

CONTRIBUTION GRANDE CONFERENCE DE LA SANTE

ASSOCIATION FRANCAISE DES DIETETICIENS NUTRITIONNISTES

UN BESOIN CERTAIN, DES INCOHÉRENCES IDENTIFIEES



SOMMAIRE

RESUME.....	3
1) CONTEXTE REGLEMENTAIRE ACTUEL	4
1.1 Le métier de diététicien.....	4
1.2 La formation initiale du diététicien.....	5
1.3 Nombre de diététiciens et lieux d'exercice	7
1.4 La situation atypique de la France au sein de l'Europe	8
1.5 La déontologie de la profession	9
2) LE SOIN NUTRITIONNEL POUR LA POPULATION FRANCAISE	10
2.1 Politique de santé publique en matière d'alimentation	10
2.2 Le soin nutritionnel.....	10
2.3 L'existence d'une inégalité d'accès au soin nutritionnel	12
3) LE PROCESSUS DE REINGENIERIE DE LA FORMATION INTIALE.....	13
3.1 La réingénierie de la formation paramédicale	13
3.2 Le modèle de formation initiale demandé pour les professionnels de santé et le diététicien.....	13
3.3 Les grands principes demandés pour la formation initiale du métier de diététicien.....	15
3.4 Les compétences à développer lors de la nouvelle formation initiale des diététiciens.....	15
4) L'ACCES AU SOIN NUTRITIONNEL.....	18
4.1 Parcours de soins HAS.....	18
4.2 Pathologies relevant d'une ALD	19
4.2.1 <i>Bénéfices pour le patient d'une prise en charge nutritionnelle sur l'ensemble de son parcours de soins.....</i>	<i>19</i>
4.2.1 <i>Bénéfices médico-économiques d'une prise en charge nutritionnelle sur l'ensemble de son parcours de soins.....</i>	<i>20</i>
BIBLIOGRAPHIE.....	24

RESUME

Les prises en charge nutritionnelles doivent, pour être efficaces, s'intégrer dans le soin dans ce qu'il a de plus large :

- la prévention
- le soin thérapeutique en ville, en ambulatoire ou en établissement de santé

Elles associent un nombre important de professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Au sein de ces derniers, le diététicien est le seul expert en nutrition. Ses champs de compétences, son activité, la reconnaissance par la HAS et le corps médical le prouvent.

Le besoin de la population est là, bien réel. La politique de santé en matière d'alimentation est en place. Les experts paramédicaux de la nutrition et de l'alimentation existent et sont identifiés : LES DIETETICIENS. Pourtant, ils font partie de ceux qui n'ont pu, à ce jour, bénéficier d'une réingénierie de la formation initiale, qui ne sont pas intégrés dans le DPC et dont l'accès en ville est confidentiel. C'est une véritable inégalité sociale de santé et une perte de chance qui existe aujourd'hui en France, en l'absence d'un remboursement d'actes encadrés. Sans compter que sur le plan économique cette absence de soin nutritionnel de ville accentue les dépenses de santé.

L'AFDN demande aujourd'hui :

- **la réingénierie de sa formation initiale conformément à son engagement depuis 8 ans pour l'accompagnement du projet de réforme des études proposé par les ministères en charge du dossier, avec un seul objectif : faire évoluer la profession de diététicien pour mieux répondre aux besoins en santé de la population française**
- **la mise en place du remboursement de l'acte diététique au regard des services ainsi rendus à la santé de la population et des incidences médico-économiques importantes.**
 - **encadré, sous forme de forfait et à des moments identifiés de la prise en charge**
 - **ciblé dans le cadre de la prise en charge de pathologies chroniques identifiées.**

Dans la bataille qui doit être livrée notamment contre les maladies chroniques nous pourrions résumer les choses ainsi : le combat à mener est identifié, la stratégie militaire est élaborée, des dépenses importantes sont engagées par l'Etat, les soldats que sont les diététiciens sont connus et reconnus mais ils ne sont malheureusement pas suffisamment armés et accessibles pour aider la population à gagner...

In fine le grand perdant est la population française qui, au regard des dépenses de santé pourtant très conséquentes, ne peut bénéficier d'un accès au soin nutritionnel adapté, réalisé par des professionnels de santé suffisamment formés et compétents.

1) CONTEXTE REGLEMENTAIRE ACTUEL

1.1 Le métier de diététicien

Profession inscrite au code de la santé publique modifié par la loi N°2007-127 du 30 janvier 2007.

Le diététicien est un professionnel de santé, seul paramédical ayant les connaissances et les compétences spécifiques à l'application thérapeutique de la science de la nutrition à l'alimentation des groupes de personnes et d'individus en bonne santé ou malades. La science de la nutrition s'inscrit donc au cœur de la diététique. Il s'agit d'une discipline vaste qui associe la connaissance de la composition des aliments, de la nature des substances nutritives et leur métabolisme dans l'organisme, aux exigences nutritionnelles des personnes aux différents stades de la vie, aux effets des aliments sur la santé et aux manières d'utiliser les aliments pour promouvoir la santé des individus et des groupes, minimisant ainsi le risque pathologique. Aussi bien en prévention primaire que secondaire pour produire un effet sur un résultat thérapeutique, le soin diététique adapte l'alimentation en vue de l'amélioration de la santé ou du maintien de la bonne santé.

Définition de la profession

Art. L 4371-1 - 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.

Les diététiciens contribuent 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.

Exercice de la profession

Art. L. 4371-2 - Seules peuvent exercer la profession de diététicien et porter le titre de diététicien, accompagné ou non d'un qualificatif, les personnes titulaires du diplôme d'Etat mentionné à l'article L. 4371-3 ou titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 4371-4. **Art. L 4371-6** - Dérogations d'exercice du métier pour les personnes pouvant continuer à exercer le métier de diététicien.

Le terme de « nutritionniste » est un qualificatif qui ne définit pas une profession. Ce qualificatif peut être utilisé par toute personne (médecin, ingénieur, diététicien,...) ayant une formation en nutrition.

