

ASSOCIATION DES DIÉTÉTIENS
DE LANGUE FRANÇAISE

Recommandations pour la pratique clinique

La consultation diététique réalisée par un diététicien

Recommandations

Janvier 2006

Avec le partenariat méthodologique
et le soutien financier de la

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

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

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

HAS (Haute Autorité de santé)

Service communication

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

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

© 2005. Haute Autorité de santé (HAS)

Sommaire

Glossaire	4
Recommandations.....	6
1. Introduction.....	6
1.1 Thème, objectifs et limites des recommandations	6
1.2 Qualité de la littérature et gradation des recommandations	6
1.3 Cibles des recommandations	6
2. Intérêt de la consultation diététique	7
3. Démarche de soin en consultation diététique	7
3.1 Démarche de soin diététique	7
3.2 Définition de la consultation diététique	9
3.3 Objectifs et caractéristiques de la consultation diététique	9
3.4 Conduite de la consultation diététique	10
3.5 Recueil de données et outils	11
3.6 Diagnostic diététique et objectifs diététiques	14
3.7 Planification de soins et réalisation des actions propres aux diététiciens	15
3.7.1 Actions réalisées directement par le diététicien	15
3.7.2 Actions de soutien	17
3.7.3 Outils pédagogiques	17
3.7.4 Information remise aux personnes soignées	18
3.8 Évaluation de l'efficacité des actions	18
4. Communication interprofessionnelle	19
4.1 Éléments de coordination du soin nutritionnel	19
4.2 Dossier du patient	20
5. Recherches à mener	21
6. Conclusion.....	22
Annexe 1. Les outils habituels couramment utilisés par les diététiciens	23
Annexe 2. Exemple de guide d'entretien pour l'évaluation des consommations alimentaires (<i>source : document de synthèse professionnel validé par l'ADLF, septembre 2005</i>)	24
Annexe 3. Exemple d'outil destiné à la personne soignée pour réaliser un relevé de consommations alimentaires (<i>source : document de synthèse professionnel validé par l'ADLF, septembre 2005</i>)	27
Annexe 4. Exemple de guide d'entretien pour le recueil de données sur les conditions et habitudes de vie (<i>source : document de synthèse professionnel validé par l'ADLF, septembre 2005</i>).....	29
Annexe 5. Exemple de guide d'entretien pour l'élaboration d'un diagnostic éducatif diététique soit en consultation individuelle, soit incluse dans un programme pluriprofessionnel (<i>source : document de synthèse validé par l'ADLF, septembre 2005</i>)	32
Annexe 6. Éléments de traçabilité du soin diététique dans le dossier du patient	35
Participants	36

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

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

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

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

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

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

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

Éducation nutritionnelle : l'éducation nutritionnelle s'inscrit dans l'éducation thérapeutique (domaine nécessitant des compétences spécifiques en diététique, nutrition thérapeutique, sciences humaines) et l'éducation en santé (ces actions sont, très souvent, destinées à des groupes de personnes posant un problème de prévention, elles peuvent être menées par des professionnels de santé, des professionnels sociaux, éducatifs, des psychologues, des

pédagogues). Elle a pour particularité d'intervenir sur des connaissances scientifiques spécifiques liées à la nutrition, au comportement alimentaire, à la sociologie et à la santé de chaque individu. L'éducation thérapeutique nutritionnelle doit permettre à la personne soignée de s'approprier, c'est-à-dire faire siennes, des connaissances diététiques (nutritionnelles et alimentaires), de leur conférer du sens, de les inscrire dans un projet de vie et de les rendre acceptables dans une perspective de bonne ou de meilleure santé¹. Elle vise la responsabilisation de la personne soignée et son autonomie.

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

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

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

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

1 - Nathalie Masseboeuf, diététicienne, maîtrise universitaire de pédagogie des sciences de la santé, éducation du patient.

1. Introduction

1.1 Thème, objectifs et limites des recommandations

Ces recommandations ont été élaborées par l'Association des diététiciens de langue française (ADLF), dans le cadre d'un partenariat avec l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) puis la Haute Autorité de santé (HAS).

Ces recommandations concernent la consultation diététique réalisée par un diététicien, en exercice indépendant, en établissement de santé, dans le cadre d'un réseau de santé ou lors de pratique en santé publique.

Elles ont pour objectifs :

- de définir le contenu de la consultation diététique et les modalités de conduite d'un entretien à visée diététique ;
- de 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 ;
- de présenter les outils couramment utilisés par les diététiciens pour relever, comparer et interpréter les données recueillies. La pertinence et la validité d'outils spécifiques devront être évaluées lors de l'adaptation de ces recommandations à des pathologies données ;
- d'identifier les éléments de traçabilité du soin nutritionnel dans le dossier du patient ;
- de définir les modalités de coordination entre les professionnels de santé pour assurer la continuité des soins.

Ce document doit être utilisé dans la pratique quotidienne des diététiciens. Il peut également être utilisé pour élaborer des recommandations sur des prises en charge diététiques spécifiques qui concernent les adultes, les adolescents à partir de 16 ans et les personnes âgées. La consultation diététique pour les enfants de 0 à 16 ans fera l'objet d'un travail ultérieur, qui s'appuiera sur les principes énoncés dans ces recommandations.

1.2 Qualité de la littérature et gradation des recommandations

Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui a permis d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique (Anaes, guide d'analyse de la littérature, 2000). Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. En l'absence d'un niveau de preuve suffisant des études analysées, les recommandations reposent principalement sur un accord professionnel entre les membres des groupes de travail et de lecture. Des propositions d'études et d'actions futures ont été formulées en conclusion.

1.3 Cibles des recommandations

Les professionnels concernés par l'application de ces recommandations sont les diététiciens en établissement de santé, en exercice libéral, dans le cadre de réseau de santé et d'actions de prévention.

Les recommandations doivent être connues des professionnels qui peuvent être amenés à travailler fréquemment en collaboration avec les diététiciens : médecins, infirmières, sages-femmes, assistantes sociales, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues.

2. Intérêt de la consultation diététique

L'intervention d'un diététicien fait partie de la prise en charge de nombreuses situations de santé qui nécessitent une amélioration de l'état nutritionnel.

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

La littérature (études contrôlées randomisées, recommandations professionnelles) suggère l'intérêt 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 des maladies cardiovasculaires, la mucoviscidose, le cancer, les allergies alimentaires, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la prévention des fractures liées à l'ostéoporose, l'insuffisance rénale chronique, la prévention et le traitement des escarres, le sevrage tabagique, et dans certaines situations de grossesse et de sport à haut niveau. Dans ces études, l'intervention spécifique du diététicien est difficile à isoler dans une stratégie multi-professionnelle où les modalités concrètes de mise en œuvre des interventions sont insuffisamment décrites.

3. Démarche de soin en consultation diététique

3.1 Démarche de soin diététique

La démarche de soin diététique est un ensemble d'actions réalisées par un diététicien, s'inscrivant dans le soin nutritionnel. Elle a pour finalité de garantir des apports nutritionnels quantitativement et qualitativement conformes à l'état physiologique des personnes, à leur pathologie et aux traitements poursuivis, tout en tenant compte de leurs préférences, de leurs habitudes culturelles et religieuses, de leurs capacités individuelles, et en préservant le plaisir de s'alimenter.

