Nutrition clinique et métabolisme 34 (2020) 229–237

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

Article original

Perception et impact de la démarche de soin diététique : une enquête qualitative dans trois établissements de l'Assistance publique–Hôpitaux de Paris (AP–HP)

Nutrition care process perception and impacts: A qualitative survey in three Assistance publique–Hôpitaux de Paris *hospitals*

Véronique Laubé[a,*], Richard Agnetti[b], Chantal Legrand[b,c], Jean-Charles Verheye[d]

[a] *Service de diététique, hôpital Saint-Antoine, AP–HP, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 75012 Paris, France*
[b] *Direction des soins et des activités paramédicales, siège AP–HP, 3, avenue Victoria, 75184 Paris cedex 04, France*
[c] *EA 4057, Laboratoire de psychopathologie et processus de santé, Université de Paris – Institut de psychologie, Paris, France*
[d] *EA 3412, laboratoire éducations et pratiques de santé, Sorbonne Paris Cité, université Paris 13, Paris, France*

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 22 avril 2020
Reçu sous la forme révisée le 30 mai 2020
Accepté le 3 juin 2020
Disponible sur Internet le 18 septembre 2020

Mots clés :
Démarche de soin diététique
Diagnostic diététique
Traçabilité
Interdisciplinarité

RÉSUMÉ

Objectifs. – Les données relatives à la perception de la démarche de soin diététique en France sont rares. Dans une logique d'organisation de soins pluridisciplinaires, l'étude réalisée avait pour but de mettre en lumière la vision des diététiciens et des professionnels de santé partenaires.
Matériels et méthodes. – Une étude qualitative de type exploratoire a été menée entre mars et juillet 2018 dans trois établissements de l'Assistance publique–Hôpitaux de Paris (AP–HP) au moyen de *focus group* et d'entretiens semi-directifs.
Résultats. – Dix-sept diététiciens, quatre cadres diététiciens et 48 autres professionnels de santé ont été interviewés. Les diététiciens avaient une perception positive concernant l'effet structurant de la démarche de soin et la professionnalisation de leurs écrits. Leur vision était plus mitigée concernant l'amélioration de la prise en soins des patients. La légitimité de leur expertise et leur apport en interdisciplinarité ont été bien reconnus par les autres professionnels.
Conclusion. – La démarche de soins diététique est utile pour la prise en soins des patients et la valorisation des diététiciens. Reste une étape : la contribution plus active des diététiciens à la dynamique interprofessionnelle utilisant cette réflexion structurée, notamment lors des staffs, pour un soin nutritionnel mieux compris et partagé avec tous. Le diagnostic diététique et l'utilisation de la terminologie internationale de diététique et nutrition pour la prise en soins des patients vont permettre de participer à la recherche. La nécessité d'une réingénierie des études devient incontournable.

© 2020 Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords:
Nutrition care process
Nutrition diagnosis
Documentation
Interdisciplinarity

ABSTRACT

Objectives. – Data on the perception of the nutrition care process in France are rare. In a logic of multidisciplinary care organization, the aim of the study was to shed light on the vision of dieticians and partner health professionals.
Materials and methods. – An exploratory qualitative study was conducted between March and July 2018 in three AP–HP sites using focus groups and semi-directive interviews.
Results. – Seventeen dieticians, four dietician managers and 48 other professionals were interviewed. Dieticians had a positive perception of the structuring effect of the care approach and the professionalization of documentation. Their vision was more mixed regarding improving patient care. A legitimization of their expertise and their contribution in interdisciplinarity have been well recognized.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : veronique.laube@aphp.fr (V. Laubé).

https://doi.org/10.1016/j.nupar.2020.06.001
0985-0562/© 2020 Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Conclusion. – The nutrition care process is useful for the patients care and the dieticians enhancement. One step remains: the dieticians more active contribution to the interprofessional dynamic using this structured reflection, especially during staff meetings, for a better understood nutritional care shared by all. Nutrition diagnosis and the use of international dietetics and nutrition terminology for patient care will enable participation in research. The need to re-engineer studies is becoming unavoidable.

© 2020 Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les diététiciens réalisent des soins qui s'inscrivent dans le projet thérapeutique global de la personne soignée et se basent sur des preuves scientifiques et des consensus d'experts pour garantir des apports nutritionnels conformes à l'état de la personne. Ces soins sont dispensés selon une démarche clinique.

En 2011, l'Association Française des Diététiciens-Nutritionnistes (AFDN) a élaboré des recommandations de pratique clinique pour la consultation diététique en partenariat avec la Haute Autorité de santé (HAS) [1]. Elles s'appuient sur le processus de soin nutritionnel (PSN), version francophone du *Nutrition Care Process* (NCP) développé aux États-Unis (Fig. 1), diffusé au niveau international et devenu la norme [2]. Ce processus est encore appelé communément en France démarche de soin diététique (Fig. 2).

1.1. La démarche de soin diététique ou processus de soin nutritionnel

La démarche de soin diététique est une approche méthodique requérant un raisonnement clinique dans le but d'améliorer la constance et la qualité des soins en nutrition dans un contexte d'efficience et de pertinence des soins. Elle inclut l'identification d'objectifs précis et la surveillance des résultats des interventions nutritionnelles en termes de connaissance, de comportements et consommations alimentaires et ou d'état nutritionnel en coordination avec les autres professionnels.

L'ensemble des actions de soins personnalisées et ciblées réalisées par le diététicien est formalisé et coordonné. Cette démarche structurée du processus de soin nutritionnel est représentée graphiquement par des anneaux avec en son cœur les interactions entre la personne soignée et le diététicien. L'anneau externe situe le patient orienté dans l'environnement de soins, l'anneau central spécifie les compétences des diététiciens. L'anneau interne illustre les quatre étapes, distinctes mais reliées entre elles : l'évaluation nutritionnelle à partir d'un recueil de données spécifiques, le diagnostic diététique permettant de décrire un problème nutritionnel précis et de déterminer les objectifs du soin diététique, l'intervention nutritionnelle planifiée, et la surveillance et l'évaluation de la nutrition. L'entrée dans le processus requiert le dépistage réalisé éventuellement par d'autres professionnels adressant les patients aux diététiciens ; et au terme, le système de gestion des résultats permet d'évaluer l'efficacité des stratégies par l'analyse des données collectées.

Depuis 2013, les diététiciens français ont accès à la Terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN) de l'*Academy of Nutrition and Dietetics* dans une version francophone [3]. En 2017, une adaptation de cette traduction pour la partie portant sur le diagnostic diététique, en regard des modalités d'exercice en France, a été finalisée par un groupe de travail de diététiciens de l'Assistance Publique–Hôpitaux de Paris (AP–HP).