Dispositions pénales

Art. L 4372-1 - Exercice illégal L'exercice illégal de la profession de diététicien est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. **Art. L 4372-2** - Usurpation du titre L'usage sans droit de la qualité de diététicien est puni comme le délit d'usurpation de titre prévu à l'article 433-17 du Code pénal.

Enregistrement du diplôme au fichier ADELI

Art. L. 4371-5 - Les diététiciens sont tenus de faire enregistrer sans frais leur diplôme, certificat, titre ou autorisation auprès du service de l'Etat compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme. Il est établi, pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste des membres de cette profession, portée à la connaissance du public. □ Nul ne peut exercer la profession de diététicien si son diplôme, certificat, titre ou autorisation n'a été enregistré conformément au premier alinéa. □

Le diététicien :

- est un professionnel de santé dont les missions et l'exercice professionnel sont règlementés (code de la santé publique)
- est le seul paramédical expert en alimentation et en nutrition
- est un rééducateur
- est inscrit au fichier ADELI
- ne s'appuie pas sur un décret d'actes
- n'a pas de rôle propre

1.2 La formation initiale du diététicien

Art. L. 4371-3 - Le diplôme mentionné à l'article L. 4371-2 est le diplôme d'Etat français de diététicien. Les modalités de la formation, ses conditions d'accès, ses modalités d'évaluation ainsi que les conditions de délivrance du diplôme d'Etat sont fixées par voie réglementaire.

Les écoles sous contrat

En 1949, la première école de diététique "La Cadenelle" voit le jour à Marseille. En 1951, sous l'impulsion du Professeur Jean Trémolières et de Lucie Randoïn s'ouvre la première école publique à Paris dans le cadre d'un lycée technique.

Actuellement, la formation initiale est d'une durée de 2 ans et elle est gérée par le ministère de l'Education Nationale :

- Brevet de Technicien Supérieur en Diététique (B.T.S.) dont le dernier programme a été réactualisé en 1987. On compte 11 écoles publiques et privées sous contrat.
- Diplôme universitaire en génie biologique option Diététique (D.U.T.) dont le programme a été réactualisé en 1998 puis en 2005. On dénombre 10 écoles publiques.

Le taux de réussite des écoles publiques et privées sous contrat est de 85%.

C'est une profession qui attire les bacheliers. On compte en moyenne 1200 candidatures pour des promotions de 30 places par école.

Le développement des écoles privées hors contrat de l'éducation nationale

Par ailleurs, cela a également eu pour conséquence la création d'un nombre important d'écoles privées sur le territoire, **on en dénombre 52 aujourd'hui**. Malgré des droits d'entrée importants (en moyenne 4500 euros par an), elles attirent les jeunes bacheliers dont le dossier n'a pas été retenu dans les écoles sous contrat, sous réserve qu'ils puissent s'acquitter du montant de la formation. Là aussi le taux de réussite est particulièrement faible et entraîne ces jeunes étudiants dans des impasses qui les obligent à se réorienter dans un second temps. De plus, la plupart de ces écoles proposent une première année de mise à niveau, puis le programme classique des BTS et enfin termine par une 4^{ème} année dite « Bachelor », véritable coquille vide puisque non reconnue. C'est donc un bac +2 qui est proposé en 4 années, avec un taux de réussite faible.

La multiplication des écoles privées ne permet pas de proposer à l'ensemble des étudiants des stages avec un encadrement et un suivi adapté, un grand nombre réalisant leur stage dans des structures sans diététicien. Cette partie pratique est dans ce cas totalement insuffisante et ne permet pas à ces futurs professionnels d'exercer leur métier en garantissant au patient les conditions de sécurité et de qualité des soins nécessaires.

La situation actuelle de la formation initiale

Contrairement à d'autres professions de santé, la formation de diététicien ne fait pas l'objet d'une formation par ses pairs et il n'existe pas d'instituts de formation. Cela a pour conséquence une absence de maîtrise et d'unicité de la formation des diététiciens qui se voit éparpillée et peu visible.

Depuis novembre 2011, la réforme de la formation initiale des diététiciens, annoncée dans la Loi 2007-127 en date du 30 janvier 2007, a fait l'objet de l'écriture du référentiel d'activités et de compétences avec le ministère de la santé. Mais, le ministère de l'enseignement supérieur n'a jamais entamé avec les professionnels référents de l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN) le travail de rédaction du référentiel de formation.

Par ailleurs, la formation initiale n'a pas été modifiée depuis 1987 pour les BTS et depuis 2005 pour les IUT. En matière de santé, on peut aisément comprendre qu'aujourd'hui, cette formation ne répond plus totalement aux besoins en santé de la population et doit faire l'objet d'une refonte et de modifications.

Le diététicien peut intégrer une formation de cadre de santé en institut selon les mêmes modalités que les autres professionnels de santé. Toutefois, au regard des réformes des autres professions paramédicales, un décalage est en train de se créer concernant les connaissances acquises en formation initiale entre les diététiciens et les professions ayant fait l'objet d'une réingénierie. Il en est de même pour l'accession au métier de directeur des soins par voie du concours national. Toutefois, l'absence de formation en institut ne permet pas à un directeur des soins de filière initiale diététique d'obtenir l'agrément nécessaire à la gestion d'un institut de formation paramédicale en dehors des Instituts de formation de cadres de santé.¹

¹ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes

La formation initiale diététicien :

- dépend du ministère de l'éducation nationale bien qu'étant une profession de santé gérée par le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme
- propose un cursus en bac + 2 (BTS ou IUT), pas encore intégré à la réingénierie des professions de santé
- présente l'absence de maîtrise de la formation et d'institut de formation dédié
- est délivrée par d'un grand nombre d'écoles privées hors contrat affichant un taux de réussite faible
- intéresse un nombre important de bacheliers mais ne fait pas l'objet d'un numérus clausus
- permet d'accéder aux métiers de cadres de santé et de directeur des soins
- présente une capacité d'accueil en stage insuffisante par rapport au nombre d'étudiants actuels

1.3 Nombre de diététiciens et lieux d'exercice

Au 1^{er} janvier 2015 la France comptait 9972 diététiciens et 9830 en métropole. La densité sur le territoire est 15 / 100 000 habitants.²

Comme la plupart des professionnels de santé les diététiciens peuvent aujourd'hui exercer en milieu hospitalier ou en libéral. Certains exercent également en industrie agro alimentaire, en restauration collective pour bien portant ou en milieu sanitaire, ou encore en industrie pharmaceutique, etc...

