> allégés en sucre <input type="checkbox"/> allégés en graisses</p>																	
<p>Mode de cuisson ou d'assaisonnement le plus régulièrement utilisé, pour :</p> <p>les VIANDES Vous utilisez des matières grasses? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Quels types : <input type="checkbox"/> beurre <input type="checkbox"/> crème <input type="checkbox"/> margarines <input type="checkbox"/> huiles</p> <p>les LÉGUMES Vous utilisez des matières grasses? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Quels types : <input type="checkbox"/> beurre <input type="checkbox"/> crème <input type="checkbox"/> margarines <input type="checkbox"/> huiles</p> <p>les SALADES 1 cuillère à soupe d'huile/personne <input type="checkbox"/> plus, combien ?</p> <p>Estimez la quantité consommée de :</p> <table border="0"> <tr> <td>Beurre</td> <td>Huile</td> <td>Margarine</td> <td>Crème</td> </tr> <tr> <td>Par jour :</td> <td>Par jour :</td> <td>Par jour :</td> <td>Par jour :</td> </tr> <tr> <td>Par semaine :</td> <td>Par semaine :</td> <td>Par semaine :</td> <td>Par semaine :</td> </tr> <tr> <td>Par mois :</td> <td>Par mois :</td> <td>Par mois :</td> <td>Par mois :</td> </tr> </table>	Beurre	Huile	Margarine	Crème	Par jour :	Par jour :	Par jour :	Par jour :	Par semaine :	Par semaine :	Par semaine :	Par semaine :	Par mois :	Par mois :	Par mois :	Par mois :	
Beurre	Huile	Margarine	Crème														
Par jour :	Par jour :	Par jour :	Par jour :														
Par semaine :	Par semaine :	Par semaine :	Par semaine :														
Par mois :	Par mois :	Par mois :	Par mois :														
Existe-t-il des aliments que vous ne supportez pas, ou que vous ne devez (pouvez) pas manger ? :																	

Annexe 3 : Feuille de surveillance Alimentaire PNNS 2003

SURVEILLANCE ALIMENTAIRE

Dépistage et suivi

Etiquette Patient

Date													
Consommation		<input type="checkbox"/>											
P D E J U N E R	CAFE ou THE												
	LAIT												
	BISCOTTE BEURREE												
	BOUILLIE												
	Identification du soignant	P	T	P	T	P	T	P	T				
C O L L	SUPPLEMENT												
	BOISSON												
Identification du soignant	P	T	P	T	P	T	P	T					
D E J U N E R	ENTREE												
	VIANDES												
	LEGUMES												
	FROMAGE/LAITAGE												
	DESSERT												
	BOISSON												
	Identification du soignant	P	T	P	T	P	T	P	T				
G O U T E R													
	Identification du soignant	P	T	P	T	P	T	P	T				
D I N E R	POTAGE												
	VIANDES												
	LEGUMES												
	FROMAGE/LAITAGE												
	DESSERT												
	BOISSON												
Identification du soignant	P	T	P	T	P	T	P	T					

REMARQUES

Identification du soignant :
 P = aide Partielle Installation du patient, ouvrir les conditionnement, couper la viande..., stimulation pendant le repas
 T = aide Totale Installation du patient et le faire manger
 Identification du soignant (initiales Nom Prénom)
 Acte effectué
 Acte effectué renvoyant à une cible

Pour l'évaluation de la consommation, cocher les cases correspondantes

Rien
 < moitié
 > moitié
 Tout
 (uniquement partie consommée)

Annexe 4. Exemple d'outil destiné à la personne soignée pour réaliser un relevé de consommations alimentaires (Source : document de synthèse professionnel validé par l'ADLF, sept. 2005)

Habitudes alimentaires

De Monsieur ou Madame :

Prénom :

Date :

Recommandations pour compléter le questionnaire

Nous comptons sur vous pour remplir ce questionnaire aussi attentivement que possible, en notant tout ce que vous mangez et buvez pendant 3 jours (et 3 nuits) consécutifs en utilisant les feuillets ci-joints.

Soyez complet et précis.

Notez tous les repas, collations, boissons, au fur et à mesure afin de ne rien oublier.

Notez le lieu (domicile, restaurant, etc.) et l'heure des repas.

Précisez pour chaque aliment consommé :

- la nature exacte du produit.

N'inscrivez pas :

- crudité mais carottes râpées, etc.
- viande mais escalope de veau, rôti de porc, etc.
- poisson mais colin, saumon, etc.
- fromage mais camembert, gruyère, etc.
- fruit mais pomme, poire, etc.
- pour les aliments particuliers (hamburger, sandwich, etc.) indiquez la composition et si nécessaire la marque

- la quantité consommée :

- en grammes, nombre de pièces
- cuillère à café, cuillère à soupe
- bol, tasse
- verre

- le mode de cuisson.

- la matière grasse, le sel et le sucre utilisés et leur quantité.

Remplissez ce questionnaire même si votre alimentation lors de cette enquête n'est pas votre alimentation habituelle. Si un événement particulier la modifie (restaurant, maladie, etc.), précisez-le.

	Heure et lieu	Menu précis	Quantité consommée	Mode de cuisson Assaisonnement
PETIT DÉJEUNER				
Dans la matinée				
REPAS de MIDI (déjeuner)				
Dans l'après-midi				
REPAS du SOIR (dîner)				
Dans la soirée				
Dans la nuit				
Autres prises alimentaires				
OBSERVATIONS : Puis deux autres tableaux identiques pour JOUR 2, JOUR 3, etc.				

Annexe 5. Exemple de guide d'entretien pour le recueil de données sur les conditions et habitudes de vie (Source : document de synthèse professionnel validé par l'ADLF, sept. 2005)

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SOIGNÉE		Nom du diététicien :	
Nom et prénom :		Recueil de données effectué le :	
Date de naissance :		Médecin référent :	
(Service) :		Numéro de dossier :	
ACTIVITÉS SOCIOPROFESSIONNELLES			
Travaillez-vous actuellement ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si non :	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Invalide	<input type="checkbox"/> Sans profession <input type="checkbox"/> Autre :
Si oui :	<input type="checkbox"/> Horaire bureau	<input type="checkbox"/> Horaire alterné jour/nuit	<input type="checkbox"/> Autre :
Si oui :	<input type="checkbox"/> Repos fixe	<input type="checkbox"/> Repos variable	<input type="checkbox"/> Autre :
Quelle est votre profession ?			
Avez-vous une activité associative ou autre ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Vous vivez :		<input type="checkbox"/> seul(e)	<input type="checkbox"/> en famille <input type="checkbox"/> en compagnie
		Combien de personnes ? :	Combien de personnes ? :
		Adultes :	
		Enfants :	
Laquelle ? :			
HISTOIRE DU POIDS			
Vous souvenez-vous de votre poids de naissance ?			
A l'âge adulte, quel était(est) votre poids le plus bas ?		À quel âge ?	
Quel était(est) votre poids le plus haut ?		À quel âge ?	
Votre poids a-t-il varié récemment ? :			
De combien ? :		Depuis quand ? :	
Pourquoi (événements de vie) ? :			
% de variation de poids :			
Quel est votre poids actuel ?	Votre taille ?	IMC :	
Souhaitez-vous modifier votre poids actuel ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> De combien ? :
Quel est votre « poids de forme » (poids où vous vous sentez bien) ? :			