La TIDN permet de décrire les soins nutritionnels, de renseigner d'une manière harmonisée les différentes étapes divisées en catégories (Tableau 1) dans le dossier patient. Le diagnostic diététique n'est pas un diagnostic médical. Il étiquette un problème nutritionnel que le diététicien est chargé de traiter de façon autonome (exemple apport excessif en glucides). Il est formulé sous forme de problématique, étiologie (sur laquelle les actions mises en œuvre par le diététicien pourront potentiellement intervenir) et signes et symptômes (PES), ces derniers servant d'indicateurs de suivi.

La démarche de soin associée à la TIDN n'est pas destinée à uniformiser les soins nutritionnels pour tous les patients, mais plutôt à établir un processus uniforme de dispensation de soins. Elle vise à améliorer la communication et la documentation des soins tout en fournissant un ensemble de données et des éléments communs pour la recherche future.

1.2. Contexte de l'étude

La démarche de soin diététique présente plusieurs avantages liés à l'adoption du NCP, en particulier un soin centré sur le patient, l'identification du taux de résolution de diagnostics diététiques, l'amélioration de la communication et de la reconnaissance par les médecins des préconisations des diététiciens et enfin l'amélioration de la productivité [4–6].

En 2009, il apparaissait que le référentiel sur la démarche de soin diététique en France était peu connu dans son contenu pour au moins 20 % des équipes de diététicien [7]. Depuis, la démarche a été largement diffusée par les cadres de santé diététiciens à l'AP–HP.

Au regard de l'investissement de l'encadrement dans l'accompagnement des diététiciens pour la mise en œuvre de la démarche de soin associée à la terminologie, il s'agit d'évaluer la perception des diététiciens l'utilisant au quotidien, d'en mesurer l'impact au sein des équipes des diététiciens mais aussi des équipes pluriprofessionnelles.

2. Matériel et méthodes

Une étude qualitative [8] de type exploratoire a été menée sur trois sites d'hospitalisation d'adultes de l'AP–HP (> 500 lits de médecine, chirurgie et obstétrique).

2.1. Population d'étude

Dans les sites enquêtés, le cadre diététicien a formé son équipe à la démarche soin diététique structurée, il évalue sa traçabilité, et porte la démarche au niveau institutionnel, auprès du Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN). L'étude a été effectuée auprès des professionnels de santé concernés et dont le référentiel de compétences identifie leur participation à l'acte alimentaire/nutritionnel ou leur impulsion dans le travail interprofessionnel : diététiciens, cadres diététiciens, infirmiers, aides-soignants, cadres infirmiers, médecins, coordonnateurs des soins.

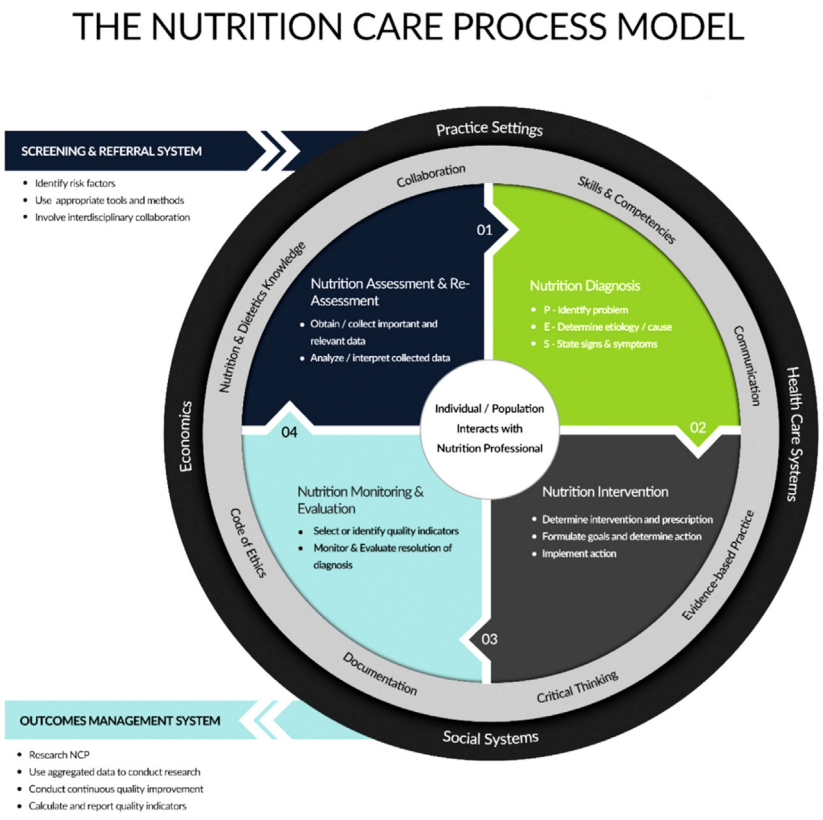


Fig. 1. *The Nutrition Care Process (NCP) Model.*

Tableau 1
Descriptif des étapes de la démarche de soin associée à la TIDN.

Étapes de la démarche de soins associée à la TIDN	Description	Catégories
Évaluation nutritionnelle	Obtention, vérification, interprétation des données Identification des problèmes liés à la nutrition, les causes et leurs portées	Histoire alimentaire Mesures anthropométriques Données biochimiques, procédures et examens cliniques Signes physiques axés sur la nutrition Antécédents en lien avec la prise en soin
Diagnostic diététique	Description d'un problème nutritionnel à résoudre ou à atténuer Formulé sous forme de problème, de l'étiologie et des signes et symptômes	Apport Clinique Comportement-environnement
Intervention nutritionnelle	Planification (actions spécifiques et collaboratives) Implantation (réalisation, communication)	Mode d'administration des aliments et/ou nutriments Éducation en nutrition *Counseling* nutritionnel Coordination des soins en nutrition
Surveillance et évaluation de la nutrition	Identification des résultats des soins de l'atteinte des objectifs	Histoire alimentaire Mesures anthropométriques Données biochimiques, procédures et examens cliniques Signes physiques

Cinq à six professionnels de chaque profession de chaque groupe hospitalier ont participé à l'enquête, à l'exception des cadres diététiciens et Coordonnateur général des soins (1 par hôpital).