A la différence d'autres rééducateurs, les actes pratiqués en ville ne font l'objet ni d'une reconnaissance ni d'une nomenclature permettant un remboursement pour le patient des actes de soins diététiques. Cela crée une inégalité qui rend l'accès au soin nutritionnel quasi confidentiel aussi bien pour la population générale que pour les patients atteints de maladies chroniques pour lesquels l'alimentation contribue de manière forte à leur état de santé (diabète, obésité, maladies cardio vasculaires, dénutrition ou encore cancers).

Pour certaines pathologies spécifiques la nutrition est LE traitement principal (maladies métaboliques, diabète gestationnel...). Les professionnels de santé optent délibérément pour un suivi en établissement de santé plutôt qu'en ville pour que ces contraintes financières ne soient pas un obstacle au plan de soins. Cette attitude favorise l'accroissement des dépenses publiques et va à l'encontre du nécessaire

d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur

² <http://www.drees.sante.gouv.fr>

décloisonnement ville / hôpital.

Le nombre de diététiciens exerçant en France est de 9972.

Le diététicien exerce principalement en établissement de santé ou établissement médico-social avec un statut de salarié.

L'exercice d'une activité libérale est très limité en l'absence de remboursement et de nomenclature des actes diététiques et ne favorise pas le décloisonnement ville/hôpital.

1.4 La situation atypique de la France au sein de l'Europe

La France est le seul pays européen avec l'Allemagne à proposer une formation initiale aussi courte, les autres pays proposant un niveau Licence Master Doctorat (LMD) :

Pays	Durée de la formation initiale	Titre
UK	3 ans + 1 à 2 ans	Dietitian (Undergraduate) Dietitian (Postgraduate obesity, paediatric, diabetes...)
Irlande	4 ans	Dietitian
Italie	3 ans	Dietetista
Portugal	4 ans 4 ans	Dietetista ou Nutricionista
Espagne	4 ans 4 ans	Dietetista ou Nutricionista
Grèce	4 ans	Dietitian
Autriche	3 ans	Dietitian
Danemark	3,5 ans	Dietitian
Suède	3 ans	Dietitian
Belgique	3 ans	Diététicien
Suisse	3 ans	Diététicien
Hongrie	4 ans	Dietitian

Réingénierie de la formation initiale

L'AFDN travaille depuis maintenant 10 ans à l'évolution de son cursus de formation et a honoré l'ensemble des réunions depuis 2007, date de démarrage de l'harmonisation des cursus de formations des paramédicaux avec le ministère de la cohésion sociale, de la santé et des droits de la femme pour tenter d'aboutir à la réforme de la formation initiale conformément aux accords de Bologne (1999). L'ensemble des travaux attendus a toujours été rendu.

Un premier référentiel d'activités et de compétences a été rédigé en 2011 avec le ministère de la santé mais n'a pas, à ce jour, été pris en compte par le ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur. Un grand nombre de rencontres a pourtant déjà eu lieu sans qu'aucun consensus interministériel n'ait pu être trouvé.

Formation continue professionnelle

La formation des professionnels de santé intègre aujourd'hui le Développement Professionnel Continu (DPC), pourtant reconnu professionnel de santé. Toutefois, les diététiciens n'y ont pas accès.

Le diététicien :

- bénéficie de la formation initiale la plus courte d'Europe
- sa formation initiale n'a pas fait l'objet du processus de réingénierie, bien que l'AFDN ait fait des propositions concrètes (référentiels d'activités et de compétences) qui n'ont à ce jour pas encore été prises en compte. La réingénierie des autres professions paramédicales est finalisée pour la plupart.
- n'a pas accès au DPC

1.5 La déontologie de la profession

Le métier de diététicien est régi par une charte élaborée par l'AFDN ainsi que par un code international d'éthique et de bonnes pratiques du diététicien. C'est un engagement et une forte volonté de la profession portés par l'AFDN.

Le métier de diététicien s'appuie sur une charte de déontologie et un code international d'éthique.

2) LE SOIN NUTRITIONNEL POUR LA POPULATION FRANÇAISE

2.1 Politique de santé publique en matière d'alimentation

La France a, depuis de nombreuses années, pris la mesure de l'importance de l'alimentation pour la santé de la population. Les trois Programmes Nationaux Nutrition Santé (PNNS) successifs ont permis d'appuyer et de porter les messages et de mettre en œuvre de nombreuses actions. Les différents plans de santé intègrent de manière quasi systématique le champ nutritionnel dans les recommandations et les actions. Les diététiciens sont associés aux comités de pilotage ou comités opérationnels de nombreux plans de santé dont le PNNS.

Sur le volet alimentation, la participation des diététiciens est également effective au sein du Comité National Alimentation (CNA) et dans le cadre des actions menées dans le Plan National Alimentation (PNA).

L'alimentation et la nutrition sont clairement identifiées et positionnées au cœur des politiques de santé publique. Le rôle de l'alimentation comme déterminant de santé a été prouvé, ainsi que son impact sur la santé de la population française.

Les différents plans de santé relaient et élaborent des actions et des recommandations en matière de nutrition pour lesquels les diététiciens sont parties prenantes.

2.2 Le soin nutritionnel

Recommandations Haute Autorité Santé (HAS)

La HAS rédige des bonnes pratiques en matière de prise en charge pour de nombreuses pathologies, jusqu'à décrire aujourd'hui des parcours de soins. A l'instar de ce qui est fait dans le cadre des plans de santé, la nutrition est très fréquemment intégrée dans les recommandations. Les diététiciens, identifiés comme experts, contribuent fortement à leur élaboration.