La démarche de soin diététique apporte un cadre à la consultation diététique et comporte des spécificités en termes d'outils, de stratégies et d'évaluation, selon les orientations des consultations.

La démarche de soin diététique est un processus évolutif, centré sur la santé de la personne soignée appréhendée dans sa globalité. Les étapes de la démarche de soin diététique présentées dans la *figure 1* sont les suivantes :

- le recueil de données générales et spécifiques ;
- le diagnostic diététique ;
- la coordination et la planification des actions ;
- la mise en œuvre des actions spécifiques du diététicien ;
- l'évaluation de l'efficacité des actions et les réajustements.

Le diagnostic diététique est une étape essentielle de la démarche de soin diététique. Il s'appuie sur le raisonnement clinique du diététicien à partir d'un recueil systématique et détaillé d'informations concernant l'analyse du bilan diététique, des désordres nutritionnels, des objectifs médicaux, du vécu et des habitudes de vie de la personne. Il aboutit à la construction d'une stratégie diététique personnalisée : formulation d'objectifs diététiques à visée nutritionnelle réalisables par la personne soignée, propositions d'actions de soins négociées, évaluation.

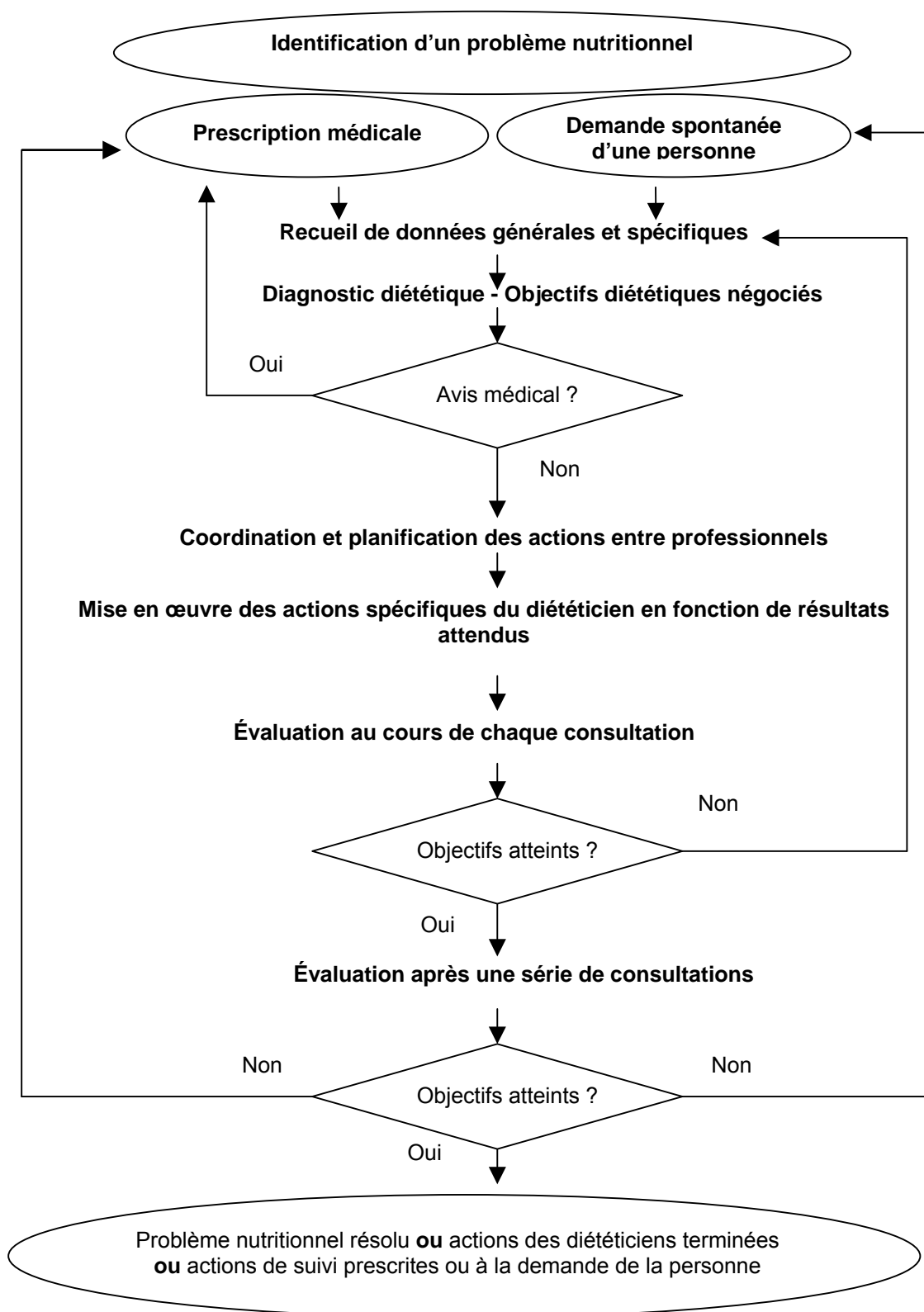


Figure 1. Étapes de la démarche de soin diététique

3.2 Définition de la consultation diététique

La définition de la consultation diététique proposée par le groupe de travail est la suivante :

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

3.3 Objectifs et caractéristiques de la consultation diététique

Chaque consultation diététique a un objectif précis qui peut être :

- l'élaboration d'un diagnostic diététique ;
- une action de prévention ;
- la mise en œuvre d'un traitement nutritionnel ;
- une éducation thérapeutique ;
- un suivi de l'état nutritionnel ;
- la réalisation d'un bilan global.

Au cours de la consultation, l'objectif initial peut être réorienté ou complété par d'autres objectifs en fonction des besoins et des attentes du patient.

L'information du patient et l'approche éducative font partie intégrante de la démarche de soin diététique.

La définition des orientations et du contenu des différents types de consultations peut permettre au médecin d'orienter sa prescription et au diététicien d'être guidé dans ses pratiques :

- la **consultation initiale** commence systématiquement par une phase de diagnostic. Cette phase, plus ou moins développée suivant les pathologies, les situations de santé et les caractéristiques du patient, permet d'orienter la suite de la (des) consultation(s) vers une action thérapeutique, éducative et/ou de prévention ;
- la (les) **consultation(s) de suivi** est (sont) organisée(s) après une consultation initiale ou fait (font) suite à une hospitalisation. Elle(s) permet(tent) d'assurer un soin diététique complet avec des actions thérapeutiques, éducatives et/ou de prévention complémentaires. Le cycle de suivi est décidé et organisé en accord avec la personne soignée (nombre et fréquence des consultations). Dans certaines pathologies, le cycle de suivi fait l'objet d'un contrat signé entre la personne et l'équipe de soins ;
- la **consultation finale** termine un ensemble de consultations de suivi par une évaluation globale. Un bilan est réalisé par le diététicien. Il est transmis au médecin et à la personne soignée. Il sert à proposer d'autres consultations de suivi sur avis médical ou à la demande de la personne. Il décrit les signaux ou événements d'alerte qui incitent à reprendre contact avec le diététicien ou le médecin.

Dès le début de la consultation, les diététiciens doivent repérer les personnes en situation de précarité ou à risque social² et adapter leurs soins et conseils.

