



LE LIVRE BLANC DES DIÉTÉTIENS

Des besoins reconnus, des actes toujours attendus

#onpassealacte

Avril 2017



Association Française des Diététiciens Nutritionnistes

SOMMAIRE

Édito	03
-------	----

I — LE CONTEXTE FRANÇAIS

1. État des lieux de la profession de diététicien

- Une profession inscrite au code de la santé publique et régie par la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 05
- Une formation initiale régie par le code de la santé publique (art. L. 4371-2 et L. 4371-3) 06
- Un dispositif qui ne répond plus aux besoins de santé publique 07

2. État des lieux de la prise en charge du soin nutritionnel

- L'alimentation, une dimension importante des politiques de santé publique 09
- Mais des soins nutritionnels non accessibles à tous et coûteux pour la collectivité 10

II — LES PROPOSITIONS DE LA PROFESSION

1. La réingénierie de la formation initiale : clé de l'adaptation aux besoins de la population

- La mise en place d'un modèle aligné sur celui des autres professions de santé 15
- La mise en place d'un référentiel adapté aux enjeux de santé publique 17

2. La nomenclature des actes diététiques et le remboursement : clé de l'accès aux soins nutritionnels et de la réduction des coûts

- L'application des recommandations de la Haute Autorité de Santé 19
- L'optimisation des parcours de soins dans le cadre des affections de longue durée (ALD) 20

III — ANNEXES

1. Études médico-économiques internationales	24
2. Bibliographie	25
3. Glossaire	26
4. Ont contribué à ce Livre Blanc, remerciements	27



ÉDITO

Chacun sait aujourd'hui que la nutrition est une dimension fondamentale de la santé humaine. En attestent les politiques de prévention mises en place au fil du temps en faveur d'une alimentation équilibrée et les prises en charge nutritionnelles, qui font désormais partie du soin global. Le diététicien est donc désormais identifié comme le seul expert en nutrition, tant en ville qu'à l'hôpital.

Pourtant, en France, et contrairement à l'évolution constatée en Europe, la formation à ce métier est restée inchangée : la formation initiale n'a pas été intégrée au cursus LMD, les diététiciens ne sont pas éligibles au dispositif de développement professionnel continu (DPC). En outre, l'acte diététique n'est pas remboursé, ce qui limite l'accès aux consultations de ville et introduit une inégalité sociale de santé. On le sait maintenant, l'absence de soin nutritionnel est non seulement facteur de perte de chances pour le patient, mais aussi d'aggravation des pathologies chroniques. Une situation qui, au moment de la mise en place des parcours de soins, va à l'encontre des politiques d'amélioration de l'accès aux soins et de maîtrise des dépenses de santé menées depuis deux décennies.

Afin de pouvoir répondre aux besoins nutritionnels de la population française, les diététiciens exigent aujourd'hui :

- **la réingénierie de leur formation initiale**, conformément à leur engagement depuis huit ans dans l'accompagnement du projet de réforme des études proposé par les ministères en charge du dossier,
- **la définition d'une nomenclature des actes diététiques et l'établissement de règles de remboursement**, permettant l'accès de tous au soin nutritionnel et la réduction de l'impact médico-économiques de la prise en charge nutritionnelle. Pour cela, le remboursement doit être soit forfaitisé dans le cadre de moments identifiés de la prise en charge, soit tarifé à l'acte dans le cadre de la prise en charge de pathologies chroniques identifiées.

Dans cette bataille, les besoins sont donc identifiés, les enjeux connus, la stratégie définie, les dépenses déjà engagées par l'État et les diététiciens en première ligne aux côtés de la population... Mais pour l'instant, toujours inaccessibles.

LE CONTEXTE FRANÇAIS



1. ÉTAT DES LIEUX DE LA PROFESSION DE DIÉTÉTICIEN



Une profession inscrite au code de la santé publique
et régie par la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007

Le diététicien est le seul professionnel de santé paramédical ayant les connaissances et les compétences spécifiques pour la prise en charge nutritionnelle de personnes atteintes de maladies chroniques nécessitant un suivi nutritionnel et pour le suivi nutritionnel de personnes bien portantes.

Cette discipline est vaste. Elle couvre la connaissance de la composition des aliments, de la nature des substances nutritives et de leur métabolisme dans l'organisme. Elle répond aux besoins nutritionnels des personnes aux différents stades de la vie par la maîtrise des effets des aliments sur la santé et des manières de les utiliser pour promouvoir la santé ou produire un effet thérapeutique.

Elle agit aussi en prévention, aussi bien primaire que secondaire, pour adapter l'alimentation au maintien ou à l'amélioration de la santé. Elle contribue donc à réduire le risque pathologique.

Définition de la profession (art. L 4371-1 du code de la santé publique)

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.