Toutefois, dans ces derniers, le volet extérieur à l'hôpital ne permet pas l'accès à un diététicien en raison de l'absence de remboursement et de nomenclature d'actes. Seule une population aisée s'autorise à consulter un diététicien installé en ville. En outre, la démarche de soins diététique a été validée par la HAS en 2008³.

³ La consultation diététique réalisée par un diététicien – HAS 2006-2008

Certification des établissements de santé par la HAS

Les différentes procédures de certification HAS intègre la nutrition dans les critères auxquels les établissements de santé doivent répondre, ceci depuis la V1 et jusqu'à la V2014 et notamment via le patient traceur et le compte qualité (critères 19B). On retrouve également dans les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) un critère nutritionnel.

Cela a permis d'améliorer les prises en charge nutritionnelles des patients par le diététicien, en collaboration avec les autres professionnels, dans le cadre de la prise en soin globale au sein des établissements de santé,

Protocoles de coopération

La HAS a validé en 2014 le premier protocole de coopération pour les diététiciens⁴ et permet l' « Elargissement des missions du diététicien en matière de dénutrition, nutrition entérale et parentérale en lieu et place d'un médecin »

A l'identique de ce qui peut être fait pour d'autres actes avec d'autres professionnels de santé, le soin nutritionnel pourra être plus facilement décliné au sein des établissements de santé grâce à la mise en place de ce protocole.

Ce premier protocole de coopération valide et reconnaît les compétences du diététicien en la matière.

Le soin nutritionnel :

La démarche de soins diététique est validée par la HAS depuis 2008.

- est intégré aux recommandations, protocoles de prises en charge et parcours de soins de la HAS. Le diététicien contribue à leur rédaction et est un acteur dans les prises en charge.
- n'est pas accessible dans les parcours de soins sur le volet extérieur aux établissements de santé en l'absence de remboursement et de nomenclature d'actes
- fait l'objet d'un suivi spécifique dans les procédures de certification des établissements de santé et des indicateurs IPAQSS
- bénéficie d'un premier protocole de coopération pour le diététicien

⁴ AVIS N° 2014.0016/AC/SEVAM du 19 février 2014 du collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération « Elargissement des missions du diététicien en matière de dénutrition, nutrition entérale et parentérale en lieu et place d'un médecin »

2.3 L'existence d'une inégalité d'accès au soin nutritionnel

Santé publique et prévention

Il n'est aujourd'hui plus nécessaire de faire la preuve que l'alimentation est reconnue comme un déterminant de santé important. En matière de santé il est également admis que le plus difficile est de parvenir à une modification de comportement alimentaire de la population, que cela nécessite du temps, des informations et du conseil notamment pour la population la moins sensible aux messages de prévention. C'est là le rôle du diététicien, professionnel de santé de rééducation.

Il existe des messages destinés au grand public portés notamment par le PNNS. Toutefois, au-delà de ces messages généralistes, un accès à des conseils personnalisés et une véritable prise en charge nutritionnelle restent confidentiels et réservés à des catégories sociales aisées. Un rapport de l'IGAS a mis en évidence que les personnes les plus socialement défavorisées sont celles qui ont le plus besoin de faire évoluer leur comportement alimentaire mais que ce sont également elles qui sont le moins touchés par les messages grands publics.⁵ En effet, le lien entre obésité et précarité n'est plus à démontrer. La prise en charge de cette pathologie chronique ne peut être envisagée que dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique. Or le volet diététique du programme peut s'avérer être un frein financier majeur dès lors que le suivi se fait en libéral.

Pathologies chroniques et Affection Longue Durée (ALD)

L'alimentation et la nutrition concernent la plupart des personnes souffrant de pathologies chroniques. Capable de réduire les troubles observés, voire de les faire disparaître, l'alimentation est un facteur qui contribue de manière significative à la santé de ces patients. Pour agir de manière effective il est indispensable de travailler sur le long terme avec ces patients.

Le coût des pathologies relevant de l'ALD est majeur sur les dépenses totales de santé (médicament, hospitalisation, consultations spécialisées ou non). Pourtant, il n'inclut pas le remboursement d'une consultation diététique dont les bénéfices permettraient justement de réduire le coût général. Cette consultation remboursée pourrait faire l'objet d'un forfait, dans le cadre de pathologies définies et dans des conditions déterminées (découverte de la maladie, dégradation ou évolution importante, etc..

L'alimentation est un déterminant de santé. La nutrition et le conseil nutritionnel font l'objet, aujourd'hui en France, d'une véritable inégalité sociale de santé aussi bien en matière de prévention que de prise en charge notamment des maladies chroniques.

Le soin nutritionnel ne fait pas l'objet d'une réelle politique de santé publique, ce qui génère des coûts non évalués dans le budget des dépenses de santé.

⁵ Rapport IGAS - RM2010-057P - Tome 1 Evaluation du Programme National Nutrition Santé – PNNS2 – 2006-2010 – Avril 2010

3) LE PROCESSUS DE REINGENIERIE DE LA FORMATION INITIALE

3.1 La réingénierie de la formation paramédicale

Certaines professions paramédicales sont toujours dans l'attente d'une véritable et complète inscription de leur formation dans le processus LMD, réforme qui devrait être accompagnée des revalorisations des conditions d'exercice en rapport avec les nouveaux rôles et missions attendus pour répondre aux besoins de santé de la population. C'est le cas pour les diététiciens.

Au regard des besoins en santé de la population, la formation initiale des diététiciens de demain doit être réformée en profondeur, selon le même processus que les autres professions paramédicales.

Une partie des professions de santé paramédicales ont fait l'objet d'un processus de réingénierie.

Les diététiciens, ainsi que certaines professions sont toujours dans l'attente de la mise en œuvre de la réforme et d'un cadrage interministériel.

La formation initiale actuelle des diététiciens ne permet plus de répondre totalement, dans des conditions optimales, aux besoins en santé de la population.