2.2. Outils

Afin de recenser et de comprendre les motivations et les comportements des professionnels de diététique, quatre *focus group* ont été réalisés (17 diététiciens et 4 cadres diététiciens) qui, par la discussion et les interactions, ont exprimé leur vécu [8]. Pour prendre en compte une expression spontanée des autres soignants, 38 entretiens semi-directifs ont été conduits auprès d'infirmiers, aides-soignants, cadres infirmiers, médecins et les coordonnateurs de soins pour permettre d'établir d'éventuelles corrélations [9].

La première partie des guides d'entretiens traite des modalités et de l'utilisation de la démarche de soin diététique structurée et de sa terminologie, la seconde porte sur la traçabilité des activités des diététiciens dans le dossier patient et son exploitation avec des questions spécifiques en fonction de la profession. L'entretien se termine par un questionnement sur l'environnement professionnel.

Les guides ont été testés sur un site d'un groupe hospitalier de l'AP–HP. L'auteur principal animait les *focus group*, accompagné d'un observateur prenant des notes, et menait seul les entretiens.

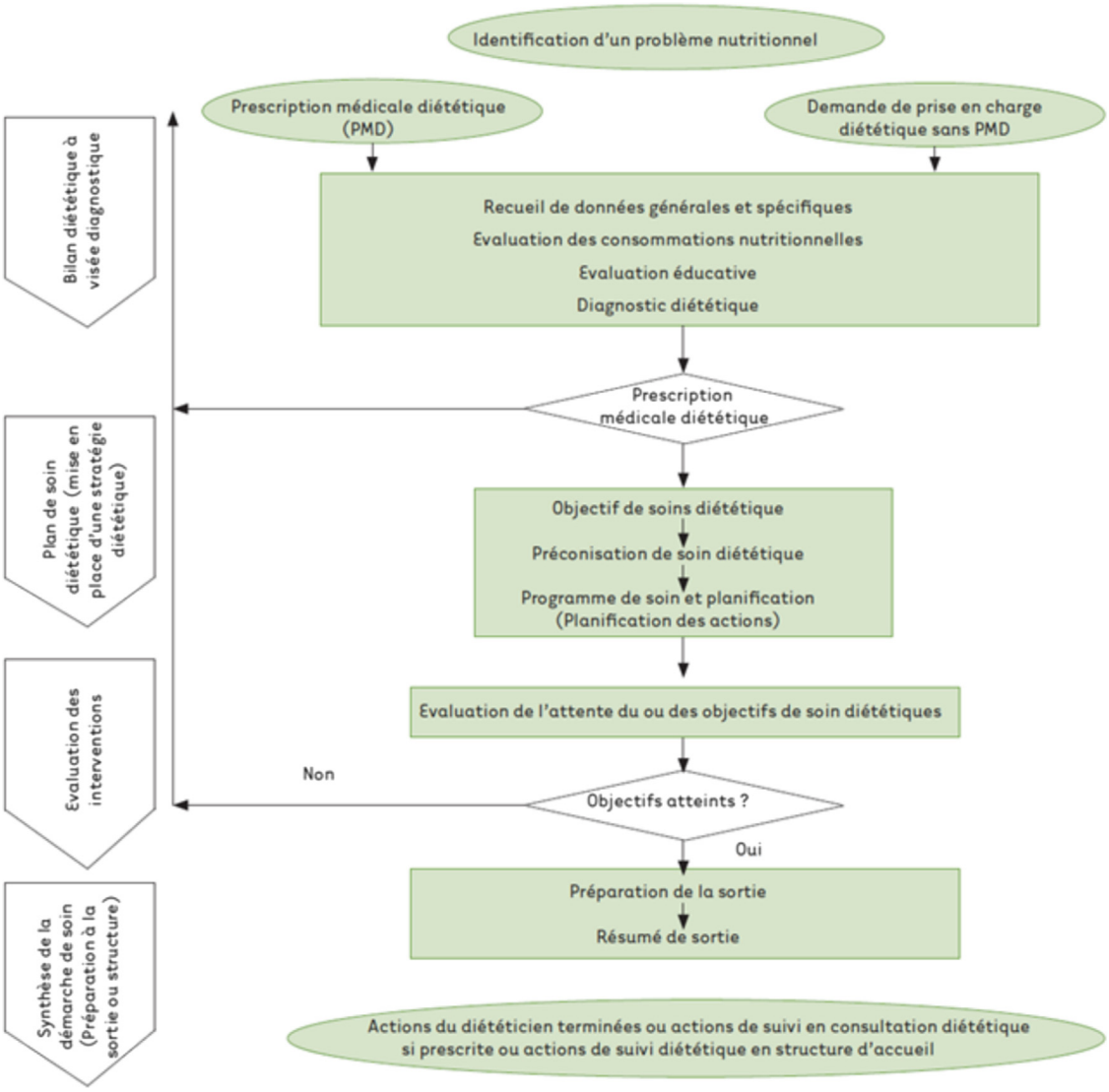


Fig. 2. Logigramme de la démarche de soin diététique. AFDN – Le soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé – Mai 2011.

2.3. Recueil de données

Sur une période de cinq mois courant 2018, les personnes furent contactées par courriel, après l'accord des coordonnateurs de soins. L'accord des participants était recueilli avec un formulaire de consentement. Les *focus group* et les entretiens d'environ une heure étaient enregistrés, puis retranscrits intégralement, les données anonymisées.

2.4. Traitement des données

Les données ont été traitées par analyse de contenu et catégorisées en sous thèmes, thèmes et rubriques pour chaque profession [9]. Elles furent vérifiées et discutées avec l'observateur. Les données recueillies ont été regroupées dans un arbre thématique (Fig. 3).

3. Principaux résultats et analyse

Dix-sept diététiciens dont un peu plus de la moitié avaient plus de 16 ans d'ancienneté, quatre cadres diététiciens et 48 autres professionnels, soit 69 personnes furent interviewées (Tableau 2). Seize spécialités médicales ou chirurgicales ont été concernées sur trois sites. Un ou plusieurs dossiers informatisés ainsi qu'un dossier papier étaient utilisés.

3.1. La démarche de soin utile au diététicien : une prise en charge structurée au profit des patients et des transmissions écrites aux autres professionnels

3.1.1. Structuration de la prise en charge et diagnostic diététique

L'ensemble des diététiciens a évoqué la notion de rigueur dans leur prise en soins ainsi que la structuration de leur pensée. « Pour nous diététiciennes c'est très structurant » (Ds3). « Ce que j'ai remarqué : c'est plutôt dans la démarche, c'est plus structuré. C'est clair » (Ms1).