ALIMENTATION

Votre culture, religion influence-t-elle votre alimentation ? OUI NON
Si oui, comment ? :

Qui réalise les achats alimentaires? (Où ? Quand ? Avec qui ?)
Si c'est vous, est-ce ? :
 Un plaisir Une contrainte Autre :

Chez vous, qui prépare les repas ? :

Aimez-vous cuisiner ? : OUI NON
Quels types de préparations ? :

Goûtez-vous les plats ? :
De quel temps disposez-vous pour préparer les repas ? :

De quel équipement disposez-vous pour cuisiner, conserver vos aliments ? :
 réfrigérateur congélateur
 four four micro-ondes cuisinière autres :

Quelle est la durée des repas ? : Petit déjeuner : Déjeuner : Dîner :

Mangez-vous ? seul(e) ou en compagnie ? :
Midi Seul(e) En famille En compagnie
Soir Seul(e) En famille En compagnie

Mangez-vous par Nécessité Faim Gourmandise
Mangez-vous : Vite ← → Lentement

Existence de difficultés pour s'approvisionner, préparer les repas, s'alimenter ?
 OUI NON
Si oui : lesquelles ? :

Habituellement suivez-vous un régime alimentaire ? OUI NON
Si oui : lequel ? :

Avez-vous déjà suivi d'autres régimes ? OUI NON
Si oui : lesquels ? :
Pourquoi ? :
Quand ? :
Si régime prescrit, par qui ? :

Vous arrive-t-il de manger au restaurant ? : OUI NON
Si oui 1 fois/sem. > 1 fois/sem. 1 fois/mois > 1 fois/mois
Combien ? : Combien ? :

Vous arrive-t-il de faire des repas de famille, d'amis, etc.? OUI NON
Si oui : 1 fois/sem. > 1 fois/sem. 1 fois/mois > 1 fois/mois
Combien ? : Combien ? :

Avez-vous faim ? En vous mettant à table En sortant de table Entre les repas
Estimez-vous être un Gros mangeur Mangeur moyen Petit mangeur

Recommandations pour la pratique clinique

Quels aliments préférez-vous ?	<input type="checkbox"/> Sucrés	<input type="checkbox"/> Salés
Avez-vous l'habitude de vous resservir à table ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
*Plus particulièrement sur quels types de plats ?		
* Le faites-vous repas	<input type="checkbox"/> de temps en temps	<input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> à tous les
Vous arrive-t-il de ne rien prendre à un repas ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui,	<input type="checkbox"/> Le petit déjeuner	<input type="checkbox"/> À midi
	<input type="checkbox"/> 1 fois/semaine	<input type="checkbox"/> 1 fois/semaine
	<input type="checkbox"/> 2 à 4 fois/semaine	<input type="checkbox"/> 2 à 4 fois/sem.
	<input type="checkbox"/> plus	<input type="checkbox"/> plus
Prenez-vous des collations ou en-cas ?		
<input type="checkbox"/> En matinée	<input type="checkbox"/> Dans l'après-midi	<input type="checkbox"/> Après le travail
		<input type="checkbox"/> En soirée <input type="checkbox"/> La nuit
Activité physique		
Sur votre lieu de travail ou pendant votre occupation principale* :		
Marchez-vous ?	jamais	occasionnellement souvent
Êtes-vous assis ?	souvent	occasionnellement jamais
Pendant vos loisirs :		
Marchez-vous ? (jardinez-vous ? Bricolez-vous activement ?) :		
	jamais	occasionnellement souvent
Pratiquez-vous un sport ?	jamais	occasionnellement souvent
	Si oui, lequel ? :	
	Adaptez-vous votre alimentation ? :	
Regardez-vous la télévision ?	souvent	occasionnellement jamais
Pour vous déplacer : Vous privilégiez la marche, le vélo, les rollers (autres) ?		
	jamais	occasionnellement souvent
* Interprétation : 6 à 9 : très peu actif ; 9 à 12 : peu actif ; 12 à 15 : moyennement actif ; 15 à 18 : très actif		
Tabac		
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui :	Combien par jour ? :	Depuis quand ? :
Souhaitez-vous arrêter de fumer ? :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si non, pourquoi ? :		
Divers		
Portez-vous une prothèse dentaire, pour manger ? :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui : est-elle bien supportée ? :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si non pourquoi ? :		

Annexe 6. Exemple de guide d'entretien pour l'élaboration d'un diagnostic éducatif diététique soit en consultation individuelle, soit incluse dans un programme pluri professionnel (Source : document de synthèse validé par l'ADLF, septembre 2005)

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SOIGNÉE		Nom du diététicien :	
Nom et prénom :		Recueil de données effectué le :	
Date de naissance :		Médecin référent :	
(Service) :		Numéro de dossier :	

Dimension biomédicale : Qu'est-ce qu'il (elle) a ?

Pathologie :

Date de découverte : Traitement et date de mise en route :

Pathologie(s) associée(s) :

Traitement(s) : Adhésion au traitement :

Histoire du poids (en complément de l'annexe 4) :

Dénutrition (< 18 ou 19) Surpoids (> 25) Obésité (> 30) Obésité sévère (> 40) ?

Marqueurs biologiques pertinents pour suivre l'évolution de la maladie :

Avez-vous déjà fait des tentatives de perte de poids ?

Oui Non

Si oui : lesquelles ?

Dates : Nature : Résultats :

Dimension socioprofessionnelle : Qu'est-ce qu'il (elle) fait ? (en complément de l'annexe 4) :

Lieu d'habitation :

Vit seul (seule) : Oui Non

Nombre d'enfants : Âge : Vivent à la maison : oui non

« Extras » Restaurant Amis Famille

Nombre : /semaine /mois nature :

Culture :

Région d'origine de la cuisinière ou du cuisinier :

La télévision est-elle présente pendant les repas ? En dehors des repas ?