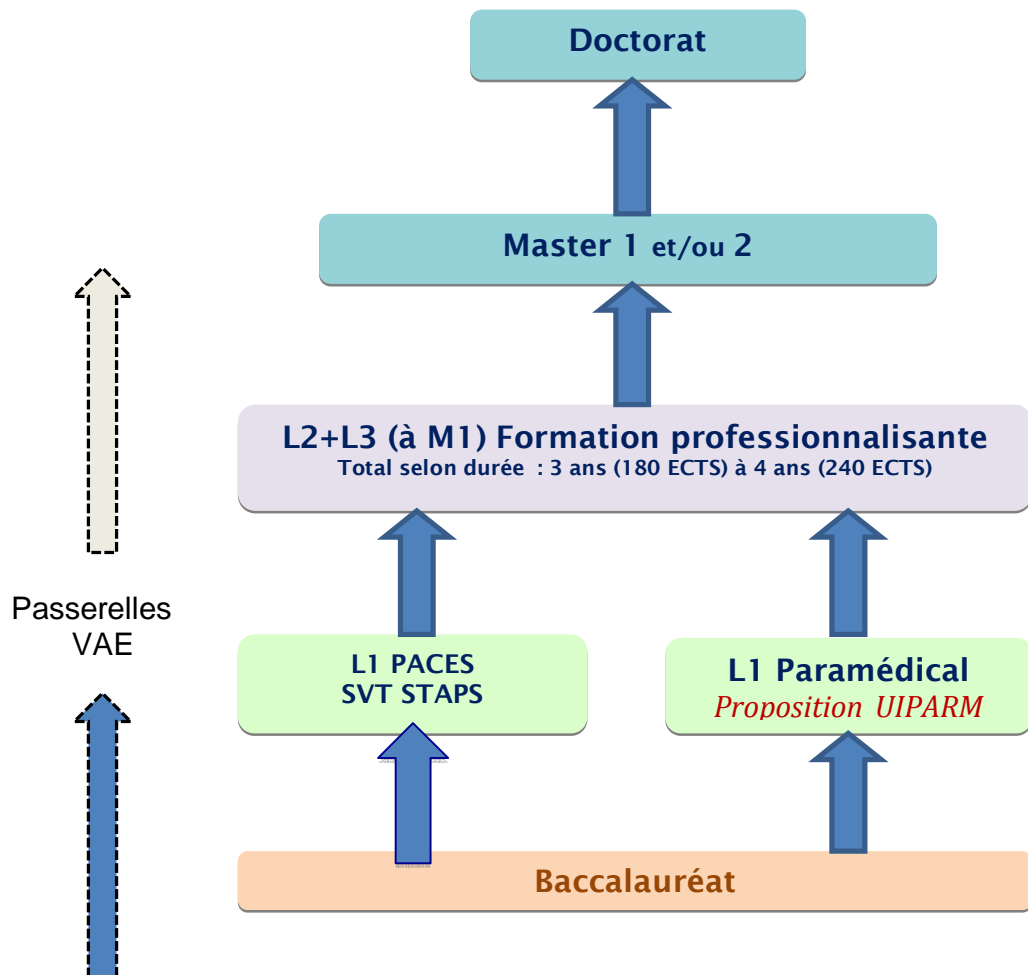
3.2 Le modèle de formation initiale demandé pour les professionnels de santé et le diététicien

Afin de construire un modèle de formation initiale adapté pour le diététicien, selon les mêmes principes que les autres professionnels de santé, il est nécessaire à ce jour pour de préciser :

- le niveau prérequis à l'admission
- la durée des études
- le niveau de sortie
- une offre de formation curriculaire initiale et continue : les études initiales conduisant aux diplômes paramédicaux doivent être le fruit d'un enseignement universitaire consistant en une formation académique, théorique, clinique, et d'initiation à la recherche, sanctionnée par l'obtention d'un grade universitaire
- l'organisation de véritables passerelles en cours de formation et en cours d'exercice professionnel au regard de l'acquisition de compétences interprofessionnelles et cœur de métier

De même, les fonctions d'expertise exercées par les professionnels paramédicaux doivent être reconnues et mises en place dans un cadre statutaire dès lors que des compétences nouvelles s'avèrent indispensables à l'évolution de l'outil de santé. Elles constituent une alternative, en tant que plan de carrière et voie de progression, aux grades et fonctions d'encadrement.

L'AFDN en partenariat avec l'Union Inter Professionnelle de Rééducateurs et Médicotechniques (UIPARM) propose une filière de formation curriculaire s'inscrivant dans le système LMD



Le modèle de formation initiale demandé doit être construit selon les mêmes grands principes que pour les autres professions paramédicales et nécessite un certain nombre de précisions spécifiques à la profession de diététicien

La réforme et l'harmonisation des formations initiales des professions paramédicales permettront de répondre de manière adaptée, pluri professionnelle et dans une logique de parcours de santé aux besoins de la population. Cela nécessite l'intégration du métier de diététicien dans ce processus national en cours de mise en œuvre.

3.3 Les grands principes demandés pour la formation initiale du métier de diététicien

La formation des diététiciens de demain doit pouvoir proposer un référentiel pertinent après une remise à plat de la formation sur le fond et sur la forme à partir des travaux menés lors de la Grande Conférence de la Santé et de ceux réalisés avec le ministère de la santé en 2010-2011.

Cette formation reposant sur les grands principes suivants :

- Un diplôme d'Etat validé par le ministère de la Santé donnant le droit d'exercer, tel qu'il est inscrit dans la loi depuis 2007
- Une seule formation pour un seul métier avec un seul diplôme
- Une formation initiale universitaire s'intégrant dans le cursus européen LMD, répondant aux besoins en santé et comme le prévoit les accords de Bologne
- Les normes d'agrément de centres de formation identiques à celles des centres de formation des autres professions paramédicales

Les grands principes de la nouvelle formation initiale des diététiciens reposent sur une formation universitaire selon le cursus européen LMD, conformément aux accords de Bologne.

Il est nécessaire de mettre en conformité la formation du diététicien avec la loi de 2007 et de mettre en place le diplôme d'Etat du métier de diététicien.