LE DIÉTÉTICIEN

- est un professionnel de santé dont les missions et l'exercice professionnel sont règlementés par le 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.

* Système d'information sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue.



Une formation initiale régie par le code de la santé publique (art. L. 4371-2 et L. 4371-3)

Le diplôme mentionné à l'article L. 4371-2 est le Diplôme d'État français de diététicien. Les modalités de la formation, conditions d'accès, modalités d'évaluation et conditions de délivrance du diplôme sont fixées par voie réglementaire. Il existe deux voies d'accès au DE de diététicien :

— Les écoles publiques et sous contrat

Actuellement, la formation initiale, d'une durée de deux ans, est gérée par le ministère de l'Éducation nationale :



— 10 écoles publiques délivrent le DUT en Génie biologique option Diététique (dernier programme actualisé en 1998, puis 2005),

— 11 écoles publiques et privées sous contrat délivrent le BTS en Diététique (dernier programme actualisé en 1987).

Le taux de réussite des écoles publiques et privées sous contrat est de 85 %. En moyenne 1 200 candidatures sont déposées dans ces écoles pour des promotions de 30 places par école.

— Les écoles privées hors contrat

Le faible nombre d'écoles publiques et sous contrat a favorisé le développement des écoles privées : 52 aujourd'hui sur le territoire. Malgré des droits d'entrée élevés (en moyenne 4 500 € / an), elles attirent les bacheliers refoulés par les écoles publiques ou sous contrat.

La plupart de ces écoles proposent un cursus en trois temps : une 1^{re} année de mise à niveau ; une 2^e et une 3^e années classiques de BTS Diététique ; une 4^e année « Bachelor » ne correspondant pas à un programme agréé. À l'arrivée, ce cursus en quatre ans correspond donc à un bac + 2.

Les chiffres ne sont pas communiqués par les écoles privées, mais on sait que leur taux de réussite est très faible et ces étudiants sont souvent obligés de se réorienter.

En outre, la multiplication des écoles privées hors contrat ne permet pas de proposer à l'ensemble de ces étudiants des stages encadrés et suivis et beaucoup font leurs stages dans des structures sans diététicien. Cette partie pratique ne correspond donc pas au standard de formation initiale.



Un dispositif qui ne répond plus aux besoins de santé publique

La formation initiale des diététiciens étant devenue inadaptée aux besoins de la population et non alignée sur celle des autres professions de santé paramédicales, sa réingénierie a été entamée :

— Loi 2007-127 du 30 janvier 2007 : l'AFDN démarre les travaux d'harmonisation des cursus de formations paramédicales avec le ministère de la Cohésion sociale, de la Santé et des Droits de la femme. Depuis, conformément aux accords européens de Bologne de 1999¹, l'association a participé à toutes les réunions sur la réforme de la formation initiale de la profession. Les contributions attendues ont été rendues.

— Novembre 2011 : l'AFDN et le ministère en charge de la Santé rédigent un référentiel d'activités et de compétences de la profession.

Le programme de formation initiale n'a pas été modifié depuis 1987 pour les BTS, depuis 2005 pour les DUT. À ce jour, le nouveau référentiel n'a pas été repris par le ministère de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur, et la rédaction d'un référentiel de formation n'a pas été mise en œuvre. Le processus est bloqué.

Au sein de la Communauté européenne, la France, avec l'Allemagne, est le seul pays à proposer une formation initiale aussi courte. Les autres États proposent tous un niveau LMD :

Pays	Durée de la formation	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	Dietetician
Autriche	3 ans	Dietetician
Danemark	3,5 ans	Dietetician
Suède	3 ans	Dietetician
Belgique	3 ans	Diététicien
Suisse	3 ans	Diététicien

¹ Les accords de Bologne résulte de la réunion du 19 juin 1999 entre les ministres européens de l'Éducation. Il a pour but la création d'un espace européen de l'enseignement supérieur. En France, il a été transposé avec la réforme LMD.

En ce qui concerne la formation continue, les diététiciens n'ont pas accès non plus au développement professionnel continu (DPC), dont bénéficient les autres professionnels de santé.

LA FORMATION INITIALE DE DIÉTÉTICIEN :

- dépend du ministère de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur, bien que concernant une profession de santé gérée par le ministère en charge de la Santé.
- propose un cursus en bac + 2 (BTS ou IUT), non encore intégré à la réingénierie des professions paramédicales de santé.
- n'est pas dispensée dans des instituts de formation dédiés.
- est délivrée par d'un grand nombre d'écoles privées hors contrat au faible taux de réussite.
- attire un nombre important de bacheliers mais ne fait pas l'objet d'un *numerus clausus*.
- présente une capacité d'accueil en stage insuffisante par rapport au nombre d'étudiants postulants.
- n'a pas fait l'objet du processus de réingénierie depuis 1987, malgré la production récente de nouveaux référentiels d'activités et de compétences.