3.1.2. Professionnalisation des écrits

Les diététiciens citaient la professionnalisation des écrits avec une meilleure formalisation et une augmentation de la traçabilité. « Tu sais comment formuler les choses » (Ds2). « Quand je vois ce qu'on écrivait en 2008 [. . .] et ce qu'on écrit aujourd'hui et je pense que c'est quand même une évolution qu'il y a eu grâce à la démarche, aux termes » (Ds3).

EXTRAITS CONTENU ARBRES THEMATIQUES

Thèmes	Sous Thèmes	Verbatim des diététiciens (D), cadres diététiciens (CD), coordonnateur des Soins (CS), cadre expert (CE), médecins (M), cadre de soins (C) , infirmiers (IDE), aides-soignants (AS)
Utilité de la démarche de soin pour le diététicien	Structuration diagnostic diététique : 7 occurrences	" Pour nous c'est très bien, pour nous diététiciennes c'est très structurant (Ds3) ". "de toute façon de poser un diagnostic, c'est beaucoup plus clair qu'une somme d'informations pas liées, en fait et ça c'est aussi vrai pour la diététique que pour les autres soins. "(C3s2) . "ce que j'ai remarqué : c'est plutôt dans la démarche, c'est plus structuré. C'est clair" (M4s1) .
	Professionnalisation des écrits : 15 occurrences	"c'est bien d'avoir appris à tracer correctement et pas marquer n'importe quoi dans les dossiers... plus professionnelle, plus rigoureuse (Ds2) . "Quand je vois ce qu'on écrivait en 2008 ... c'est quand même une évolution qu'il y a eu grâce à la démarche, aux termes (Ds3) ". On a une professionnalisation de l'écrit en fait" (CSs3) . "ce sont des informations utiles, il n' y a pas de bla bla " (M2s3) . " cela a un sens ce qu'elle écrit, cela à voir vraiment avec la pathologie du patient, pourquoi elle a mis cela en place au niveau du patient" (AS3s2)
	Le patient au cœur de la prise en charge : 5 occurrences	"on connait plus ou en tout cas mieux le dossier du patient...il y avait des éléments qui nous manquaient et là effectivement on est obligé d'aller plus dans le fond des choses (Ds2) ." il y a une relation qui s'établit entre eux parce qu'elle peut prendre le temps de discuter, de s'assoir , s'il y a d'autres éléments qu'on a pas forcément, qu'elles ont dans cet échange ...nous on sera un petit peu plus attentif ou pas" (IDE2s1) . " surtout ce que j'aime bien c'est qu'elles ont cette démarche ETP , c'est-à-dire ce qu'on a décidé avec le patient " (M4s1)
	Personnalisation , pertinence, suivi efficient, engagement de l'écrit : 6 occurrences	"Cela consolide forcément les prises en charge, ça oblige à poser les bonnes questions, en terme de problématique, sinon on passe à côté, on fait une prise en charge qui n'a pas de sens et qui n'a pas de plus value. " (CDs2) . "Je le vois notamment dans la mise en place d'outils de surveillance et dans le suivi des actions mis en place. J'ai connu une période où on ne sollicitait pas à ce point la surveillance du poids, de l'IMC" (C4 s2) . "le fait de l'écrire ce mot (Education), cela engage à un certain nombre de choses donc pour le patient cela voudrait dire par exemple que l'on a fait reformuler ou qu'on a mis en place une éducation-évaluation " (Ds2)
	Gain de temps et Perte de temps : 5 occurrences	"c'est un support mnémotechnique pour soi-même, pour la prochaine fois " (Ds1) . "Lorsque j'ai commencé à l'utiliser, je me rappelle à plusieurs reprises être revenue réinterroger le patient, car il me manquait des éléments pour compléter mon dossier...." (Ds2) . "Quand c'est informatisé, tu retrouves très rapidement les dossiers ... si tu as vu le patient tu sais que tu l'as vu (Ds1) . "beaucoup de temps à tracer, et un peu de perte de temps de présence au lit du patient" (CS s3)
	Questionnement des diététiciens : 3 occurrences	" Assez plat, et lire le diagnostic, on n'apprend pas grand-chose à la limite, il n'est même pas pour nous le diagnostic diététique. Cela n'a pas révolutionné notre façon de faire, ça a juste révolutionné notre façon de tracer et de communiquer avec les autres."(Ds1). " A part certains ovnis qui vont lire... "(Ds3). " J'ai un peu peur étant donné la structure des phrases ... que cela rend hermétique le message "(Ds2).
Utilité de la démarche de soin pour le l'équipe diététique	Harmonisation et continuité des soins: 4 occurrences	"Je pense que c'est très utile... " entre nous par exemple peu importe le diététicien qui va voir le patient ... et on saura prendre en cours de route la prise en charge parce qu'on a la même pratique... on se lit entre nous (Ds2) . "je trouve que c'est plus utile pour cela pour qu'il y ait un suivi quand c'est une diet qui prend le relais d'une de ses collègues (M6s3) . " je pense que c'est indispensable, déjà, pour assurer la continuité entre diets , mais quand elle est en congé, son relais est pris par un autre diet, et c'est impératif pour lui d'avoir une traçabilité pour pouvoir poursuivre la prise en charge du patient, surtout que nos IDE tracent assez peu à ce sujet là... " (C3s2)
	Compétences : 4 occurrences	"Faire monter en compétence nos collaborateurs est l'un des rôles essentiels des managers" (CDs3) . -" bon j'ai découvert cela avec elle (cadre diet) et puis en fait c'était très bien et cela a fédéré les diéts, elles étaient évaluées à partir d'un outil" (CSs3)
	Recherche : 6 occurrences	"Ce qui les a complètement convaincus d'harmoniser la terminologie, c'est la recherche. Je trouve que c'est un atout fantastique parce que cela permet de faire des requêtes et de faire des études rétrospectives plus facilement". (CDS1) ."On a beaucoup à gagner notamment dans le champ de la recherche et donc de l'amélioration in fine des pratiques... On ne peut pas être dans un CHU et ne pas avoir de base de données dans le domaine des soins "(CSs2) . "La terminologie est complètement nécessaire pour la recherche". (M3s3)
Utilité de la démarche de soin pour le l'équipe diététique	Visibilité : 4 occurrences	"une certaine visibilité supérieure...plus lisible pour les professionnels, pour l'extérieur " (Ds2) ."Car c'est mettre en valeur ce qu'elles font. Y a pas photo, quand on écrit ce que l'on fait, ça rend visible. Cà met en valeur ce qu'on fait." (CSs3) ."ce n'est pas tous les professionnels qui passent dans le service et qui écrivent un mot, du coup c'est bien " (IDE4s2)
	Crédibilité : 4 occurrences	"savoir qu'il y a quelqu'un derrière qui va prendre le relais et qui elle est hyper rigoureuse, qui a appris à se former de façon standardisée, qui a des critères objectifs à ne pas dépasser, qu'elle applique tout ceci et pas cela, cela me rassure ." (M4s3) ."L'impact, il a été aussi fort pour les Directions des Soins puisqu'elles ont quand même aussi pu s'apercevoir que nous avions des outils de pilotage relativement fiables.."(CDs2)" Processus plus large au niveau de la profession et de la crédibilité de la profession" (CDs3)
	Reconnaissance et expertise, positionnement: 7 occurrences	" Pour les autres professionnels, c'est une reconnaissance" (Ds1) "pour les diets c'est probablement les para médicaux qui ont le plus travaillé à la reconnaissance et à la valorisation d'un certain nombre d'actes qu'elles faisaient " (CSs2). "généralement on discute, mais on ne décide pas avant que la diete passe, on prend une décision collégiale" (M2s2) . "la diete elle a tendance a se positionner en paramédical ce qu'elle est, mais qu'elle franchisse cette frontière, nous on n'attend que cela qu'elle viennent au staff médical" (M1 s2) . A la dernière certification, reconnaissance de l'EPP comme acte collectif, plutôt bien mené surtout avec les cycles et les mesures d'impact, donc c'est la qualité de cet EPP (sur la traçabilité de la démarche de soins) qui a été relevée par les visiteurs" (CDs3)
Utilité de la démarche de soin pour les autres professions paramédicales et médicales	Qualité de la communication orale: 7 occurrences	" Forcément quand on va voir les médecins c'est aussi plus facile, plutôt que : "je pense que cela serait bien de mettre une sonde ", c'était dur, voila, de la reconnaissance forcément quand on va voir les médecins" (Ds2) . "je ne sais pas si elles structurent le discours de la même façon, cela je ne sais pas, c'est possible j'imagine que cela peut être tentant de se rattraper à ce que l'on a déjà structuré dans un schéma de pensée ..." (M6s3) . " C'est bien d'avoir une trace écrite et une trace orale" (IDE1s2)
	Connaissance des actions: 6 occurrences	"l'étape la plus... qui résume et qui éclaire le plus les médecins et IDE c'est le diagnostic diététique, en une phrase cela résume notre prise en charge (Ds2). "On se pose une question et notre diet n'est pas là à ce moment là, et on va regarder ce qu'elle a noté, globalement la fiche diététique nous aide bien (M1 s1) - "il faut qu'on puisse savoir ce qui est préconisé, s'il y a des changements etc et donc il faut qu'il y ait des transmissions" (C2s2)
	Lecture des dossiers Aide pour le suivi	" le dossier diet, oui on le consulte quand on fait la visite quand on va voir le patient (M1s1) . "oui ... on tient compte en gros du bilan diet initial qu'on écrit dans le CRH" (M1s3) . " je retiens moins ce qui a été mis en place en texte pour le diag mais plus dans la conséquence du diag. ...Il y a un suivi qui, pour moi, est plus simple parce qu' il y a eu un certain nombre d'actions qui ont été priorisées avec le patient, je m'assure que dans le suivi, elles soient ou non mises en place". (M4s1) .
	Sécurisation du parcours : 2 occurrences	Pour moi cela sécurise au moins nutritionnellement parlant le parcours du patient, ne serait-ce par rapport aux médecins (CDs3) . "Quand on va dans un autre service ... et bien on s'y retrouve, on a le même diagnostic , on sait ce que cela veut dire. C'est bien que cela soit uniforme ... tout le service diététique du site, c'est la même démarche" (M5 s1)
	Synergie interdisciplinaire : 6 occurences	"les gens (IDE, AS)sont plus sensibilisés, ils font beaucoup plus attention au trouble nutritionnel, globalement, ils nous posent plus de questions, "(M1s1) . "Du temps pour le diététicien pour aller au staff, ne serait-ce pas une des actions prioritaires ? " (CEs1) . "la diet met en place des actions et le professionnel paramédical IDE et AS devra participer , coopérer à la mise en place de ces actions et surtout l'évaluation des actions". (C4s2) .