Recommandations pour la pratique clinique

Dimension cognitive : Qu'est-ce qu'il (elle) sait ?

Dégager ce que le patient sait de sa maladie, ce qu'il croit, ce qu'il perçoit, son niveau d'acceptation de la maladie

(déni, révolte, dépression, marchandage, acceptation active ou passive).

Avez-vous suivi un enseignement ou des consultations à propos de votre alimentation ?

Oui Non

Stage : Consultation Hospitalisation

Diététicien : Libéral Hospitalier Nom :

Médecin : Quelle est sa spécialité ? : Nom :

Avez-vous cherché à vous informer par vous-même sur l'alimentation et votre maladie ?

Oui Non

Livres Internet Famille

Amis Association Autres

Qu'avez-vous retenu ? Que savez-vous sur l'alimentation en lien avec votre maladie ?

Dans votre famille ou votre entourage une personne a-t-elle la même maladie que vous ? :

Oui Non

Lien de parenté :

Quel est son rapport vis-à-vis de l'alimentation ?

Que représente pour vous l'alimentation ?

Dimension psychoaffective : Qui est-il (elle) ?

Dégager les motivations et les ressources du patient pour déterminer ce qu'il pourra faire.

Votre alimentation est-elle une contrainte dans votre vie de tous les jours ?

Depuis le début de votre maladie, avez-vous maintenu vos sorties (restaurant, loisirs, associations...) ?

Pensez-vous être soutenu par vos proches ?

Famille :

Amis (lors d'invitation) :

Travail :

Attentes - Projet : que veut-il (elle) ?

Pensez-vous appliquer les conseils alimentaires qui vous sont donnés ?

Pensez-vous que ces conseils ont une influence sur votre santé ?
Laquelle ?

Quelles sont les solutions que vous pourriez mettre en place pour améliorer votre santé ?

Quel bénéfice en aurez-vous ?

Est-ce qu'il y a des éléments que vous aimeriez connaître ou apprendre pour mieux prendre en charge votre santé ?

Évaluation des consommations alimentaires (guide entretien pour évaluation des consommations alimentaires en annexe 3)

Points positifs	Points pouvant limiter les changements de comportement

Objectif(s) éducatif(s) diététique(s)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 7 : le diagnostic diététique Traduction du document publié par l'American Dietetic Association « Nutrition Diagnosis : A Critical Step in the Nutrition Care Process » Edition 2006

Définition et but	<p>« Le diagnostic diététique » est la deuxième étape du processus de soins diététiques. C'est l'identification et l'étiquetage qui décrivent soit une situation actuelle, soit le risque ou la possibilité de développer un problème nutritionnel que les diététiciens peuvent traiter de façon indépendante.</p> <p>À la fin de l'étape du bilan diététique, les données sont regroupées, analysées et synthétisées. Vous verrez apparaître une catégorie de diagnostic diététique à partir duquel on peut formuler une déclaration spécifique de diagnostic diététique standardisé. Le diagnostic diététique ne devrait pas être confondu avec le diagnostic médical, qui peut être défini comme une maladie ou une pathologie qui peuvent être traitées ou prévenues.</p> <p>Un diagnostic diététique évolue en même temps que le patient évolue.</p> <p>Un diagnostic médical ne change pas tant que la maladie ou une situation existe.</p> <p>Un patient peut avoir comme diagnostic médical un « diabète type 2 », mais, après avoir effectué un bilan diététique, le diététicien peut diagnostiquer, par exemple, « un surpoids indésirable » ou « consommation excessive de glucides ». L'analyse des données issues du bilan diététique permet de nommer le ou les diagnostic(s) diététique qui fait/(font) le lien entre des objectifs réalistes et mesurables, les actions choisies pour y aboutir</p>
Sources/ Outils de données du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Données d'évaluation organisées et regroupées • Liste (s) de catégorie de diagnostics diététiques et « d'étiquettes » de diagnostic • Jusqu'en 2006 la profession n'avait pas de liste de diagnostic diététique normalisée (standardisée). Cependant l'ADA en juin 2003 a créé un Groupe de Travail de Normalisation (Standardisation) de la terminologie pour développer un langage de normalisé (standardisé) portant à la fois sur le diagnostic diététique et sur les interventions diététiques.
Les composantes du diagnostic diététique (3 parties distinctes)	<p>1. Problème (étiquette du diagnostic)</p> <p>La déclaration du diagnostic diététique décrit les changements du statut nutritionnel du patient.</p> <p>L'étiquette du diagnostic (qualifie) est un adjectif qui décrit ou qualifie la situation tel que : changé, détérioré, inefficace, augmenté/diminué, à risque de, aigu ou chronique.</p> <p>2. L'étiologie (cause/ou facteurs de risque)</p> <p>Les facteurs liés au problème (étiologies) sont des facteurs qui contribuent à l'existence, ou au maintien de problèmes d'ordre physiopathologique, psychosocial, situationnel, culturel ou environnemental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étiologie est rattachée à l'étiquette du diagnostic par le mot « en lien avec » (ELA). • Il est important non seulement d'exposer le problème, mais aussi identifier la cause du problème. • Cela aide à déterminer si réellement l'intervention diététique améliorera ou corrigera le problème. - Il identifiera aussi ce qui est à l'origine du problème. Les problèmes de nutrition sont soit directement causés par un apport nutritionnel inadéquat (primaire) soit font suite à des facteurs médicaux, génétiques ou environnementaux (secondaire). - Il est aussi possible qu'un problème de nutrition puisse être la cause d'un autre problème. Par exemple, la consommation excessive de calorique peut aboutir à la prise de poids fortuite. La compréhension de ces événements en cascade aide à déterminer comment prioriser les interventions diététiques.