² La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités. Le risque social est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale) (glossaire multilingue de santé publique www.bdsp.tm.fr).

3.4 Conduite de la consultation diététique

L'entretien de face à face, mené par un diététicien, se déroule soit en consultation, soit en hospitalisation, soit dans le cadre d'actions de prévention.

Les principes de l'entretien diététique sont les suivants :

- la consultation diététique repose sur l'utilisation des techniques de communication appropriées et la création de conditions de dialogue qui permettent de mettre en place une relation de confiance (*encadré 1*) ;
- l'activité de consultation requiert de la part du diététicien des aptitudes relationnelles et des compétences en communication ;
- pour mener à bien les étapes de la conduite de l'entretien diététique (*encadré 2*), il est indispensable de s'accorder le temps nécessaire, soit une heure environ pour la première consultation. La phase de diagnostic et l'élaboration des objectifs nécessitent parfois plusieurs séances de consultation en fonction de la finesse de l'investigation.

Encadré 1. Conditions et techniques de communication à utiliser lors de la consultation diététique

- **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 soignant et personne soignée.
- **La reformulation par la personne** des explications fournies par le diététicien permet d'en mesurer la compréhension et l'adaptation entre soignant et personne soignée.
- L'aptitude à **donner à la personne 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, en utilisant l'empathie et la rétroaction (analyser et tenir compte des réactions des personnes).

Encadré 2. Étapes de la conduite d'un entretien diététique

Les étapes d'un entretien comprennent :

- **L'accueil** : présentation des acteurs et du déroulement de l'entretien, c'est une étape fondamentale dans la réussite de la consultation. L'intimité de la personne et la confidentialité de l'entretien sont préservées, la consultation se déroule dans un lieu adapté et équipé *a minima* d'outils spécifiques.
- **Le corps de la consultation comprend les temps de :**
 - recueil de données ;
 - analyse et formulation d'objectifs diététiques ;
 - élaboration d'une stratégie pour aboutir à une (des) action(s) réalisable(s) par le patient ;
 - évaluation des résultats ;
 - prise de décisions ;
 - résolution de problèmes.
- **Le temps de synthèse** : reprise des grandes étapes et des décisions retenues, puis fin de l'entretien sur une note positive.

3.5 Recueil de données et outils

— Les données

Les données nécessaires à la consultation diététique proviennent de différentes sources :

- 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** de ville ou hospitaliers : infirmières, aides-soignants, diététiciens, assistantes sociales, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, médecins, psychologues, sages-femmes, etc.

Ces données présentées dans le *tableau 1* sont :

- soit des **données générales**, utiles à tous les professionnels de santé, comme les données administratives, socioprofessionnelles, cliniques, les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie de la personne ;
- soit des **données spécifiques** recherchées pour l'élaboration d'une stratégie de soin diététique.

Les données spécifiques à recueillir sont choisies par le diététicien en fonction des pathologies, des situations de vie, des objectifs de la consultation.

Tableau 1. Recueil de données nécessaires à la démarche de soin diététique

Données générales	
	<p>Données administratives Numéro de dossier, nom, prénom, coordonnées téléphoniques, postales ou/et électroniques, date de naissance, situation de famille</p> <p>Données socioprofessionnelles Situation sociale (activités, catégorie professionnelle, populations défavorisées, etc.), nationalité, langue parlée, écrite</p> <p>Données cliniques Le motif de consultation, le diagnostic médical, les antécédents médicaux, chirurgicaux et nutritionnels, les examens biologiques, les traitements, les symptômes en particulier la douleur et l'inconfort engendrés par la pathologie et/ou par les effets secondaires des traitements mis en place, les contre-indications, les facteurs de risque cardio-vasculaire</p> <p>Données sur les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie À partir d'échelles d'évaluation utilisées suivant les différentes pathologies ou l'état de santé</p>
Données spécifiques	
	<p>Données cliniques complémentaires disponibles Antécédents nutritionnels en lien avec le motif de consultation Mesures anthropométriques : poids, taille, tour de taille, plis cutanés, circonférence brachiale, IMC Données biologiques nutritionnelles : exploitation des marqueurs nutritionnels Existence de troubles du comportement alimentaire Indicateurs de la malnutrition (obésité, surpoids, dénutrition) Existence de troubles de la mastication, de la déglutition Existence de troubles digestifs</p> <p>Données sur les conditions de vie Mode de vie, composition de la famille Mode alimentaire religieux et/ou culturel, thérapeutique Histoire du poids : poids de naissance, poids maximum et minimum dans l'histoire de vie, poids de forme, épisodes et cinétique de prise ou de perte de poids (grossesse, ménopause, décès, événements familiaux ou sociaux, dépression, perte d'autonomie, maladie, etc.) Appréciation des moyens financiers : modalités des achats alimentaires (où, quand, comment, avec qui ?) Appréciation des habitudes pour la préparation et la consommation des aliments : équipement ménager pour la préparation des aliments, nombre de repas, lieu de prise des repas et conditions (seul(e), en compagnie), durée et horaires des repas, consommations entre les repas, etc. Ressentis lors de la prise alimentaire : plaisir ou contrainte, sentiment de faim ou de satiété, préférences (goûts, aliments, etc.) Niveau d'autonomie psychologique en collaboration avec un psychologue ou psychiatre Présence d'un handicap pouvant avoir des répercussions ou des conséquences sur les achats alimentaires, la préparation des repas, la façon de s'alimenter Appréciation de l'activité physique ou sportive Appréciation de la consommation de tabac : tentatives de sevrage, existence de compensations alimentaires, de craintes de prise de poids et de prise de poids réelle</p> <p>Données sur la connaissance de la personne soignée Appréciation des attentes par rapport au problème nutritionnel Appréciation des motivations Appréciation des croyances alimentaires</p> <p>Évaluation des acquis (connaissances, compétences, représentations) des personnes Les personnes ont toujours des acquis en matière d'alimentation. Ces acquis sont évalués au moment du diagnostic et pendant les consultations de suivi pour mesurer l'évolution des comportements au regard des modifications négociées et souhaitées</p> <p>Évaluation des consommations alimentaires Quantitatives et qualitatives, chiffrées ou non</p>

— *Les outils habituels le plus couramment utilisés (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 et qualitative des consommations alimentaires).

Les outils sont choisis par le diététicien en fonction : de l'objectif de la consultation, des capacités et des possibilités de la personne soignée (compréhension, prise de conscience, souhait ou non de collaboration, etc.). Ils sont à adapter à chaque situation de soin.

Les critères de choix d'un outil d'évaluation reposent sur ses qualités métrologiques : validation de contenu, traduction et adaptation au contexte national, sensibilité, spécificité, reproductibilité, compréhension, facilité d'utilisation et temps passé acceptable.

Les outils de référence, utiles à la comparaison et l'interprétation des données recueillies, sont les suivants :

- les apports nutritionnels conseillés (ANC) ;
- un recueil sur les produits de santé ;
- des tables de composition des aliments ;
- un logiciel pour le calcul de la composition nutritionnelle des consommations alimentaires ;
- des photos pour l'évaluation des portions alimentaires.

Les outils de mesures objectives sont les suivants :

- un pèse-personne ;
- une toise ;
- un disque de détermination de l'IMC ;
- un mètre ruban ;
- les formules de Harris et Bénédicet ou de Black *et al.*, pour le calcul de la dépense énergétique au repos (DER) ;
- l'estimation de l'activité physique.