Fig. 3. Arbre thématique synthétique de contenu des focus group et entretiens.

Tableau 2
Descriptif des personnes enquêtées par site.

Personnes interviewées	Site 1 (s1)	Site 2 (s2)	Site 3 (s3)	Total
Médecin (M)	5	2	8	15
Cadre infirmier (CI)	3	4	3	10
Infirmier (IDE)	2	4	3	9
Aide-soignant (AS)	2	6	3	11
Diététicien (D)	5	6	6	17
Cadre diététicien (CD)	2	1	1	4
Coordonnateur général des soins/cadre expert (CS)	1	1	1	3
Total	20	24	25	69

3.1.3. Le patient au cœur de la prise en charge

Un tiers de diététiciens (6/17) a mentionné un recueil de données plus étoffé qu'auparavant pour une meilleure connaissance du patient. « On connaît plus ou en tout cas mieux le dossier du patient [. . .] il y avait des éléments qui nous manquaient et là effectivement on est obligé d'aller plus dans le fond des choses . . . » (Ds2).

Ils faisaient plus participer le patient à l'élaboration commune des objectifs diététiques thérapeutiques.

3.1.4. Gain et perte de temps

Les diététiciens ont mis en avant la notion du temps consacré à chaque patient. « Cette fiche, c'est plutôt un moyen mnémotechnique pour soi-même, pour la prochaine fois » (Ds1). « Cela fait gagner du temps pour la formalisation des diagnostics » (Ds2).

Cependant, certains ont aussi fait part de leur frustration par la perte de temps générée. « Maintenant cette traçabilité, elle est chronophage « (Ds3).

3.1.5. Questionnement des diététiciens sur la terminologie et le diagnostic diététique

Des diététiciens se questionnaient sur la lecture des dossiers par les autres professionnels, la compréhension des écrits et l'intérêt du diagnostic.

« À part certains ovnis qui vont lire. . . » (Ds3). « J'ai un peu peur étant donné la structure des phrases [. . .] que cela rend hermétique le message » (Ds2). Les diététiciens ont exprimé l'aspect complet et pointu de la terminologie, mais aussi une complexité et une uniformité de la nomenclature pouvant engendrer un sentiment de perte d'identité. Certains, plus anciens, étaient moins convaincus que le diagnostic diététique influait sur la prise en soin. « Assez plat, et lire le diagnostic, on n'apprend pas grand-chose à la limite, il n'est même pas pour nous le diagnostic diététique. Cela n'a pas révolutionné notre façon de faire, ça a juste révolutionné notre façon de tracer et de communiquer avec les autres. » (Ds1).