	<ul style="list-style-type: none"> - Il est souhaitable de cibler les interventions qui permettent de corriger la cause du problème chaque fois que possible. Toutefois, dans certains cas, le traitement des signes et des symptômes (les conséquences) de ce problème peut également être justifié. • La hiérarchisation des diagnostics diététique doit être réalisée par le diététicien afin de traiter les problèmes par ordre d'importance et d'urgence pour le patient. <p>3. Les signes et symptômes (caractéristiques déterminantes)</p> <p>Les caractéristiques déterminantes sont un ensemble de signes subjectifs et objectifs et de symptômes définis pour chaque catégorie de diagnostic diététique. Ces caractéristiques sont recueillies au cours du bilan diététique, elles fournissent la preuve que le problème de nutrition existe et que le problème identifié appartient à la catégorie du diagnostic sélectionné. Ils permettent également de quantifier le problème et de décrire sa gravité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils sont liés à l'étiologie par les mots « comme en témoigne » (CET) ; Les symptômes (données subjectives) sont des éléments que le patient ressent et qu'elle exprime verbalement aux diététiciens lors du bilan diététique et • Les signes (données objectives) sont des éléments observables en lien avec l'état de santé du patient.
Formalisation du diagnostic diététique	<p>Chaque fois que cela est possible, la formalisation du diagnostic diététique est écrite dans un format PES qui énonce le problème (P), l'étiologie (E), et les signes et symptômes (S). Toutefois, si le problème est soit un risque (potentiel) ou un problème de bien-être, la formalisation du diagnostic diététique peut n'avoir que deux éléments, le problème (P) et l'étiologie (E), puisque les signes et symptômes (S) ne seront pas encore présents chez le patient</p> <p>Pour être bien formalisé un diagnostic diététique doit être :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. clair et concis 2. spécifique : centré sur le patient 3. associé au problème du patient 4. précis : se rapporter à une étiologie 5. basé sur de données d'évaluations fiables et précises <p>Exemples de formalisation de diagnostic diététique (PSE ou PE) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - apport calorique excessif (problème) « en lien avec » une consommation fréquente de grandes quantités de matières grasses au cours du repas (étiologie) « comme en témoigne » l'apport quotidien moyen de calories supérieure de 500 kcal aux apports nutritionnels recommandés et un gain de poids de 6 kilos au cours des 18 derniers mois (les signes). - alimentation inappropriée du nourrisson ÉLA un manque de connaissances de la mère CET la composition de la préparation du biberon de l'enfant. - perte de poids involontaire ÉLA un choix de produit de nutrition entérale insuffisant au niveau calorique CET la perte de poids de 3 kilos sur le mois passé. - risque de gain de poids ÉLA une diminution récente de l'activité physique quotidienne suite à une blessure liée au sport.

Recommandations pour la pratique clinique

Esprit critique	<p>Au cours de son raisonnement clinique pour élaborer le diagnostic diététique le diététicien doit mobiliser les compétences suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- trouver les liens et les relations entre les données et les causes possibles ;- faire des inférences « si cela continue de se produire, voilà ce qui risque d'arriver » ;- déclarer le problème de façon claire et singulière ;- ne pas porter de jugement (être objectif et factuel) ;- faire des liens avec les autres disciplines ;- choisir ou exclure un diagnostic précis et- prioriser en fonction de l'importance relative des problèmes pour la sécurité du patient.
Documentation du diagnostic	<p>La documentation du diagnostic est un processus continu qui soutient toutes les étapes du processus de soins.</p> <p>La documentation de l'étape de diagnostic devra être pertinente, précise et opportune.</p> <p>Le diagnostic diététique est l'impression que la profession de diététicien a à un moment donné. Par conséquent, si d'autres éléments d'évaluations deviennent disponibles, la documentation du diagnostic peut être révisée et mise à jour par ces professionnels.</p>
Détermination de la poursuite des soins	<p>Puisque l'étape du diagnostic consiste principalement à nommer et décrire le problème, la détermination de la poursuite des soins est rare à cette étape. La détermination de la continuité des soins est en général faite plus tard au cours du processus de soin diététique.</p>

Annexe 8. 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.
Habitues 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.

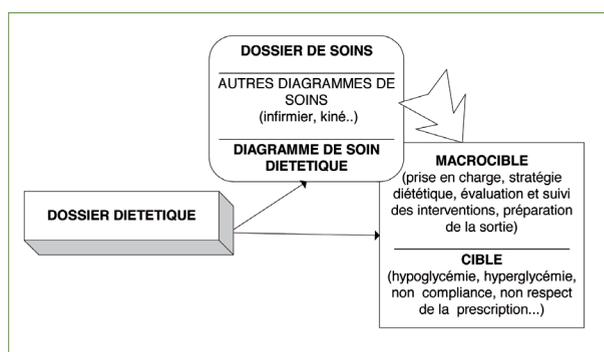
Annexe 9. Les transmissions ciblées

La non pertinence et le manque de détails des transmissions écrites ont motivé certaines équipes d'infirmières à adopter le modèle de dossier centré sur les problèmes, recommandé par L. Weed vers la fin des années 60.

L'origine des transmissions ciblées (TC) remonte aux années 1980 aux États-Unis, S. Lampe et A. Hitchcock proposent un dossier de soins utilisant une nouvelle méthode de rédaction des transmissions, dans le but d'enrichir les observations infirmières et de faire apparaître le rôle propre infirmier.

Les TC se sont progressivement imposées en France, dans les pratiques infirmières. Cette méthode en perpétuelle amélioration offre des possibilités et des perspectives qui ne font que croître.

Le dossier ciblé s'inscrit dans un projet centré sur le patient, qui permet d'évaluer les soins dispensés par les membres de l'équipe pluridisciplinaire.



Définition

Les transmissions ciblées sont une méthode permettant d'organiser la partie narrative du dossier de la personne soignée, afin d'évaluer rapidement sa situation et les soins nécessaires à dispenser.

Cette méthodologie répond à la fois aux exigences professionnelles et légales en matière de personnalisation des soins, à l'obligation de transparence qui passe par l'évaluation des écrits professionnels (dossiers de soins, protocoles, planification...). Elle évite les écrits répétitifs et structure l'information écrite. Elle est conforme au processus de soins : données, actions, résultats.

Les transmissions écrites sont les informations inscrites au dossier patient par l'ensemble des acteurs, afin de permettre à tout moment de mieux connaître les éléments nécessaires à la réalisation des soins et au suivi dans le temps.

Les outils

Les TC reposent sur deux outils :

- le diagramme de soins, photographie des activités de soins, repose sur la culture de soins et les pratiques professionnelles. Il représente un tableau de bord du suivi de la personne soignée qui permet de consigner les activités de soins. Le diagramme de soins peut être propre à chaque métier ou commun à tous les intervenants.
- les macrocibles et les cibles structurent et présentent les informations concernant la personne soignée.

Une macrocible présente les informations concernant la personne soignée, de façon structurée et synthétique, à une phase précise de la prise en charge : entrée, phase diagnostique, sortie. Elle permet d'assurer un relais rapide et pertinent entre les professionnels.

La macrocible est liée à une étape (ex : initiation de la prise en charge, sortie etc.) ou à un niveau de l'étape, macrocible intermédiaire (ex : enquête alimentaire, bilan diététique etc.).