Les outils de relevés des consommations alimentaires sont les suivants :

- des guides d'entretien pour les diététiciens (*annexe 2*) ;
- des outils d'auto-évaluation destinés au patient (*annexe 3*).

La validité des résultats de l'évaluation des consommations dépend de la qualité de l'organisation du diététicien, de la sincérité des réponses et de l'aptitude des personnes soignées à répondre. Cette évaluation implique une technicité, un savoir-faire et du temps.

Les guides d'entretien qui permettent d'apprécier :

- les données sur les conditions et habitudes de vie de la personne soignée (*annexes 3 et 4*) ;
- les dispositions mentales dans lesquelles se trouve la personne soignée (*annexe 5*).

— *Les outils complémentaires adaptés à des pathologies ou situations particulières*

Les diététiciens peuvent utiliser des outils de recueil habituellement employés par les médecins ou par d'autres professionnels, sachant que leur utilisation n'est pas systématique. Elle nécessite des compétences complémentaires, acquises actuellement en formation continue dans l'attente de l'intégration dans les programmes de formation initiale. Ces outils sont utilisés pour des actes non invasifs.

L'interprétation des résultats obtenus est de la responsabilité du médecin ou de la personne habilitée à réaliser ces mesures.

Dans l'attente d'une réglementation visant à donner un cadre juridique à des pratiques réalisées d'une façon consensuelle entre le médecin et le diététicien, ce dernier est amené à interpréter des bilans nutritionnels, des examens cliniques ou à conseiller une assistance nutritionnelle orale et/ou entérale.

3.6 Diagnostic diététique et objectifs diététiques

Le **diagnostic diététique** tient compte des composantes médicales, psychoaffectives, sociales et personnelles, de l'évaluation des motivations et des attentes, des habitudes de vie, en particulier de l'activité physique, et des consommations alimentaires de la personne.

Les objectifs diététiques (*encadré 3*) sont intégrés dans les objectifs nutritionnels. Ceux-ci peuvent nécessiter, pour être atteints, l'intervention d'autres professionnels de santé (ergothérapeute, infirmière, kinésithérapeute, orthophoniste, psychologue, sage-femme, etc.), ainsi que des actions de support (organisation de l'aide au repas, livraison, etc.).

Les objectifs diététiques doivent être :

- discutés avec le médecin ;
- négociés et partagés entre le diététicien et la personne soignée.

Le diététicien :

- veille au choix réaliste des objectifs permettant de déterminer des actions. Ce choix doit être au maximum de 3 objectifs pragmatiques et opérationnels ;
- formalise les actions qui seront réalisées par la personne soignée (exemple : un laitage par repas, 3 fruits maximum par jour) ;
- aide la personne à mettre en œuvre ces actions, avec si besoin d'autres professionnels de santé et/ou son entourage.

Encadré 3. Les objectifs diététiques et les orientations de la consultation

Orientations de la consultation	Objectifs spécifiques
<p>Orientation thérapeutique Concerne des personnes hospitalisées, à domicile ou en hospitalisation à domicile, ou suivies dans le cadre d'un réseau de santé.</p> <p>Permet de rétablir ou de maintenir un état nutritionnel satisfaisant, alors qu'il est perturbé par une pathologie, un traitement, un état physiologique particulier, et de contribuer à limiter les facteurs de risque.</p> <p>La réponse peut être aussi bien en termes d'alimentation orale que de nutrition entérale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer plus finement, si nécessaire, les consommations alimentaires. • Expliquer le lien entre pathologie et nutrition. • Transmettre des connaissances sur la composition (macro et micronutriments) des aliments, sur la place des aliments dans le traitement diététique et dans la vie quotidienne. • Transcrire la prescription médicale en alimentation quotidienne, acceptable pour le patient, en tenant compte en priorité des apports nutritionnels répondant à un besoin vital (taux de sodium, potassium, protéines, etc.). • Proposer des solutions pour apporter les corrections souhaitées, en utilisant parfois des supports nutritionnels : nutrition entérale, compléments oraux. • Aider à résoudre des problèmes pour la réalisation de repas, la préparation d'aliments, les achats, etc., la gestion des réserves alimentaires, situations particulières : restaurant, voyage, etc.. • Évaluer la compréhension de la personne soignée.

<p>Orientation éducative Concerne des personnes ayant besoin d'aide et d'accompagnement pédagogique pour modifier des comportements alimentaires.</p> <p>Met en œuvre des compétences spécifiques et utilise des techniques de communication et des méthodes pédagogiques.</p> <p>L'éducation thérapeutique nutritionnelle est très souvent réalisée dans le cadre d'une démarche pluriprofessionnelle.</p> <p>Les actions d'éducation thérapeutique peuvent être liées à des traitements curatifs ou préventifs, et mettent en jeu des techniques éducatives spécifiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer le lien entre pathologie et nutrition. • Rechercher d'une façon pertinente : attentes, compétences, connaissances acquises, représentations alimentaires, difficultés, potentialités d'apprentissage, stade psychologique d'acceptation de la maladie. • Permettre à la personne soignée d'analyser ses habitudes de vie. • Rechercher et mesurer l'adhésion de la personne soignée. • Aider à résoudre des problèmes pour la réalisation de repas, la préparation d'aliments, les achats, etc. la gestion des réserves alimentaires, situations particulières : restaurant, voyage, etc. • Négocier avec la personne soignée des actions d'adaptation ou de modification. • Mettre en œuvre des méthodes et techniques éducatives permettant d'aider la personne soignée à acquérir des compétences et de prendre en charge son problème nutritionnel. • Évaluer la compréhension de la personne soignée.
<p>Orientation de prévention Concerne une prise en charge précoce pour une prévention primaire, secondaire ou tertiaire, pour des personnes à risque de développer une maladie chronique ou pour les personnes ayant besoin de connaissances sur l'alimentation et la santé à tous les âges et situations de la vie.</p> <p>La prise en charge intervient en dehors des pathologies, le diététicien mène seul des actions de prévention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer, sans culpabilisation, le lien entre santé et état nutritionnel. • Aider les personnes à prendre conscience de l'utilité de modifier leurs comportements alimentaires. • Informer sur les règles de l'alimentation-santé. • Proposer des actions de changement. • Aider à résoudre des problèmes pour la réalisation de repas, la préparation d'aliments, les achats, etc., la gestion des réserves alimentaires, situations particulières : restaurant, voyage, etc. • Évaluer la compréhension de la personne soignée.

3.7 Planification de soins et réalisation des actions propres aux diététiciens

3.7.1 Actions réalisées directement par le diététicien

Le diététicien choisit ses actions en fonction des orientations de la consultation et des objectifs diététiques et nutritionnels déterminés à partir du diagnostic diététique. Il ne se limite pas à une distribution de documents ou de « régimes standard » qui ne permettent pas de modifier un comportement alimentaire.

Les actions du diététicien sont de plusieurs ordres :

— *Des actions d'évaluation complémentaire :*

- évaluation fine des consommations alimentaires et des habitudes de vie : le diététicien est le professionnel de santé le plus habitué et entraîné à l'évaluation qualitative et quantitative des consommations alimentaires ;
- évaluation globale des difficultés et des moyens mis en œuvre pour modifier un comportement alimentaire, comparée aux résultats obtenus (signes cliniques, résultats d'examen biologiques et anthropométriques) à la fin d'un cycle de consultations.