3.4 Les compétences à développer lors de la nouvelle formation initiale des diététiciens

Les recommandations du rapport Berland⁶ justifient une formation initiale en rapport avec le renforcement des compétences actuelles, l'acquisition de nouvelles compétences et un développement d'un niveau de pratiques avancées interprofessionnelles.

En lien avec le référentiel d'activités et de compétences initialement rédigé à la demande du ministère de la santé et avec sa mise à jour au regard de l'évolution des besoins, un certain nombre de compétences devront être développées lors de la nouvelle formation initiale des diététiciens.

⁶ L Hénart, Y Berland, D Cadet, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, « Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », janvier 2011.

Il devra pouvoir, de manière générique:

- **Réaliser l'éducation nutritionnelle** (besoins en prévention primaire ou secondaire) de l'enfance jusqu'à la personne âgée avec ou sans pathologie.
- Prévenir ou prendre en charge tous les risques et **troubles nutritionnels à tous les âges de la vie** ou situations à intégrer dans les parcours de soins et répondre aux besoins des pathologies chroniques : enfants, adultes, personnes âgées, femmes enceintes et les différentes pathologies : diabète, obésité, dénutrition, maladie cardio-vasculaire, cancérologie, troubles de la déglutition, etc...
- Associer prévention, soins et rééducation : appliqués à tous les âges, pour éduquer au goût, apprendre les besoins nutritionnels et faire découvrir (ou redécouvrir) le plaisir de manger.
- Etre en capacité de proposer des formations, informations et sensibilisations pour les autres professionnels de santé

Dans tous les **secteurs de pratique** : milieu thérapeutique (en établissement de santé comme en libéral), santé publique, restauration collective, enseignement libéral, recherche, agro-alimentaire. Il travaille en collaboration avec d'autres professionnels : médecin traitant, infirmier, masseur-kinésithérapeutes, éducateur sportif, etc...

La nouvelle formation devra permettre un approfondissement des connaissances dans certains domaines comme :

- La nutrition artificielle entérale et parentérale
- La phytothérapie et les compléments alimentaires
- L'étude de la sociologie et de l'histoire de l'alimentation
- La recherche paramédicale
- Une approche de la psychologie notamment pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire
- L'éthique
- La réglementation des composants polluants et toxiques présents dans l'alimentation et/ou les emballages
- Les outils informatiques
- Les démarches et modalités de l'exercice en libéral
- L'allergologie
- Les langues étrangères (anglais notamment)
- Le droit social

Par ailleurs, comme c'est le cas dans d'autres pays européens, et conformément au développement des pratiques avancées, le diététicien devra pouvoir réaliser des gestes techniques comme :

- Les glycémies capillaires
- Les tests de déglutition
- La pose de sonde naso-gastrique

Il devra également pouvoir prescrire :

- La demande d'examens biologiques spécifiques pour certains marqueurs
- Des produits de type : Aliments Diététiques Destinés à des Fins Médicales Spéciales (ADDFMS) comme les compléments nutritifs oraux ou les produits de nutrition entérale

Enfin, afin de pouvoir mettre en pratique les connaissances théoriques acquises, le nombre et la durée des stages pratiques devront être augmentés. Ceci permettra, comme c'est le cas pour les autres formations initiales paramédicales, de pouvoir balayer différentes spécialités médicales, types de prise en charge et lieux d'exercice.

Un certain nombre de compétences pourront être développées durant la nouvelle formation initiale des diététiciens. Dans la perspective des pratiques avancées nécessaires aujourd'hui au fonctionnement du système de santé et aux besoins de la population, ces compétences permettront une prise en charge nutritionnelle par le diététicien :

- préventive ou curative
- à tous les âges de la vie
- quelle que soit la pathologie et notamment les pathologies chroniques et les polyopathologies
- dans les différentes structures de soin et en ville.

4) L'ACCES AU SOIN NUTRITIONNEL

Aujourd'hui en France, l'accès au soin nutritionnel dispensé par un diététicien est possible :

- dans le cadre d'une hospitalisation
- en secteur libéral, avec un acte non remboursé

Cette situation est en totale contradiction avec la politique de santé menée en France aujourd'hui à savoir : sortir d'un système hospitalo-centré et entrer dans une logique de parcours de soins, de santé et de vie.

4.1 Parcours de soins HAS

La HAS rédige actuellement des recommandations et des schémas de parcours de soins. Huit pathologies sont à ce jour validées.⁷ C'est ainsi que le recours à un diététicien est précisé dans le cadre de la prise en charge de :

- la maladie de Parkinson
- l'insuffisance cardiaque
- la broncho-pneumopathie chronique obstructive
- les maladies rénales chroniques

Au regard du caractère chronique de ces pathologies, la nécessité de suivi et d'accompagnement par un diététicien s'avère nécessaire et est reconnue par la HAS. Pourtant, la prise en charge nutritionnelle par un diététicien n'est aujourd'hui possible que dans le cadre d'un séjour hospitalier et pour certains, dans des structures médico-sociales. Dès lors que le patient retourne à son domicile il ne pourra plus bénéficier de cette prise en charge sauf à engager les frais inhérents à celle-ci. Cela retire à ces parcours de soins leur intérêt de décroisement ville-hôpital sur le plan nutritionnel et crée une véritable inégalité sociale de santé totalement contraire aux politiques de santé françaises.

L'accès à un diététicien en ville ne fait l'objet d'aucun remboursement, sous quelle forme que ce soit, même partiel ou sous forme de forfait, de l'acte par l'assurance maladie et reste confidentiel malgré le besoin.

Pourtant, les parcours de soins sont rédigés par la HAS. L'accès au soin nutritionnel dispensé par un diététicien y figure dès que cela est nécessaire à la prise en charge. Il est intégré à la prise en charge globale du patient, de manière pluri professionnelle et sur l'ensemble du parcours.