Elle se décompose en cinq items qui sont : la maladie, la thérapeutique, le vécu de la personne, l'environnement familial ou social et le développement.

Une cible, est l'énoncé concis et très précis qui attire l'attention sur l'état de la personne soignée. (figure 2). Centrée sur le patient, elle n'est ni un jugement de valeur, ni une pathologie.

L'identification des cibles ne procède pas seulement de l'enrichissement du vocabulaire mais d'une collecte de données pertinentes. Elle permet d'approfondir les concepts diagnostiques, de développer la pensée critique et l'expertise clinique.

Exemple de cibles : risque de dénutrition, trouble de l'appétit, anorexie, faim, inappétence, refus alimentaire, boulimie, dégoût alimentaire, perte de poids, altération de l'état cutané.

Structure des TC

La structure des transmissions ciblées suit le schéma du raisonnement diagnostique par la distribution en : données, actions, résultats.

• les données : D

Concernent les signes cliniques présentés par la personne soignée, ainsi que ses expressions qui confirment la cible choisie.

• les actions : A

Actions (ou interventions) en soins diététiques ou infirmiers, présentes ou futures et basées sur

l'analyse de la situation pour améliorer l'état de la personne soignée.

• les résultats : R

Description de la réaction du malade aux actions de soins proposées et réalisées. L'objectif est la disparition ou l'amélioration des données cliniques.

Un résultat peut être :

un non-résultat (négatif) ==> non résolu

un résultat intermédiaire ==> partiellement résolu

un résultat positif ==> résolu

Le résultat peut être écrit à distance des données ou des actions. La recherche des résultats demande une grande rigueur.

Les TC permettent l'implantation d'un dossier de soins cohérent, en conformité avec la législation et les attendus de la HAS.

Elles permettent :

- une identification rapide de la situation du patient,
- l'inscription des résultats des actions de soins,
- l'amélioration qualitative des écrits,
- une réflexion sur les pratiques des soignants,
- une responsabilisation des soignants,
- une image professionnelle valorisée,
- une expression et une lecture commune pour un suivi interprofessionnel.

Les TC sont au service du raisonnement clinique et favorisent l'émergence des diagnostics en cibles.

Déployées par les services infirmiers, elles offrent un outil que devraient s'approprier les autres professionnels de santé. Les diététiciens trouveront facilement des liens avec leur pratique.

Exemple de diagramme de soins « versus diététique » (cf. les étapes de la démarche de soin diététique)

Etiquette du malade												
Unités de soins	Diagramme de soins (heure) ou (jours) ou (mois)											
<u>Prise en charge</u>												
Recueil de données	XS											
Enquête alimentaire		XS										
Bilan diététique		XS										
Diagnostic diététique		XS										
<u>Stratégie diététique</u>												
Prescription diététique			XS									
<u>Objectifs</u>												
<u>Actions mis en place</u>												
<u>Evaluation et suivi des interventions</u>												
<u>Objectif nutritionnel</u>												
Objectif thérapeutique												
Objectif d'éducation												
<u>Préparation de la Sortie</u>										/S		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Exemple de codes pouvant être utilisés :

/ : prévu ; X : réalisé ; D : non réalisé mais ciblé ; S : signature obligatoire de l'agent

Recommandations pour la pratique clinique

Exemple de macrocible de prise en charge

Situation : Monsieur F. âgé de 34 ans, entre dans le service le 10 février 2003 pour examens complémentaires en rapport avec un diabète :

Macrocible	Transmissions	
10/02/03 Prise en charge	Maladie	Diabète de type 1 découvert il y a 6 mois Hospitalisation pour examens complémentaires
	Thérapeutique	3 injections d'insuline/jour. Régime diabétique apportant 2000 Kcal et 250 g de glucides
	Vécu	Acquisition d'une plus grande autonomie En attente de conseils diététiques plus détaillés/pratique de sport
	Environnement	Vit en famille Prend ses repas au restaurant d'entreprise et se déplace 1 fois / semaine à Paris (TGV)
	Développement	Est en capacité de suivre une session d'éducation en rapport avec ses attentes

Exemple de cibles : risque de dénutrition, trouble de l'appétit, anorexie, faim, inappétence, refus alimentaire, dégoût alimentaire, altération de l'état cutané, boulimie...

D : données, A : actions, R : résultats

Date/heure	Cibles	Transmissions	
10/05/03	trouble de l'appétit	D	Dit ne pas supporter les odeurs Dit avoir faim seulement au petit-déjeuner
		A	Modification de la composition du petit-déjeuner Alimentation froide au déjeuner et dîner
		R	Consomme en totalité le petit-déjeuner Amélioration de la consommation aux deux autres repas
12/05/03	perte de poids	D	Perte de 5 kg depuis l'admission dans le service Besoins énergétiques = 1700 kcal/jour
		A	Suivi de la consommation alimentaire pendant les 5 jours à venir (aide-soignant) Prescription d'un complément alimentaire hypercalorique à raison d'une unité par jour
		R	Consommation alimentaire = 100% pour le petit-déjeuner et 50% pour les deux autres repas Consommation du complément difficile mais atteinte Apport énergétique = 1050 Kcal/jour Le suivi de la consommation stimule le patient
15/05/03	risque de dénutrition	D	IMC = 18
		A	Suivi de la consommation alimentaire prolongée de 8 jours Modification de la composition des repas de midi et soir, introduction de préparations enrichies
		R	Poids stabilisé Augmentation de la consommation équivalente à 500 Kcal/jour

Annexe 10 : Echelle QV- AF

Une échelle de qualité de vie en français axée sur l'alimentation

Le présent document présente l'échelle de qualité de vie QV- AF et la méthode de calcul des scores de qualité de vie par sous-échelle et globalement.

L'échelle QV- AF est libre d'utilisation. Elle a été développée entre 2004 et 2006, dans le cadre de l'Etude Longitudinale Prospective Alimentation et Santé (ELPAS). La méthodologie utilisée pour son développement et sa validation linguistique et psychométrique a été publiée¹⁶³ : Paineau D, Baudoin C, Grairia M, et al. Development and validation of a food-related quality-of life scale in the French population. *Cah Nutr Diét.* 2007;42(6):304-306.

Pour tout renseignement complémentaire, merci de contacter les auteurs de cette publication.

Remarque importante : l'échelle QV-AF a été développée afin de permettre le suivi longitudinal de la qualité de vie chez les adultes de la cohorte ELPAS (analyse de l'évolution des scores de qualité de vie) : elle ne permet pas de réaliser une mesure absolue de la qualité de vie à un moment donné.