- *Des apports de connaissances :*
 - explication de conseils personnalisés, adaptés aux habitudes de vie de la personne et individualisés par le diététicien ;
 - informations données à la personne soignée : le diététicien aide à établir un lien entre pathologie et comportement alimentaire, à reconnaître ses propres facteurs de risque, apporte des connaissances sur la composition, la préparation et la conservation des aliments, et explique le bénéfice du conseil diététique.

- *Des actions d'éducation thérapeutique nutritionnelle* qui s'appuient sur les principes et les étapes de l'éducation thérapeutique. Ces étapes permettent de structurer le programme d'éducation thérapeutique nutritionnel et de le personnaliser :
 - le diagnostic éducatif est la première étape du processus pédagogique. Il se fonde sur un 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 ;
 - 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. Cette évaluation renseigne sur l'utilité de consultations complémentaires.

- *Des actions d'aide à la prise de décisions :*
 - négociation avec la personne soignée d'objectifs déclinés en actions : en regard du diagnostic diététique, le diététicien amène la personne soignée à prendre conscience des actions possibles pour améliorer son état de santé, à choisir et à prioriser parmi ces actions les plus réalisables dans son contexte de vie ;
 - choix d'outils ou de méthodes d'éducation thérapeutique adaptés pour induire des modifications du comportement alimentaire : mise en situation d'apprentissage adaptée à chaque personne, résolution de problèmes, analyse du « comment faire », etc.

- *Des actions de rééducation nutritionnelle :*
 - adaptation des consommations alimentaires à des paramètres nutritionnels en lien avec un traitement ou une pathologie (par exemple insuffisance rénale, maladies métaboliques, etc.). Cette intervention s'accompagne en général d'une évaluation chiffrée et d'une analyse des consommations pour parvenir aux paramètres souhaités ;
 - aide et accompagnement à l'élaboration d'une stratégie pour résoudre des difficultés dans une situation quotidienne, en reproduisant des situations de vie.

- *Des actions de conseils auprès des médecins :*
 - compléments nutritionnels oraux et/ou de produits de nutrition entérale. Seule la prescription médicale, dans certaines pathologies, permet le remboursement de ces produits ;
 - compléments vitaminiques ou minéraux, délivrés sur prescription médicale.

Pour être efficaces, les conseils diététiques sont donnés sur le mode de la promotion de comportements favorables à la santé, compatibles avec le plaisir et la convivialité.

3.7.2 Actions de soutien

Les actions, qui demandent l'intervention d'une personne (ou d'un professionnel) autre que le diététicien, sont planifiées pendant la consultation. Le diététicien coordonne ces actions, en accord avec la personne soignée et le médecin référent.

Ces actions sont par exemple :

- la livraison de repas à domicile ;
- l'organisation de l'aide pour les repas ou des achats alimentaires (aides-soignants, auxiliaire de vie, aide ménagère, entourage de la personne soignée) ;
- le contact avec un prestataire de service pour l'alimentation entérale ou les compléments nutritionnels oraux ;
- la prévention des risques par une surveillance infirmière lors de l'alimentation (exemple : fausse route) ;
- le contact avec un orthophoniste pour des problèmes de déglutition ;
- le contact avec un ergothérapeute pour l'adaptation du mobilier ou des couverts et les conseils d'installation pour les repas ;
- le contact avec un psychologue pour travailler, avec l'accord de la personne, sur les aspects psychologiques ayant un impact direct sur le comportement alimentaire et la santé de la personne.

3.7.3 Outils pédagogiques

Les outils pédagogiques font partie de la démarche diététique. Le diététicien doit être formé à leur utilisation. Ils sont adaptés :

- aux pathologies ou situations particulières ;
- aux buts recherchés ;
- aux capacités et conditions de vie de la personne soignée, notamment pour les populations en situation de précarité.

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

- la définition du public visé avec ses caractéristiques :
 - l'existence d'un handicap sensoriel ou moteur,
 - l'existence de difficultés de langage ou d'un illettrisme (recours à l'entourage proche, à un traducteur),
 - l'origine culturelle (adaptation des recettes aux habitudes culinaires et culturelles),
 - l'habileté des personnes (apport de techniques culinaires simples aux personnes peu habituées à cuisiner),
- les modalités d'utilisation de l'outil : mode et fréquence d'utilisation, auto-évaluation, auto-apprentissage ;
- le moment d'éducation où l'outil va être utilisé : évaluation, apprentissage, aide à la décision thérapeutique quotidienne ;
- les compétences et les objectifs visés pour l'outil.

Les outils les plus courants sont fondés sur :

- des situations d'apprentissage adaptées à chaque personne soignée : la discussion, l'analyse du « *comment faire* », l'analyse du carnet alimentaire, la résolution de problèmes, les jeux de rôles, 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 utilisés pour simuler des actions de choix d'aliments, réfléchir sur leur composition et leur association.

3.7.4 Information remise aux personnes soignées

L'information écrite remise aux personnes soignées vient en soutien de l'information orale donnée pendant la consultation. 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 généralisée, comportant des conseils standard ;
- documents personnalisés élaborés par le diététicien.

Ils doivent être :

- réalisés à partir de recommandations nationales ou internationales, quand elles existent, ou de revues de la littérature de bonne qualité méthodologique, ou d'un consensus formalisé ;
- adaptés à la personne soignée (langue, habitudes alimentaires et culturelles) ;
- pratiques et utilisables au quotidien ;
- fiables, clairs, soignés dans leur présentation et leur structure.

3.8 Évaluation de l'efficacité des actions

L'évaluation de l'efficacité des actions réalisées par le diététicien se pratique à plusieurs niveaux :

- *tout au long de la consultation*, par l'évaluation de la compréhension de la prescription et des consignes données par le diététicien, en utilisant **l'écoute active** et **la reformulation**. Elle permet de vérifier au cours de la consultation la compréhension des conseils et des informations transmises, de clarifier ou de corriger les incompréhensions ou questionnements. Les outils utilisés pour cette évaluation sont variables et adaptés aux différentes pathologies ou situations de vie ;
- *à distance et en début de consultation de suivi*, par une **évaluation des résultats** des conseils donnés par le diététicien. Cette évaluation permet de mesurer l'impact de la stratégie diététique. Elle est à adapter aux pathologies et aux caractéristiques de la personne soignée. Elle se réalise en lien avec les outils d'évaluation choisis pendant la consultation initiale (écoute active, reformulation, etc.).