⁷ <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/1250003/fr/parcours-de-sante>

4.2 Pathologies relevant d'une ALD

La liste des affections de longue durée compte trente pathologies dont un certain nombre nécessite, pour une prise en charge globale, l'intervention d'un diététicien pour le soin nutritionnel. C'est le cas par exemple du diabète de type 1 et 2, des pathologies cardio vasculaires (insuffisance cardiaque grave, troubles graves du rythme cardiaque, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves, hypertension artérielle), des tumeurs malignes, des pathologies respiratoires chroniques graves (mucoviscidose, broncho-pneumopathie chronique obstructive), des néphropathies chroniques ou encore certaines pathologies digestives (rectocolite hémorragique, maladie de Crohn, pathologies hépatiques graves).

L'obésité ne fait pas aujourd'hui partie de la liste des pathologies bénéficiant d'une ALD. Toutefois, dans les cas sévères (Indice de Masse Corporelle > 40) le suivi nutritionnel par un diététicien s'avère totalement adapté et indispensable en plus des autres prises en charge notamment médicale et chirurgicale.

4.2.1 Bénéfices pour le patient d'une prise en charge nutritionnelle sur l'ensemble de son parcours de soins

L'alimentation fait partie intégrante de la vie de chacun. Lorsque l'on est porteur notamment d'une pathologie chronique, une prise en charge nutritionnelle s'avère indispensable et s'inscrit totalement dans le schéma thérapeutique global.

La prise en charge nutritionnelle par un diététicien va permettre de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des patients grâce à une prise en soin alliant l'évaluation des besoins, les conseils et l'accompagnement du patient dans un nécessaire changement progressif de comportement et d'habitudes alimentaires ainsi qu'une adaptation à ses besoins. Le bénéfice pourra se traduire par

- une diminution de la consommation de médicaments
 - Anti diabétiques oraux, insuline, hypocholestérolémiants, diurétiques pour les pathologies comme le diabète et les maladies cardio vasculaires
 - Compléments nutritifs oraux, nutrition entérale, soins de plaies (escarre ou plaies diabétiques), médicament pour les néphropathies ainsi que les pathologies entraînant une dénutrition chronique
- une amélioration des marqueurs biologiques comme la glycémie, le taux de cholestérol, le taux d'hémoglobine glyquée, l'albuminémie
- une amélioration de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) grâce à un amaigrissement ou une prise de poids en fonction du type de pathologie
- une apparition plus tardive des complications des maladies chroniques (insulino résistance, apparition d'une hypertension artérielle pulmonaire, réinterventions opératoires différées dans certaines cardiopathies, ...)

- une diminution des complications
 - pour les pathologies entraînant une dénutrition chronique (cancers, accident vasculaire cérébral (AVC), pathologies pulmonaires chroniques graves) : escarres, infections, chute, perte d'autonomie nécessitant une assistance pour les gestes de la vie courante ou le placement en institution médico-sociale
 - pour les pathologies métaboliques : plaies diabétiques, infarctus du myocarde, insuffisance rénale...

Au regard de l'importance que revêt la nutrition dans la prise en charge de ces pathologies, l'inégalité voire l'absence d'accès au soin nutritionnel délivré par un diététicien en dehors d'une structure sanitaire équivaut, au-delà d'une inégalité sociale de santé, à une perte de chance pour l'amélioration pour le patient souffrant de pathologie chronique.

Les pathologies relevant de la liste des ALD nécessitent, pour la plupart une prise en charge nutritionnelle afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé du patient. La non accessibilité au diététicien en ville équivaut à une perte de chance d'amélioration pour le patient.

Cette situation est unique chez les professionnels de santé paramédicaux puisque lorsque le médecin identifie le besoin d'une consultation auprès d'un masseur-kinésithérapeute, d'un orthophoniste ou encore d'un pédicure-podologue une prescription est possible. Le patient peut alors bénéficier d'un suivi et d'un accompagnement le temps nécessaire à sa prise en charge avec un réel bénéfice pour sa santé.

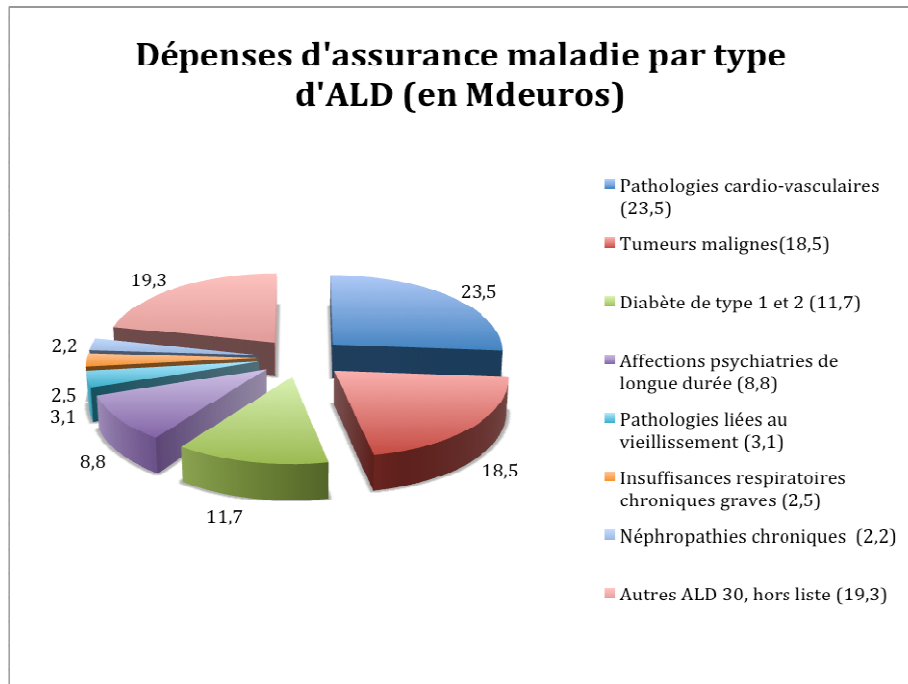
4.2.1 Bénéfices médico-économiques d'une prise en charge nutritionnelle sur l'ensemble de son parcours de soins

Selon la publication du ministère des finances et des comptes publics en avril 2015⁸, les personnes en ALD vont continuer à augmenter de manière importante, passant de 15,4% en 2011 à 19,7% de la population française en 2025.