3.2. La démarche de soin utile pour l'équipe diététique : une harmonisation des pratiques valorisant la profession avec des perspectives de recherche

3.2.1. Harmonisation, langage commun et continuité des soins

La profession, diététiciens et cadres, a souligné que l'harmonisation des pratiques et le partage d'un même langage étaient utiles au sein des divers hôpitaux, lors des remplacements entre diététiciens et pour une sécurisation du parcours du patient d'un point de vue nutritionnel.

3.2.2. Dynamique d'échanges et compétences

Pour les cadres et les coordonnateurs de soins, le déploiement de la démarche de soin a été mise en relief comme un outil de management pour fédérer l'équipe dans une dynamique d'échanges, et comme un développement des compétences. « Ce qui nous permet d'évoluer par rapport à cela, de voir nos faiblesses dans notre démarche et de se réajuster et on s'améliore énormément, c'est ce que notre cadre nous dit » (Ds2).

3.2.3. Perspectives pour la recherche

Par la mise en œuvre de la démarche de soin, l'encadrement a mis en avant des perspectives pour mener des études afin de déterminer les meilleures pratiques, et se positionner à l'international. « Ce qui les a complètement convaincus d'harmoniser la terminologie, c'est la recherche. . . ». (CDs2).

3.2.4. Visibilité, expertise et reconnaissance

Les acteurs ont évoqué la valorisation de la profession par une meilleure visibilité et connaissance du travail des diététiciens, une crédibilité par une expertise, soit une reconnaissance accrue. « Maintenant, c'est une catégorie de professionnels qui s'est imposée et c'est une belle réussite. . . » (CSs3). « Savoir qu'il y a quelqu'un derrière qui va prendre le relais et qui est hyper rigoureuse, qui a appris à se former de façon standardisée, qui a des critères objectifs . . . Ça ne fait que renforcer mon estime et le besoin que je pense avoir pour son expertise » (Ms3).

3.3. La démarche de soin : une contribution du diététicien dans la prise en charge globale du patient par une synergie interdisciplinaire

3.3.1. Démarche de raisonnement clinique attendu de tout soignant

Les médecins, dans leur ensemble, ont souligné l'importance fondamentale du raisonnement clinique du diététicien. Médecins, coordonnateurs de soins, cadres et IDE ont relevé la similitude de cette démarche propre à tout soignant. Elle se rapproche aussi de celle de l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

3.3.2. Une certaine lecture des écrits diététiques dans le dossier patient et l'exploitation des données

Neuf médecins disaient lire ces écrits pour adapter la prescription, le suivi et le compte rendu d'hospitalisation. Sept cadres, 5 IDE et 3 AS consultaient la traçabilité diététique plutôt lors de l'absence du diététicien pour une continuité des soins. « Nous dans le dossier de soins, on va jeter un coup d'œil, s'il y a une consigne, quelque chose de particulier. » (Ms2). Mais des IDE et AS ne connaissaient pas l'existence du diagnostic diététique. La traçabilité permettant le partage d'informations en interprofessionnel n'était pas encore pleinement exploitée, probablement à cause d'une problématique culturelle : ignorance du chemin d'accès, oralité prépondérante, confiance envers le diététicien, aversion à l'écriture, voire peut-être, un manque d'intérêt et de curiosité.

La démarche de soin améliore-t-elle le contenu du champ lexical de l'oralité et la façon d'argumenter ? Pour les diététiciens d'un site, oui, ce qui était corroboré par deux médecins des autres hôpitaux qui suivent les préconisations proposées par les diététiciens. « On est dans un service où l'on tient compte de son avis, c'est surtout plus précis oui, peut-être plus argumenté. . . » (Ms1).

Un coordonnateur des soins a insisté sur le processus de collaboration entre professionnels, nécessaire pour que la préconisation diététique puisse atteindre son objectif d'améliorer la prise en soin du patient.

3.3.3. Implication et positionnement du diététicien

La plupart des cadres infirmiers et des binômes IDE/AS positionnaient le diététicien comme partie intégrante de l'équipe, voire un acteur principal dans le champ de la nutrition. La participation aux staffs interdisciplinaires a été citée comme une action qui contribuait à une meilleure compréhension des objectifs déterminés par chacun. « Du temps pour le diététicien pour aller au staff, ne serait-ce pas une des actions prioritaires ? » (CEs1).

3.3.4. Perspective d'évolution

Certains médecins souhaiteraient un positionnement plus « médical » du diététicien, qu'il dépasse un partenariat encore discret en prenant encore plus de responsabilités, notamment en termes de prescriptions et de formations aux internes. « [. . .] La diététicienne, elle a tendance à se positionner en paramédical ce qu'elle est, mais qu'elle franchisse cette frontière ! Nous, on n'attend que cela, qu'elle vienne au staff médical. . . » (Ms2).

4. Discussion

L'étude a permis de recueillir la perception de diététiciens et de soignants concernés par la démarche de soin diététique dans trois sites de l'AP–HP qui reflète l'impact sur l'organisation et la qualité des soins, la dimension humaine dans la relation avec le patient, et la valorisation des professionnels.

4.1. Organisation structurante et dynamique pour la qualité des soins

L'ensemble des professionnels rencontrés avaient une vision positive de la démarche de soin diététique. L'ensemble des diététiciens reconnaissent l'effet structurant sur leur prise en soins et la professionnalisation des écrits, comme cela a été mis en évidence dans d'autres pays [4,6]. Cela est à mettre en rapport avec l'harmonisation du processus de soin, du vocabulaire et d'une meilleure compréhension des attendus. La démarche de soin diététique contribuerait à une dynamique interprofessionnelle par une argumentation plus structurée des soins proposés pour une efficacité des soins centrés sur le patient ; elle est en concordance avec celles des autres professionnels par le raisonnement clinique.

Cependant, la vision de certains diététiciens sur l'amélioration de la prise en soins des patients par l'utilisation du diagnostic diététique reste mitigée. On peut se demander si le raisonnement clinique a été bien assimilé, et si l'écriture du diagnostic est maîtrisée par l'ensemble des diététiciens. Ceux-ci précisent-ils suffisamment l'étiologie pour exprimer la complexité du patient qu'ils préféreraient définir avec leurs propres mots ? La réticence à étiqueter la problématique du patient (« faire rentrer un patient dans une case ») sous-entendrait-elle une uniformatisation de la prise en soins pour ces professionnels ? La détermination d'un diagnostic diététique et son application ne sont pas naturelles mais requiert un apprentissage comme celui posé par les autres professionnels.