Les critères d'évaluation de l'impact de soin sont adaptés à chaque situation de soin, aux pathologies, aux objectifs de la consultation, en particulier aux situations d'éducation thérapeutique et aux actions de santé publique. Ils portent sur :

- *les connaissances des personnes soignées* : connaissances de la maladie et des traitements, aussi bien théoriques que pratiques, les capacités existantes et acquises ;
- *les aspects psychosociaux relatifs aux personnes soignées* : contrôle perçu sur sa santé, soutien social, etc., pertinence des objectifs et des actions déterminés au préalable ;
- *les comportements de la personne soignée* : comportements de santé, d'autosoin, adhésion (comme l'adaptation des choix alimentaires, la régulation des prises alimentaires, l'utilisation des outils remis aux patients, l'évolution du comportement de vie, l'adhésion aux actions négociées) ;
- *les aspects biomédicaux et cliniques* : variations de poids et du statut nutritionnel, rapidité d'amélioration de l'état de santé, diminution des séquelles, des complications et des rechutes, stabilisation et amélioration des fonctions digestives, évolution des données anthropométriques et des paramètres biologiques ;
- *la qualité de vie du patient* : indice de satisfaction et de bien-être, tolérance et acceptabilité du patient, difficultés rencontrées.

4. Communication interprofessionnelle

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

Pour certaines pathologies, lorsque la prise en charge nécessite des spécificités de soin, le diététicien peut être amené à faire appel à d'autres professionnels de santé pour élaborer et mettre en œuvre une démarche de soin diététique complexe : collègues diététiciens, médecins, infirmiers, ergothérapeutes, orthophonistes, assistantes sociales, aides-soignants, aides ménagères, auxiliaires de vie, psychologues, etc., ainsi qu'à l'entourage proche de la personne soignée. Les diététiciens permettent alors de mettre en place une stratégie diététique coordonnée.

Les actions et les éléments de traçabilité sont consignés dans le dossier du patient (*annexe 6*).

4.1 Éléments de coordination du soin nutritionnel

La coordination repose sur les éléments suivants du dossier du patient (*figure 2*).

- La prescription médicale d'une consultation diététique qui comprend *a minima* : les motifs de la consultation, le diagnostic médical, les objectifs de traitement et les antécédents médicaux, qui serviront de points de départ au diagnostic diététique. La prescription médicale est indispensable chaque fois que la consultation diététique concerne une pathologie et/ou une prévention secondaire ou tertiaire.
- Dans le cas d'un accès direct à la consultation par une personne, et lorsque le diététicien a connaissance d'un problème de santé, il doit demander à la personne de prendre l'avis d'un médecin. Avec l'accord de celle-ci, le diététicien communique le compte rendu de l'entretien diététique au médecin et aux autres professionnels de santé désignés par la personne. Il peut être amené à prendre ces contacts lui-même, en sa présence.
- Le recueil de données réalisé par le diététicien qui intègre les entretiens avec les professionnels de santé, les données retenues dans le dossier du patient et l'entretien avec la personne et/ou son entourage.
- Le compte rendu écrit (papier ou informatisé) qui résume la démarche de soin diététique est adressé systématiquement au prescripteur. La personne soignée est informée de la transmission de ce compte rendu et de son contenu. Il comprend :
 - le diagnostic diététique ;
 - la stratégie de soin nutritionnel et diététique ;
 - la liste du (ou des) document(s) remis à la personne soignée en lien avec l'(les) action(s) de changement de comportement proposées et les conseils personnalisés.
- Les courriers remis aux professionnels de santé et la date du contact.

Lorsqu'il existe une équipe de soins regroupée dans un même lieu (établissement de santé, réseau de santé, etc.) les réunions de concertation pluriprofessionnelle 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.

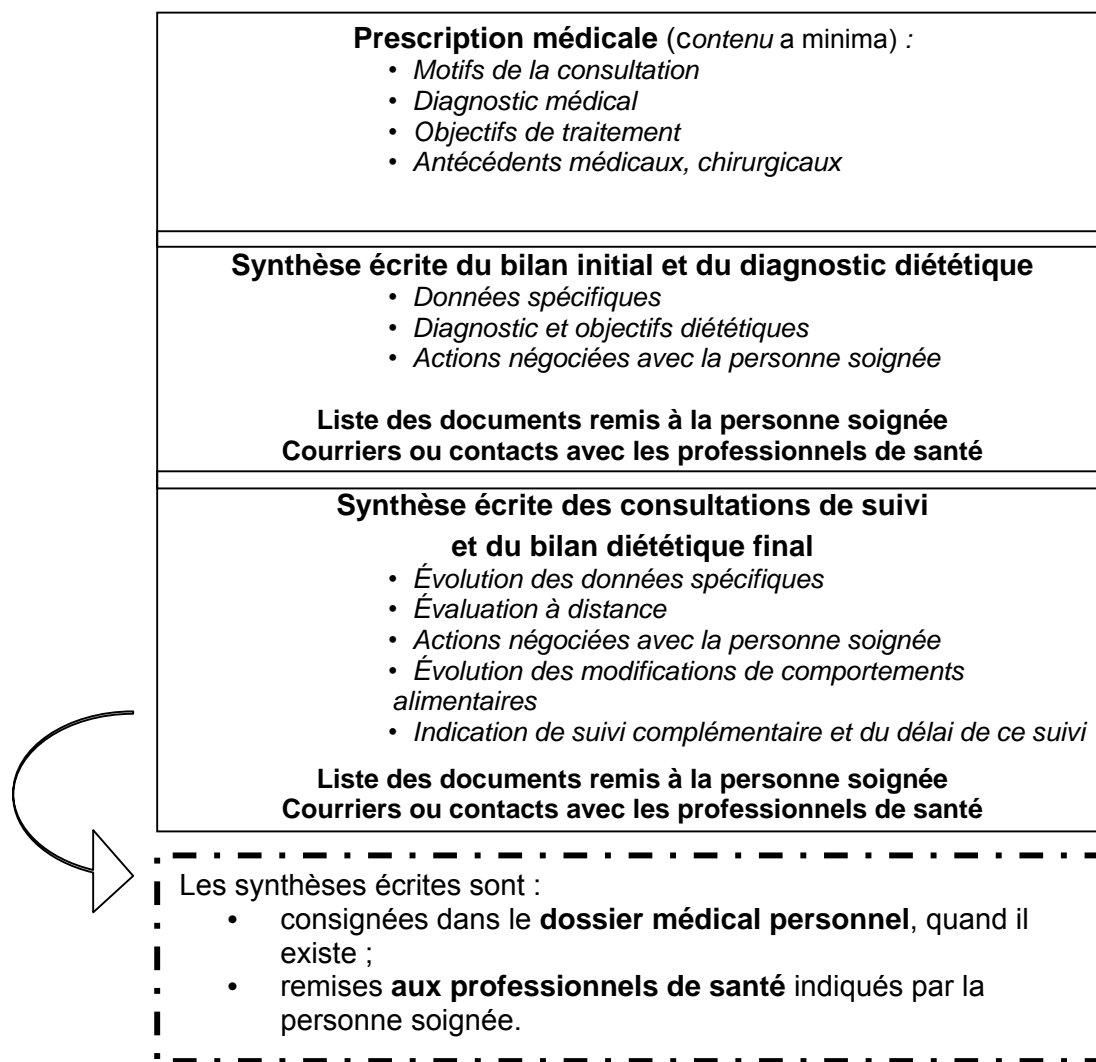


Figure 2. Éléments de coordination du soin nutritionnel

4.2 Dossier du patient

Le dossier du patient (sous forme papier ou informatisé) est le lieu de recueil et de conservation des informations formalisées et actualisées, de nature administrative, médicale et paramédicale. Les éléments de traçabilité du soin diététique (*annexe 6*) sont partagés entre les professionnels et la personne soignée. Le compte rendu de la démarche de soin diététique doit pouvoir être utilisé par tous les professionnels de santé intervenant en relais du diététicien. Ce compte rendu, réalisé par le diététicien, est signé et daté. Les règles de gestion du dossier du patient sont rappelées dans l'*encadré 4*.