L'objectif de cette enquête est de connaître votre avis sur votre état de santé général, votre bien-être et votre sentiment sur votre alimentation. Pourriez-vous répondre à chaque question en entourant la réponse de votre choix ? Si vous n'êtes pas sûr(e) de savoir comment répondre à une question, donnez la meilleure réponse possible. Souvenez-vous qu'il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses.

Voici une liste d'affirmations. Êtes-vous plutôt d'accord ou plutôt pas d'accord avec chacune d'elles ?

(Entourez le chiffre correspondant) :

	D'accord	Pas d'accord
1. Dans l'ensemble, mon alimentation est plutôt saine	1	2
2. Il m'arrive souvent de sauter un repas parce que je suis absorbé dans mon travail et que j'oublie de manger	1	2
3. Pour fêter un événement, rien ne vaut un bon repas	1	2
4. J'ai l'habitude de manger entre les repas	1	2
5. Je n'aime pas qu'on me téléphone à l'heure des repas	1	2
6. Je m'inquiète pour la santé de mes proches s'ils ont une mauvaise alimentation	1	2
7. Je pense rarement aux effets à long terme de mon alimentation sur ma santé	1	2
8. Quand je pense à la nourriture, c'est d'une façon positive et avec appétit	1	2
9. Je préfère un bon repas à une bonne émission de télévision	1	2
10. Si une pilule pouvait me permettre de satisfaire mes besoins nutritionnels en toute sécurité, pour pas cher et sans faim, je l'utiliserais	1	2
11. Pour moi, repas et fêtes familiales sont de bons souvenirs	1	2
12. Pour moi, bien manger est un des grands plaisirs de l'existence	1	2
13. L'argent qu'on dépense en nourriture est de l'argent bien dépensé	1	2
14. Je fais attention à ce que je mange et à l'effet de ce que je mange sur mon apparence	1	2

Recommandations pour la pratique clinique

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

Liste d'activités		Oui beaucoup limité(e)	Oui un peu limité(e)	Non pas du tout limité(e)
15	Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
16	Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
17	Soulever et porter les courses	1	2	3
18	Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
19	Monter un étage par l'escalier	1	2	3
20	Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
21	Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
22	Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
23	Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, Entourez la réponse de votre choix

Liste d'activités		oui	non
24	Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
25	Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?	1	2

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel, (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)). Entourez la réponse de votre choix

Liste d'activités		oui	non
25	Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
26	Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	1	2

28. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Entourez la réponse de votre choix

Pas du tout..... 1
 Un petit peu..... 2
 Moyennement 3
 Beaucoup..... 4
 Enormément..... 5

29. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Entourez la réponse de votre choix

Pas du tout..... 1
 Un petit peu..... 2
 Moyennement 3
 Beaucoup..... 4
 Enormément..... 5

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	Liste d'activités	En permanence	Très souvent	souvent	quelque-fois	rarement	jamais
30	Vous êtes-vous senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
31	Vous êtes-vous senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
32	Vous êtes-vous senti(e) débordant(e) d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
33	Vous êtes-vous senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
34	Vous êtes-vous senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
35	Vous êtes-vous senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
36	Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

37. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Entourez la réponse de votre choix

- En permanence 1
 Une bonne partie du temps 2
 De temps en temps 3
 Rarement 4
 Jamais 5

Calcul des scores de qualité de vie

Méthode de pondération

Afin de tenir compte de la contribution de chaque item de l'échelle QV-AF à l'évaluation de la qualité de vie, une pondération par rapport à la question globale de qualité de vie et de santé présente dans la pré-échelle QV-AFi a été réalisée. Cette question globale était la suivante :

Indiquez dans quelle mesure la phrase suivante est vraie ou fausse dans votre cas :

La pondération a été réalisée par régression (Partial Least Square, PLS). Les scores obtenus pour chaque sous-échelle ont été normalisés à 100 pour faciliter la comparaison des données obtenues à l'aide de l'échelle QV-AF dans différentes populations ou pour différentes mesures dans une même population (suivi longitudinal).

Entourez la réponse de votre choix

	En permanence	plutôt vraie	je ne sais pas	plutôt fausse	totale-ment fausse
Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

Calcul des scores de qualité de vie

La contribution de chaque item à l'évaluation de la qualité de vie est indiquée par sous-échelle dans les tableaux qui suivent. Cette contribution est définie par le coefficient « β », qui est ensuite normalisé pour permettre d'établir des scores sur 100 pour chaque sous-échelle (colonne « Normalisation »). Ce coefficient normalisé est multiplié par 0 ou par 1 en fonction de la réponse apportée à l'item ; les tableaux présentent les modalités de recodification binaire des réponses (colonne « Recodification »).

Exemple : pour l'item n°1 (première sous-échelle),

si le sujet répond « d'accord », il présente un coefficient normalisé de $1 \times 15,0124 = 15,0124$. S'il répond « pas d'accord », il a un coefficient normalisé égal à $0 \times 15,0124 = 0$.

La somme des coefficients normalisés pour tous les items d'une sous-échelle définit le score de qualité de vie pour cette sous-échelle. La somme des scores pour chaque sous-échelle définit le score global de qualité de vie.

Remarque : le calcul des scores nécessite que tous les items correspondants soient renseignés.

Sous-échelle 1 : dimension alimentation / plaisir

Item	Intitulé	Recodification	β	Normalisation
1	Dans l'ensemble, mon alimentation est plutôt saine	1=D'accord / 0 sinon	0,0776	15,0124
2	Il m'arrive souvent de sauter un repas parce que je suis absorbé dans mon travail et que j'oublie de manger	1=Pas d'accord / 0 sinon	0,0049	0,9500
3	Pour fêter un événement, rien ne vaut un bon repas	1=D'accord / 0 sinon	0,0080	1,5475
4	J'ai l'habitude de manger entre les repas	1=Pas d'accord / 0 sinon	0,0410	7,9198
5	Je n'aime pas qu'on me téléphone à l'heure des repas	1=D'accord / 0 sinon	0,0630	12,1893
6	Je m'inquiète pour la santé de mes proches s'ils ont une mauvaise alimentation	1=D'accord / 0 sinon	0,0211	4,0859
7	Je pense rarement aux effets à long terme de mon alimentation sur ma santé	1=Pas d'accord / 0 sinon	0,0202	3,8993
8	Quand je pense à la nourriture, c'est d'une façon positive et avec appétit	1=D'accord / 0 sinon	0,0118	2,2817
9	Je préfère un bon repas à une bonne émission de télévision	1=D'accord / 0 sinon	0,0094	1,8274
10	Si une pilule pouvait me permettre de satisfaire mes besoins nutritionnels en toute sécurité, pour pas cher et sans faim, je l'utiliserais	1=Pas d'accord / 0 sinon	0,0868	16,7801
11	Pour moi, repas et fêtes familiales sont de bons souvenirs	1=D'accord / 0 sinon	0,0604	11,6763
12	Pour moi, bien manger est un des grands plaisirs de l'existence	1=D'accord / 0 sinon	0,0325	6,2786
13	L'argent qu'on dépense en nourriture est de l'argent bien dépensé	1=D'accord / 0 sinon	0,0434	8,3962
14	Je fais attention à ce que je mange et à l'effet de ce que je mange sur mon apparence	1=D'accord / 0 sinon	0,0370	7,1555