Parmi les sites enquêtés, a contrario de certaines études [10,11], nous n'avons pas retrouvé de résultats sur des pourcentages de diagnostics résolus et l'atteinte des objectifs qui pourraient s'expliquer en partie à cause d'un retard d'harmonisation des systèmes d'information par rapport à d'autres pays.

L'atteinte d'une partie des objectifs nutritionnels n'est possible que par la coordination des interventions d'une multitude d'acteurs, d'autres sont plus spécifiques à l'interaction diététicien-patient. Le partage suppose un investissement préalable en termes de temps passé à la communication. Nous avons observé que l'oralité restait un socle dans le milieu hospitalier. Vécue encore comme chronophage, on peut regretter que les diététiciens ne considèrent pas assez la traçabilité en tant que partie prenante de la qualité des soins valorisant plutôt la relation avec le patient.

4.2. La relation diététicien-patient : une dimension humaine

La relation avec le patient était au cœur des préoccupations des diététiciens interviewés, comme Lövestam [6] le décrit dans le conflit des diététiciens entre la contrainte liée à la standardisation, et la vision plus holistique des diététiciens, notamment dans la relation diététicien-patient. Les diététiciens déclaraient rechercher plus d'informations concernant le patient, au bénéfice d'une meilleure traçabilité. La rédaction du diagnostic sous forme PES améliore la qualité des écrits [12], ce que l'étude met aussi en évidence.

L'écrit professionnel, associé à la démarche, intervient sous forme d'aide à la conscientisation des actions. Il constitue un facteur de responsabilisation. « Car écrire a des conséquences, laisse des traces, produit des effets propres, ce qui engage la responsabilité professionnelle et institutionnelle » [13].

4.3. Valorisation professionnelle

L'amélioration de la traçabilité incluse dans le processus a été constatée par des évaluations des pratiques professionnelles (EPP). Hennequin et al. [14] l'ont décrite avec les mêmes conséquences positives pour la profession que celles retrouvées dans notre étude : une visibilité accrue, une meilleure compréhension des autres de la démarche et une expertise propre aux diététiciens.

Ces écrits structurés valorisent les diététiciens. Si l'élaboration d'une terminologie infirmière a contribué à la différenciation des actes infirmiers par rapport aux autres professions et à la professionnalisation des soins infirmiers [15,16], alors l'utilisation des diagnostics diététiques assoit certainement aussi le statut professionnel des diététiciens. L'étude a aussi révélé que parmi les diététiciens, ceux qui étaient les moins convaincus de l'impact positif du diagnostic sur le patient disaient le tracer par éthique professionnelle pour être au même niveau que les autres professionnels. Ainsi, comme les autres professionnels, les diététiciens mobilisent un raisonnement clinique et tracent un diagnostic, étape incontournable.

Les médecins en accordant leur confiance, notion essentielle à la pluridisciplinarité, et en adhérant aux préconisations diététiques, contribuaient à la reconnaissance du savoir-faire des diététiciens. Ils étaient tous favorables à cette démarche diagnostique. Cela correspondait à leur façon de fonctionner, c'est-à-dire traiter les causes et pas seulement les symptômes en palliant une situation. La systématisation de la démarche et la rigueur les rassuraient. Les médecins faisaient appel au diététicien en tant qu'expert au même titre qu'un spécialiste médical venant aider et conseiller. Ceci converge avec les résultats d'Allaire et Pittz [17] d'un meilleur suivi par les médecins grâce à la cohérence et la pertinence des écrits contenant les quatre étapes du NCP.

Concernant la demande d'un positionnement plus médical des diététiciens, cela pourrait-il s'expliquer par la formation insuffisante en nutrition des médecins, plusieurs fois citée, et l'absence d'unité transversale de nutrition sur les sites malgré les recommandations de la Direction générale de l'offre de soins, et sur l'incitation à mettre en place une politique nutritionnelle intégrée au projet médical selon un schéma d'intervention sur trois niveaux ? [18].

4.4. Perspectives

Des besoins de formation continue sur la démarche de soins et le diagnostic diététique, à destination des cadres diététiciens et des diététiciens, apparaissent clairement. L'étude suggère que les

diététiciens, ayant appris en formation initiale le diagnostic diététique, seraient plus positifs quant à son intérêt pour la prise en soins versus des professionnels ayant plus d'expérience, ce qui resterait à démontrer sur une population plus importante.

La communication par les diététiciens et leur encadrement serait à développer : faire mieux connaître le raisonnement clinique propre au diététicien qui s'insère dans le raisonnement clinique partagé, projet en cours de développement actuellement à l'AP–HP. Elle pourrait contribuer à une meilleure connaissance du diagnostic diététique (qui n'est pas un diagnostic médical, par exemple de dénutrition), et de l'ensemble de la démarche globale notamment par les IDE et les cadres.

La recherche à développer a été citée comme un des objectifs du projet international en vue de l'amélioration des pratiques et de la reconnaissance du soin nutritionnel. Rappelons que c'est l'action qui prime pour le bénéfice du patient, et que la recherche est au service de sa qualité. L'évaluation des interventions et l'établissement d'une approche fondée sur les preuves requièrent des données harmonisées grâce à l'utilisation de la terminologie standardisée. Comparer les pratiques, identifier les plus pertinentes, c'est permettre aux diététiciens de devenir plus performants, se faire valoir, élever la pratique pour une efficience du soin, et soutenir la qualité et la sécurité des soins coordonnés en nutrition.

La demande des médecins, dans le contexte des départements médico-universitaires à l'AP–HP, va requérir de développer le portage par les diététiciens de missions d'enseignement à destination des plus jeunes. Avec l'évolution de l'institution hospitalière [19], dont l'offre de soins ultra-spécialisés, le niveau d'expertise requis pour les diététiciens devient plus élevé. La formation initiale actuelle apparaît insuffisante au regard des demandes médicales, notamment sur les techniques de nutrition artificielle, mais aussi sur les techniques d'éducation avec le patient, pour être efficace et proposer le soin le plus adapté. Des DU, DIU, voire *Master*, sont désormais indispensables pour aider le diététicien dans son activité professionnelle. Une réforme rapide des études de nutrition devient un enjeu primordial.