Encadré 4. Règles de gestion du dossier du patient

Les règles suivantes sont à respecter :

- Le secret professionnel précisé dans le Code de la santé publique concerne tous les professionnels de santé
- Le langage utilisé est précis, clair avec un vocabulaire compréhensible
- Les informations consignées par le diététicien sont spécifiques à sa pratique
- La gestion du dossier respecte la confidentialité des données concernant le patient
- Le patient peut avoir accès à son dossier
- La diffusion du compte rendu diététique est réalisée avec l'accord du patient
- L'intervention du diététicien est datée et comporte son nom et son prénom

5. Recherches à mener

L'analyse de la littérature et la réflexion des groupes de travail et de lecture conduit à proposer les pistes de recherches suivantes.

- Définition des éléments de la consultation diététique qui la rendent efficace : fréquence et durée des contacts, type d'approche (groupe ou individuelle, thérapie comportementale ou instructions techniques), niveau de compétence de l'intervenant, satisfaction du patient, caractéristiques initiales du patient. D'autres recherches devraient porter sur les méthodes éducatives.
- Évaluation de la consultation pour la mesure des résultats cliniques et de l'implication des patients au regard de la qualité de la communication et de la capacité du soignant à utiliser les techniques de communication (rapport coût/efficacité).
- Efficacité d'une stratégie éducative nutritionnelle dans le cadre de consultations à domicile pour les pathologies telles que mucoviscidose, infection par le VIH ou des états de santé nécessitant des compléments nutritionnels ou une nutrition entérale.
- Recensement des expériences des diététiciens en consultation à partir de critères préétablis, pour identifier des lieux de formation pour les étudiants ou professionnels souhaitant développer une activité de consultation diététique.
- Intérêt et efficacité (amélioration de l'adhésion et des résultats biologiques) de la complémentarité des métiers, notamment entre médecins généralistes et diététiciens.
- Intérêt de la prise en charge diététique, par un diététicien, des personnes âgées, résultat sur l'incidence de morbi-mortalité.
- Évaluation de l'intérêt de la prise en charge diététique dans la recherche médicale (hypofertilité, tabac et alcool en cas de cancers de l'œsophage, fibres et calcium en cas de cancers colorectaux, apports de stérols en cas d'hypercholestérolémie, etc.).
- Évaluation du temps moyen utile pour réaliser les différents objectifs de la consultation diététique.
- Évaluation des items du dossier du patient nécessaires au suivi diététique, et identification de leur degré d'utilité.
- Étude des critères d'évaluation de l'efficacité des actions des diététiciens dans le but d'établir des outils pertinents et pratiques.
- Démontrer les bénéfices à long terme de l'intervention d'un diététicien, dans le cadre de l'hypercholestérolémie, au cours de consultations répétées, puis dans le cadre d'autres pathologies.

6. Conclusion

La mise en place d'une politique nutritionnelle est apparue comme une priorité de santé publique en France et dans l'ensemble de l'Europe. Le diététicien, acteur de santé, est le seul professionnel paramédical spécialisé dans l'application des bases scientifiques de la nutrition.

Ces recommandations sont proposées dans le but d'harmoniser et de faire évoluer les pratiques professionnelles, d'évaluer les actions spécifiques aux diététiciens pour optimiser la qualité du soin diététique dispensé aux personnes. L'évolution des pratiques professionnelles et le développement du travail en collaboration avec les médecins soulignent l'importance de la réactualisation de la formation initiale et du développement de la formation continue pour les diététiciens.

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

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), point de repère pour connaître l'interaction entre médicaments et aliments ;
- des tables de composition des aliments (www.afssa.fr), Centre Informatique sur la **QU**alité des **AL**iments (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^e 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 :
$$\text{Homme} = 66,5 + (13,75 \times P) + (5 \times T) - (6,76 \times A)$$
$$\text{Femme} = 655,1 + (9,56 \times P) + (1,85 \times T) - (4,67 \times A)$$

Ou les équations de Black (1996) :
$$\text{Hommes} = 1,083 \cdot P^{0,48} \cdot T^{0,50} \cdot A^{-0,13}$$
$$\text{Femmes} = 0,963 \cdot P^{0,48} \cdot T^{0,50} \cdot A^{-0,13}$$

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, qui permettent d'établir un diagnostic éducatif (exemple en *annexe 5*) et amènent à négocier des compétences à développer. Il s'agit d'explorer : la dimension biomédicale (*qu'avez-vous ?*), la dimension socioprofessionnelle (*que faites-vous ?*), la dimension psychoaffective (*qui êtes-vous ?*), la recherche du projet du patient (*comment envisagez-vous votre avenir ?*).

FAITES-VOUS UN GOÛTER ?

OUI

NON

À quelle heure ?

Avec quels aliments ?

EXISTE-T-IL D'AUTRES MOMENTS DANS LA JOURNÉE OÙ VOUS MANGEZ ?

OUI

NON

Si oui : par faim

par ennui

par gourmandise

autre :

Vers quelle heure ?

Quels aliments ?

salés

sucrés

Lesquels ?

Avec quelle fréquence ?

QUE BUVEZ-VOUS ? QUELLES QUANTITÉS ET FRÉQUENCE ?

Eau moins d'1/2 l/j 1/2 à 1 l/j 1 à 2 l/j plus, combien ? :

Vin rien 2 à 3 verres/j 4 à 7 verres/j plus, combien ? :

Bière ou cidre rien 1 canette/j plus, combien ?

Apéritifs rien 1/jour 1/semaine plus, combien ? :

Jus de fruits rien 1 verre/j 2 à 3 verres/j plus, combien ? :

Boissons sucrées (jus de fruits, sirop, soda, etc.)
 rien 1 verre/jour 2 à 3 verres/jour plus, combien ? :

Autres boissons (infusions, thé, café, etc.)
 rien 1 tasse/jour 2 à 3 tasses/jour plus, combien ? :

Combien de morceaux de sucre utilisez-vous par tasse ?
 aucun 1 unité/tasse 2 unités par tasse plus, combien ? :

Mettez-vous du lait ? écrémé 1/2 écrémé entier combien

QUE MANGEZ-VOUS ? QUELLES QUANTITÉS ET FRÉQUENCE ?

Crudités (légumes crus) à chaque repas 1 fois par jour 1 fois/semaine

Légumes cuits à chaque repas 1 fois par jour 1 fois/semaine

Viande à chaque repas 1 fois par jour moins, combien ? jamais

Produits reconstitués tels que « nugget's », cordons bleus, etc.
 tous les jours 4 fois/semaine 2 fois/semaine moins

Poisson jamais 1 fois/semaine plus, combien ? :

Œufs jamais 1 fois/semaine plus, combien ? :

Charcuterie (jambon, rillettes, pâtés, etc.)

à chaque repas 1 fois/jour 2 à 4 fois/sem. plus, combien ? :

Entrée à base de feuilleté ou tartes ?