Sous-échelle 2 : dimension alimentation / relationnel

Item	Intitulé	Recodification	β	Normalisation
24	Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1=Non / 0 sinon	0,0873	18,5591
25	Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?	1=Non / 0 sinon	0,0714	15,1864
26	Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1=Non / 0 sinon	0,0791	16,8177
27	Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	1=Non / 0 sinon	0,0739	15,7183
28	Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?	1= {Pas du tout Ou Un petit peu} / 0 sinon	0,0763	16,2256
29	Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?	1= {Pas du tout Ou Un petit peu} / 0 sinon	0,0823	17,4929

Sous-échelle 3 : dimension alimentation / psychologie

Item	Intitulé	Recodification	β	Normalisation
30	Vous êtes-vous senti(e) dynamique ?	1= {En permanence Ou Très souvent Ou Souvent} / 0 Sinon	0,0939	18,0291
31	Vous êtes-vous senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1= {Quelquefois Ou Rarement Ou Jamais} / 0 Sinon	0,0496	9,5231
32	Vous êtes-vous senti(e) calme et détendu(e) ?	1= {En permanence Ou Très souvent Ou Souvent} / 0 Sinon	0,0512	9,8316
33	Vous êtes-vous senti(e) débordant(e) d'énergie ?	1= {En permanence Ou Très souvent Ou Souvent} / 0 Sinon	0,0554	10,6276
34	Vous êtes-vous senti(e) épuisé(e) ?	1= {Quelquefois Ou Rarement Ou Jamais} / 0 Sinon	0,0688	13,2165
35	Vous êtes-vous senti(e) heureux(se) ?	1= {En permanence Ou Très souvent Ou Souvent} / 0 Sinon	0,0510	9,7931
36	Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) ?	1= {Quelquefois Ou Rarement Ou Jamais} / 0 Sinon	0,0738	14,1764
37	Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?	1= {Rarement Ou Jamais} / 0 sinon	0,0771	14,8026

Recommandations pour la pratique clinique

Sous-échelle 4 : dimension alimentation / condition physique

Item	Intitulé	Recodification	β	Normalisation
15	Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1=Non, pas limité / 0 sinon	0,0939	18,0291
16	Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1=Non, pas limité / 0 sinon	0,0496	9,5231
17	Soulever et porter les courses	1=Non, pas limité / 0 sinon	0,0512	9,8316
18	Monter plusieurs étages par l'escalier	1=Non, pas limité / 0 sinon	0,0554	10,6276
19	Monter un étage par l'escalier	1=Non, pas limité / 0 sinon	0,0688	13,2165
20	Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1=Non, pas limité / 0 sinon	0,0510	9,7931
21	Marcher plus d'un km à pied	1=Non, pas limité / 0 sinon	0,0738	14,1764
22	Marcher plusieurs centaines de mètres	1=Non, pas limité / 0 sinon	0,0771	14,8026
23	Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1=Non, pas limité / 0 sinon		

Participants

Ces recommandations ont été élaborées à la demande et par l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN).

La méthodologie de travail a été celle décrite dans le guide « Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé », publié en 2006 (www.has-sante.fr).

Groupe de pilotage

Richard AGNETTI, Cadre supérieur de santé diététicien, Paris	Magali NELLO, Cadre de santé diététicien, Argenteuil
Monique BICAIS, Cadre supérieur de santé diététicien, Marseille	Anne SCHMITT, Cadre de santé diététicien, Nancy
Nathalie MASSEBOEUF, Diététicienne, Créteil	Pierre VAN CUYCK, Diététicien, Bordeaux
Renée LACOMERE, Cadre supérieur de santé diététicien, Bordeaux	

Groupe de cotation

Nadine BACLET, cadre de santé diététicien, Paris	Françoise MOSSER, diététicienne, Paris
Emmanuelle DI VALENTIN, diététicienne, Paris	Martine PRIVE, diététicienne, Nantes
Annie FICHAUX, diététicienne, Marseille	Dorothée ROMAND, diététicienne, Paris
Yolande LALLEMAND, diététicienne, Lyon	Florence ROSSI, cadre supérieur de santé diététicien, Marseille
Edith MARCHESI-SAMEDI, diététicienne, Paris	Fabrice STRNAD, diététicien, Pontoise
Jocelyne MEURIC, cadre de santé diététicien, Paris	

Fiche descriptive

Titre	Le soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé
Méthode de travail	Consensus formalisé version courte
Objectifs	Ces recommandations définissent le contenu du soin diététique réalisé par un diététicien et les étapes spécifiques de la démarche de soin en établissement de santé : recueil de données, raisonnement clinique, actions qui en découlent ainsi que leur évaluation. Elles présentent les outils utilisés pour relever, comparer et interpréter les données recueillies. Elles identifient les éléments de traçabilité du soin diététique dans le dossier du patient. Elles préparent le retour au domicile ou dans la structure d'accueil et définissent les modalités de coordination entre les professionnels de santé pour assurer la continuité des soins.
Professionnels concernés	Diététiciens exerçant en établissements de santé
Demandeur	AFDN (diététiciens hospitaliers)
Promoteur	AFDN
Pilotage du projet	Président : Pierre van CUYCK
Chargée de Projet	Monique BICAIS
Participants	AFDN
Membres du groupe de travail et de cotation	Diététiciens
Recherche documentaire	Membres du groupe de travail
Recherche documentaire :	de 1990 à Décembre 2010
Auteurs de l'argumentaire	Membres du groupe de travail
Validation	Sociétés savantes
Financement	AFDN
Autres formats	Argumentaire et fiche de synthèse

Fiche de synthèse

Le soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé

Recommandations pour la pratique clinique

La prise en soin diététique s'appuie sur une démarche de soin réalisée à partir d'une prescription médicale ou à la demande d'un autre professionnel de santé ou de la personne soignée.