La principale limite de l'étude a été le caractère relativement restreint du nombre de sites de l'échantillon. Toutefois, à notre connaissance, cette vision croisée a été peu étudiée. Posséder des données d'un plus grand nombre de diététiciens, de professionnels d'autres établissements, mais aussi de patients, aurait été enrichissant pour la validité des résultats. Une nouvelle étude pourrait aussi prendre en compte l'avis des orthophonistes, des psychologues qui peuvent dans certains services spécialisés collaborer avec les diététiciens sur les troubles de déglutition ou les troubles du comportement alimentaire.

5. Conclusion

Pour les professionnels de la diététique ainsi que pour les soignants avec qui ils collaborent, la démarche de soins diététique constitue une démarche nécessaire pour la prise en charge des patients, pour le travail en équipe pluriprofessionnelle et la valorisation des diététiciens. Il n'en demeure pas moins que la contribution plus active des diététiciens à la dynamique interprofessionnelle, utilisant cette réflexion structurée pour un soin nutritionnel mieux compris et partagé de tous, doit encore être développée. La présence et l'implication active du diététicien dans les staffs (interdisciplinaires, médicaux…) en serait une opérationnalisation possible. Dans la prise de décision de stratégies de soins, les médecins, pivots de la prise en charge, s'appuient sur des expertises reconnues et sont demandeurs d'un apport de connaissances de la part des différents intervenants du soin. Le diagnostic diététique et l'usage de la terminologie présentent également un potentiel à explorer vers une participation à la recherche en soins par la constitution de données probantes pouvant conduire les pratiques à un niveau supérieur.

L'appropriation du diagnostic diététique et de la terminologie sont en partie de la compétence et de la responsabilité du cadre diététicien. Il appartient, en outre, à ce dernier de les porter et de les diffuser auprès des autres professionnels dans un objectif de qualité des soins.

Protection des droits des sujets humains et animaux

Les auteurs déclarent que les travaux décrits n'ont pas impliqué d'expérimentations sur les patients, sujets ou animaux.

Consentement éclairé et confidentialité des données

Les auteurs déclarent que les travaux décrits n'impliquent aucun patient ou sujet.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Financement

Cette étude n'a reçu aucun financement spécifique d'une agence publique, commerciale ou à but non lucratif.

Contribution et responsabilité des auteurs

L'ensemble des auteurs attestent du respect des critères de l'*International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) en ce qui concerne leur contribution à l'article.

Remerciements

Les auteurs remercient tous les professionnels ayant accepté de participer aux entretiens.

Références

[1] Association Française des Diététiciens Nutritionnistes. Le soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé. Recommandations pour la pratique clinique; 2011 http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/soins-etbs-sante/1105-reco-soin-dietetique-ets-de-sante.pdf.

[2] Swan WI, Vivanti A, Hakel-Smith NA, Hotson B, Orrevall Y, Trostler N, et al. Nutrition care process and model update: toward realizing people-centered care and outcomes management. J Acad Nutr Diet 2017;117:2003–14, http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2017.07.015.

[3] Academy of Nutrition and Dietetics (Canada). Guide de poche du manuel de référence de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN) terminologie normalisée pour le processus de soins en nutrition. 1re Ed. Bruxelles ; Québec (Canada): De Boeck ; Presses de l'Université Laval; 2013. p. 338 [ISBN : 9782804180386].

[4] Vivanti A, O'Sullivan TA, Porter J, Hogg M. Successful long-term maintenance following nutrition care process terminology implementation across a state-wide health-care system. Nutr Diet J Dietit Assoc Aust 2017;74:372–80, http://dx.doi.org/10.1111/1747-0080.12346.

[5] Ichimasa A. Review of the effectiveness of the nutrition care process. J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo) 2015;61(Suppl):S41–3, http://dx.doi.org/10.3177/jnsv.61.S41.

[6] Lövestam E, Orrevall Y, Koochek A, Andersson A. The struggle to balance system and lifeworld: Swedish dietitians' experiences of a standardised nutrition care process and terminology. Health Sociol Rev 2016;25:240–55, http://dx.doi.org/10.1080/14461242.2016.1197783.

[7] Laubé V. Cadres diététiciens et évaluation des pratiques professionnelles. Les EPP : un outil de management? Inf Diet 2010;3:47–52.

[8] Kivits J, Balard F, Fournier C, et al. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin, « U »; 2016. p. 330 [ISBN : 978220|0611897].

[9] Blanchet A, Gotman A. L'entretien. In: Sociologie – Anthropologie. 2e Ed. Paris: A. Colin; 2015. p. 128 [ISBN : 13 978-2-200-60191-1].

[10] Copes L, Ramsay K. Using the standardized language for the nutrition care process in the electronic health record to measure and report nutrition care outcomes. J Am Diet Assoc 2010;110:A86, http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2010.06.317.

[11] Rossi M, Campbell KL, Ferguson M. Implementation of the nutrition care process and international dietetics and nutrition terminology in a single-center hemodialysis unit: comparing paper vs. electronic records. J Acad Nutr Diet 2014;114:124–30, http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2013.07.033.
[12] Rosén K. Nutrition Care Process: evaluation of the implentation of nutrition diagnoses, etiology, and signs and symptoms in the medical nutrition documentations by dietitians. Sweden: Karolinska Institutet Department of Biosciences and Nutrition Master Thesis; 2012.
[13] Bouquet B. Diversité et enjeux des écrits professionnels. Vie Soc 2009;2:81–93, http://dx.doi.org/10.3917/vsoc.092.0081.
[14] Hennequin V, Duval C, Grimonprez C. Plan régional d'amélioration de la qualité : démarche de soin diététique au sein des établissements de santé du réseau des comités de liaison alimentation nutrition Champagne-Ardenne. Nutr Clin Metab 2012;26:128–34, http://dx.doi.org/10.1016/j.nupar.2012.06.005.
[15] Rutty JE. The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. J Adv Nurs 1998;28:243–50.
[16] Powers P. A discourse analysis of nursing diagnosis. Qual Health Res 2002;12:945–65, http://dx.doi.org/10.1177/104973202129120377.
[17] Allaire-Pittz JE. Use of a physician order form in the nutrition care process. J Am Diet Assoc 2008;108:A43, http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2008.06.086.
[18] Rossi-Pacini F, Seignez-Dartois B, Dieuleveut C, Hennequin V, Parmentier I. Le diététicien dans le parcours de soins d'un patient dénutri ou à risque de dénutrition. Nutr Clin Metab 2016;30:326–34, http://dx.doi.org/10.1016/j.nupar.2016.10.128.
[19] L'hôpital de demain, Document nº 10, annexé au rapport « innovaton et système de santé »; 2015, https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2015/ANNEXE/HCAAM-2015-RAPPORT-ANNEXE-L-HOPITAL_DE_DEMAIN.pdf.