à chaque repas 1 fois/jour 2 à 4 fois/sem. plus, combien ? :

Fromages (ex. type : 1 camembert = 8 portions)

2 portions/repas 1 portion/repas 1 portion/jour moins, combien ? :

Féculents (riz, pâtes, pommes de terre)

jamais à chaque repas 1 fois/jour 2 à 3 fois/semaine

Légumes secs (lentilles, haricots blancs, pois chiches, etc.)

jamais 1 fois/semaine 1 à 2 fois par mois 2 à 3 fois/an

Fruits crus

jamais à chaque repas 1 fois/jour

Fruits cuits

jamais à chaque repas 1 fois/jour

Fritures (frites, chips, beignets, etc.)

jamais 1 fois/semaine 2 à 4 fois/semaine plus, combien ?

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 ?

jamais 1 fois/jour 3 fois/jour plus, combien ? :

Consommez-vous des desserts sucrés (pâtisseries, glaces, entremets) ?

jamais 1 fois/semaine 2 fois/semaine plus, combien ? :

Consommez-vous des viennoiseries, croissants ?

jamais 1 fois/semaine 2 à 4 fois/semaine plus, combien ? :

Consommez-vous des produits sucrés (bonbons, chocolat, etc.) ?

jamais 1 fois/semaine 2 fois/semaine plus, combien ? :

Combien consommez-vous de pain/jour ? (une baguette = 200 g) ?

moins de 100 g 100 à 200 g plus, combien ? :

Utilisez-vous des produits allégés ?

OUI NON

Si oui : allégés en sucre allégés en graisses

Mode de cuisson ou d'assaisonnement le plus régulièrement utilisé, pour :

les VIANDES :

Vous utilisez des matières grasses?

OUI NON

Quels types :

beurre crème margarines huiles

les LÉGUMES

Vous utilisez des matières grasses?

OUI NON

Quels types :

beurre crème margarines huiles

les SALADES

1 cuillère à soupe d'huile/personne plus, combien ?

Estimez la quantité consommée de :

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. Exemple d'outil destiné à la personne soignée pour réaliser un relevé de consommations alimentaires (source : document de synthèse professionnel validé par l'ADLF, septembre 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.

JOUR 1 :

	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 4. 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, septembre 2005)

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SOIGNÉE			Nom du diététicien :	
Nom et prénom :			Recueil de données effectué le :	
Date de naissance :	(Service) :	Numéro de dossier :	Médecin référent :	
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				
Laquelle ? :				
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 :				
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 ?				
Souhaitez-vous modifier votre poids actuel ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			IMC : De combien ? :	
Quel est votre " poids de forme "(poids où vous vous sentez bien) ? :				
Alimentation				
Votre culture, religion influence-t-elle votre alimentation ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
Si oui :				
Qui réalise les achats alimentaires? (Où ? Quand ? Avec qui ?)				
Si c'est vous, est-ce ? : <input type="checkbox"/> Un plaisir <input type="checkbox"/> Une contrainte <input type="checkbox"/> Autre :				
Chez vous, qui prépare les repas ? :				
Aimez-vous cuisiner ? : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 ? :				
<input type="checkbox"/> réfrigérateur <input type="checkbox"/> congélateur <input type="checkbox"/> cuisinière <input type="checkbox"/> autres :				
<input type="checkbox"/> four <input type="checkbox"/> four micro-ondes				
Quelle est la durée des repas ? :				
Petit déjeuner :		Déjeuner :		Dîner :
Mangez-vous ? seul(e) ou en compagnie ? :				
Midi <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> En famille <input type="checkbox"/> En compagnie				
Soir <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> En famille <input type="checkbox"/> En compagnie				
Mangez-vous par <input type="checkbox"/> Nécessité ? <input type="checkbox"/> Faim ? <input type="checkbox"/> Gourmandise ?				

Mangez-vous : Vite _____ Lentement

Existence de difficultés pour s'approvisionner, préparer les repas, s'alimenter ?

OUI, lesquelles NON

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

Avez-vous déjà suivi d'autres régimes ? OUI NON
Si oui : lesquels ? : Quand ? :
pourquoi ? : 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. ?
Si oui : OUI NON 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

Quels aliments préférez-vous ? Sucrés Salés
Avez-vous l'habitude de vous resservir à table ? OUI NON
*Plus particulièrement sur quels types de plats ?
* Le faites-vous de temps en temps rarement à tous les repas

Vous arrive-t-il de ne rien prendre à un repas ? OUI NON
Si oui, **Le petit déjeuner** **À midi** **Le soir**
 1 fois/semaine 1 fois/semaine 1 fois/semaine
 2 à 4 fois/semaine 2 à 4 fois/sem. 2 à 4 fois/sem.
 plus plus plus

Prenez-vous des collations ou en-cas ? —
 En matinée Dans l'après-midi Après le travail En soirée La nuit

Activité physique

Sur votre lieu de travail ou pendant votre occupation principale :³

Marchez-vous ? 1 jamais 2 occasionnellement 3 souvent

Êtes-vous assis ? 1 souvent 2 occasionnellement 3 jamais

Pendant vos loisirs :
Marchez-vous ? (jardinez-vous ? Bricolez-vous activement ?) :
 1 jamais 2 occasionnellement 3 souvent

Pratiquez-vous un sport ? 1 jamais 2 occasionnellement 3 souvent

Regardez-vous la télévision ? 1 souvent 2 occasionnellement 3 jamais Si oui, lequel ? :
Adaptez-vous votre alimentation ? :

³ Interprétation : 6 à 9 : très peu actif ; 9 à 12 : peu actif ; 12 à 15 : moyennement actif ; 15 à 18 : très actif

Pour vous déplacer :

Vous privilégiez la marche, le vélo, les rollers (autres) ?

1 jamais 2 occasionnellement 3 souvent

Tabac

Fumez-vous ?

OUI

NON

Si oui : Combien par jour ? :

Depuis quand ? :

Souhaitez-vous arrêter de fumer ? :

OUI

NON

Si non, pourquoi ? :

Divers

Portez-vous une prothèse dentaire, pour manger ? :

OUI

NON

Si oui : est-elle bien supportée ? :

OUI

NON

Si non pourquoi ? :

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 ?

Non Oui

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 ?

Non Oui

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 ? :

Non Oui

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 6. Éléments de traçabilité du soin diététique dans le dossier du patient

Renseignements socio-administratifs

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

Renseignements médicaux et cliniques

Nom du prescripteur et date de la prescription
Motif de la demande de prise en charge diététique
Diagnostic médical (principal et associé)
Autres pathologies en lien avec l'état nutritionnel
Paramètres biologiques
Antécédents médicaux, chirurgicaux, nutritionnels
Traitements en cours, interaction avec les médicaments et aliments
Troubles de la mastication, de la déglutition
Troubles de la digestion
Allergies
Paramètres anthropométriques :

- poids
- taille
- IMC
- tour de taille
- mesure de la composition corporelle

Score de dépistage de la dénutrition
Évaluation de la dépense énergétique

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

Conditions de vie

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

Connaissances de la personne

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

Évaluation des consommations (orales et entérales) alimentaires et hydriques

Non chiffrée
Chiffrée
Évaluation des apports en nutrition entérale et parentérale

Résumé de soin

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

Participants

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

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

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

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

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

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

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

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

Comité d'organisation

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

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

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

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

Groupe de travail

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

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

Groupe de lecture

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

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