La charge sur les dépenses de santé est majeure puisque les remboursements ALD représentent 2/3 des remboursements totaux pour une dépense de 90 M € par an. La répartition des effectifs et dépenses prises en charge par l'ensemble des régimes d'assurance maladie en 2011 est la suivante :

⁸ Trésor Eco, « Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des ALD », N°145, Avril 2015, Ministère des finances et des comptes publics

Dépenses d'assurance maladie par type d'ALD (en Mdeuros)



Afin de juguler l'augmentation massive de ces pathologies et des dépenses associées, une des recommandations du ministère des finances concerne la mise en place d'un dispositif de prévention des ALD. Cela permettrait de réduire de moitié la prévalence attendue et de diminuer de 7 M€/an les dépenses publiques de santé à horizon 2025.

On peut remarquer que les ALD les plus coûteuses et celles pour lesquelles une prise en charge nutritionnelle réalisée par un diététicien améliore la santé des patients sont les mêmes. Cela prévaut aussi bien en matière de prévention qu'en matière de prise en charge curative. Pour autant, la prise en compte réelle du déterminant de santé qu'est l'alimentation et l'accès à une prise en charge nutritionnelle en ville est aujourd'hui impossible pour ces patients sans que cela fasse l'objet d'un financement personnel.

Le suivi, nécessairement encadré des patients par un diététicien dans le cadre d'une prise en charge ALD contribuerait à une réduction des dépenses liées aux médicaments et aux complications associées à ces pathologies chroniques. Le modèle (forfait, consultation à la découverte de la maladie) reste à construire afin de permettre, de manière mesurée mais efficiente, d'améliorer la santé de ces patients tout en apportant en parallèle un bénéfice économique.

Etudes médico-économiques réalisées dans d'autres pays

→ Prise en charge de l'obésité aux Pays Bas⁹

La prise en charge nutritionnelle par un diététicien a des bénéfices sur la santé des patients et de sa famille. Par ailleurs, des dépenses de santé peuvent être évitées.

⁹ Amsterdam, November 2012 □ Commissioned by the Dutch Association of Dietitians (Nederlandse Vereniging van Diëtisten) Cost-benefit analysis of dietary treatment Version 22 November 2012 Marloes Lammers Lucy Kok

Une étude nationale réalisée au Pays Bas prouve qu'en matière d'obésité pour un 1 euro dépensé la société gagne entre 14 et 63 euros. Ils se répartissent de la manière suivante :

- 56 euros d'économies pour l'amélioration de la santé
- 3 euros d'économies pour le total des frais de santé
- 4 euros de gains de productivité

➔ **Prise en charge de la dénutrition aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne**

Plusieurs études américaines ont démontré l'incidence économique de la dénutrition sur les dépenses de santé. D'une manière générale, les spécialistes ont démontré que pour **un investissement de 1\$ (intégrant les charges de personnel et les coûts matériels) on réalise une économie de 4,20 \$.**¹⁰ A l'échelle du pays, en 2004, le coût de la dénutrition a lui été évalué à 1,5% du budget du pays.

En Grande-Bretagne, le surcoût de la dénutrition est évalué à 1587,9 millions de livres.¹¹

Ces coûts sont liés à une augmentation du nombre d'hospitalisation (+ 60,5%) et des durées moyennes de séjour (+ 3 jours¹²). Le coût d'un séjour entre un patient non dénutri et un patient dénutri passant de 8 000 \$ à 16 000 \$. La dénutrition retarde de manière significative la cicatrisation, l'apparition d'escarres, l'augmentation du risque de chute et de la dépendance. Par ailleurs, le risque infectieux est majoré de 65%, notamment pour les infections nosocomiales. Enfin, les conséquences sur la qualité de vie sont également importantes.

L'ensemble des études met en évidence l'incidence positive d'une prise en charge nutritionnelle à la fois sur la santé du patient et sur le plan médico-économique.

¹⁰ HASSELT JT, GAMES AD, SHAFFER N, HARKINS LE 1994 Nutrition support team management of enterally fed patients in a community hospital is cost beneficial. J Am Diet Assoc. 1994

¹¹ ELIA M et al. The cost of diseases-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults

¹² SCHNEIDER et HEBUTERNE. BR J Nutr. 2004

Les dépenses de santé liées à la prise en charge des ALD sont importantes dans notre système de santé (90 M€) compte tenu du nombre important de patients (15,4% en 2011).

Des actions de prévention et l'accès à une prise en charge nutritionnelle par un diététicien permettraient de réduire les dépenses de santé dans le cadre des ALD. Cela diminuerait les dépenses liées aux médicaments et celles liées aux complications fréquentes (perte d'autonomie, chute, escarres, plaies, bilans biologiques fréquents, etc...).

En matière d'obésité une dépense de 1€ de soins réalisés par un diététicien permet à la société de faire une économie entre 14 et 63 €.

En matière de dénutrition un investissement d'1 \$ génère une économie de 4,2 \$.

BIBLIOGRAPHIE

- **Texte législatif, règlementaire, rapport**

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes

AVIS N° 2014.0016/ AC/SEVAM du 19 février 2014 du collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération « Elargissement des missions du diététicien en matière de dénutrition, nutrition entérale et parentérale en lieu et place d'un médecin »

Rapport IGAS - RM2010-057P - Tome 1 Evaluation du Programme National Nutrition Santé – PNNS2 – 2006-2010 – Avril 2010

L Hénart, Y Berland, D Cadet, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, « Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », janvier 2011

HAS 2006-2008 : La consultation diététique réalisée par un diététicien

Trésor Eco, « Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des ALD », N°145, Avril 2015, Ministère des finances et des comptes publics

- **Site internet**

<http://www.drees.sante.gouv.fr>

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1250003/fr/parcours-de-sante

- **Etude**

HASSELT JT, GAMES AD, SHAFFER N, HARKINS LE 1994 Nutrition support team management of enterally fed patients in a community hospital is cost beneficial. J Am Diet Assoc. 1994

ELIA M et al. The cost of diseases-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults

SCHNEIDER et HEBUTERNE. BR J Nutr. 2004