Elle comprend un bilan diététique, la négociation d'objectifs de soins diététiques, la mise en place d'une stratégie et d'un suivi nutritionnel à but thérapeutique et/ou éducatif.

La prise en soin diététique nécessite des modalités définies de coordination des professionnels de santé entre eux et une continuité des soins.

Objectifs des recommandations

- définir le contenu de la prise en soin diététique réalisée par un diététicien,
- définir les éléments spécifiques de la démarche de soin diététique : le recueil de données, le raisonnement clinique, ainsi que les actions qui en découlent et leur évaluation,
- présenter les outils utilisés par les diététiciens pour relever, comparer et interpréter les données re-

- cueillies. La pertinence et la validité d'outils spécifiques devront être évaluées selon les pathologies,
- identifier les éléments de traçabilité du soin diététique dans le dossier du patient,
 - définir les modalités de coordination entre les professionnels de santé pour assurer la continuité des soins
 - synthétiser la démarche de soin diététique.

Cibles des recommandations

Les diététiciens dans le cadre de la prise en charge thérapeutique des patients hospitalisés et de leur suivi dans les établissements publics et privés, quel que soient les secteurs d'activité, y compris les soins à domicile.

Les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les psychologues qui travaillent en collaboration avec les diététiciens.

Ce document peut également être utilisé pour élaborer des recommandations sur des prises en soins diététiques spécifiques qui concernent les adultes, les adolescents à partir de 16 ans et les personnes âgées.

Le soin diététique pour les enfants de 0 à 16 ans fera l'objet d'un travail ultérieur et s'appuiera sur les principes énoncés dans ces recommandations.

Définition de la démarche de soin diététique

Ensemble d'actes de soins et de rééducation réalisés par un diététicien, formalisés et coordonnés, qui vise à améliorer l'état nutritionnel de la personne soignée sur une période de temps déterminée et qui prend en compte les besoins nutritionnels de la personne soignée ainsi que la reconnaissance de ses attentes, ses capacités et ses potentialités.

Caractéristiques de la démarche de soin diététique

Cette démarche se décline en quatre étapes (cf figure 1, page 51) :

- I Réalisation du bilan diététique à visée diagnostique permettant de réaliser un bilan diététique et d'établir le diagnostic diététique.
- II Mise en place d'un plan de soin : il est prescriptif et/ou éducatif et/ou informatif et s'appuie sur la connaissance de la personne soignée, de ses ressources, mais aussi sur la réflexion professionnelle. La stratégie diététique induit la formalisation

d'objectifs de soin diététique, la préconisation diététique et des actions ciblées, formalisées et coordonnées. Elle cible des résultats à court, moyen et à long terme pour atteindre une amélioration de la santé de la personne soignée.

- III Évaluation des interventions : L'évaluation est l'action de mesurer l'adéquation entre les objectifs de prise en soin diététique prévus et les résultats obtenus. Cette étape se découpe en 4 phases :
 - constat ou analyse des critères d'évaluation,
 - identification des motifs de non atteinte des objectifs de soin diététique,
 - évaluation qui débouche sur un résultat par rapport à l'objectif initial et qui peut entraîner un nouveau diagnostic,
 - mesures correctives, mise en place de nouveaux objectifs et/ou actions planifiées.

Cette étape est essentielle : elle est réalisée soit lors de l'hospitalisation ou à distance du temps d'hospitalisation.

- IV Synthèse de la démarche de soin diététique. En fin d'hospitalisation, le diététicien :
 - remet des conseils écrits personnalisés à la personne soignée,
 - établit une synthèse écrite du soin diététique et des résultats obtenus dans le dossier du patient,
 - réalise une fiche de suivi ou de liaison pour la structure d'accueil.

Tout au long de la prise en charge diététique, le diététicien :

- utilise différentes techniques de communication (écoute active, reformulation, aptitude à faire face aux émotions, etc.) dans la conduite de l'entretien,
- note les actes réalisés dans un langage clair et professionnel dans le dossier du patient et autres documents de transmissions.

Recommandations pour la pratique clinique

Actions du diététicien

- Actions de recueil des données spécifiques permettant d'établir le bilan diététique, de formuler le diagnostic diététique et de mettre en oeuvre le plan de soin diététique :
 - données cliniques complémentaires,
 - données sur la connaissance de la personne soignée,
 - évaluation des consommations alimentaires,
 - évaluation des connaissances et des compétences de la personne soignée.
- Actions de rééducation nutritionnelle :
 - adaptation de l'alimentation à la pathologie et au traitement,
 - aide et accompagnement pour résoudre les difficultés quotidiennes.
- Apports de connaissances :
 - explication de conseils personnalisés,
 - informations : lien entre pathologie et comportement alimentaire, reconnaissance des propres facteurs de risque, composition, préparation et conservation des aliments, bénéfice du conseil diététique.
- Action d'aide à la prise de décisions :
 - négociation, prise de conscience, choix et priorité des actions possibles,
 - choix des méthodes et des techniques éducatives.
- Actions d'éducation thérapeutique nutritionnelle qui s'appuie sur les principes et les étapes de l'éducation thérapeutique :
 - négociation des objectifs,
 - définition du programme éducatif,
 - choix des méthodes éducatives adaptées à la personne soignée.
- Actions d'évaluation des actions mises en place et de l'atteinte des objectifs nutritionnels, thérapeutiques et/ou éducatifs.

- Actions de conseils auprès des professionnels de santé concernés.

Communication interprofessionnelle et coordination du soin diététique

Le soin nutritionnel est souvent le résultat d'un travail d'équipe. Les actions du diététicien et, si besoin, les interventions de soutien de la stratégie diététique sont planifiées en lien avec les professionnels de santé concernés.

Les éléments de traçabilité qui permettent d'assurer la continuité des soins doivent être consignés dans le dossier du patient où sont retrouvés :

- la prescription médicale : le médecin définit les objectifs médicaux attendus du soin diététique,
- le bilan diététique : les données spécifiques, le diagnostic et les objectifs diététiques
- la préconisation du soin diététique et les actions mises en place,
- la synthèse de sortie : tous les éléments du suivi nutritionnel, thérapeutique et/ou éducatif, les documents remis à la personne soignée, l'indication de suivi complémentaire et du délai de ce suivi. Ce résumé de sortie peut être adressé au médecin référent ou à la structure d'accueil à l'aide de la fiche de liaison.

Évolution des pratiques

La formation continue, tout au long de la carrière professionnelle, est indispensable pour assurer la qualité du soin diététique réalisé par le diététicien.