La plupart des autres professions paramédicales ont déjà opéré la réingénierie de leur formation initiale en cohérence avec le modèle européen.

2. ÉTAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DU SOIN NUTRITIONNEL



L'alimentation, une dimension toujours présente dans les politiques de santé publique

Depuis longtemps, la France a pris la mesure de l'importance de l'alimentation pour la santé de la population. Aujourd'hui, la dimension nutritionnelle est intégrée aux grands dispositifs de santé publique :

les programmes et plans nationaux de santé publique

Les trois Programmes Nationaux Nutrition Santé (PNNS) successifs du ministère en charge de la Santé ont appuyé les messages nutritionnels et sont à l'origine de nombreuses initiatives. Dans leurs recommandations et actions, les différents plans de santé intègrent aussi le champ nutritionnel de manière quasi systématique. Le ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt a également mis en place le Plan National Alimentation (PNA), qui encourage les initiatives relatives aux enjeux sanitaires, socio-économiques et environnementaux de l'alimentation. Les diététiciens sont systématiquement associés aux comités de pilotage de ces différents plans et programmes.

les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

La HAS rédige les recommandations de prise en charge de nombreuses pathologies, jusqu'à décrire aujourd'hui les parcours de soins. Là encore, la nutrition fait souvent partie de ces recommandations et les diététiciens contribuent en tant qu'experts à leur élaboration. Elle a validé la démarche de soins diététiques dès 2008². Cependant, l'absence de nomenclature et de remboursement des actes diététiques ne permet toujours pas l'accès à un diététicien, y compris dans le cadre d'un parcours où ce recours est prévu.

les différentes procédures de certification de la HAS

Les différentes versions de la certification par la HAS ont toujours intégré la nutrition dans les critères d'évaluation (aujourd'hui, via « le patient traceur » et « le compte qualité »). La nutrition fait partie des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS). Dans les établissements de santé, cette politique a permis d'améliorer les prises en charge nutritionnelles globales réalisées par les diététiciens et les autres professionnels.

² La consultation diététique réalisée par un diététicien – HAS 2006-2008

En 2014, la HAS a également validé le premier protocole de coopération pour les diététiciens³ qui permet « l'élargissement des missions du diététicien en matière de dénutrition, nutrition entérale et parentérale en lieu et place d'un médecin ». Grâce à ce protocole, et à l'instar d'autres actes de santé, le soin nutritionnel peut être plus facilement décliné dans les établissements. Ce premier protocole de coopération valide et reconnaît les compétences du diététicien en ces matières.

DEPUIS 2008, LE SOIN NUTRITIONNEL EST RECONNU PAR LA HAS

- Il est intégré aux recommandations, protocoles de prises en charge et parcours de soins. Le diététicien contribue à leur rédaction et est un acteur de leur mise en œuvre.
- En l'absence de nomenclature et de remboursement d'actes diététiques, il n'est pourtant pas accessible dans le cadre du volet externe des parcours de soins.
- Il fait l'objet d'un suivi spécifique dans les procédures de certification des établissements de santé et dans les indicateurs IPAQSS.
- Il bénéficie d'un premier protocole de coopération avec les diététiciens.



Mais des soins nutritionnels non accessibles à tous et coûteux pour la collectivité

Une démographie inquiétante

Au 1^{er} janvier 2015, la France comptait 9 972 diététiciens, dont 9 830 en métropole. La densité de diététiciens sur le territoire est de 15/100 000 habitants⁴ (5 diététiciens de ville pour 100 000 habitants, 10 diététiciens en institutions pour 100 000 habitants). L'exercice se fait principalement avec le statut salarié dans les établissements de santé ou médico-sociaux. On trouve aussi des diététiciens dans l'industrie agroalimentaire et pharmaceutique et en restauration collective. L'exercice libéral est limité du fait de l'absence de nomenclature et de remboursement des actes diététiques.

³ Avis n° 2014.0016/AC/SEVAM du 19 février 2014 du collège de la Haute Autorité de Santé

⁴ Source : <http://www.drees.sante.gouv>

L'absence de nomenclature des soins nutritionnels et leur non-remboursement, facteur d'inégalité d'accès aux soins

À la différence d'autres métiers de rééducation, les actes diététiques de ville ne font pas l'objet d'une nomenclature permettant un remboursement. Cette situation rend l'accès au soin nutritionnel quasi confidentiel, aussi bien pour la population générale que pour les malades. Elle favorise aussi l'accroissement des dépenses publiques et va à l'encontre du décloisonnement ville/hôpital voulu par les pouvoirs publics. En l'absence de nomenclature, les professionnels de santé n'adressent pas en ville, en l'absence de remboursement, ils optent délibérément pour un suivi hospitalier. En limitant l'exercice libéral, cette situation favorise l'accroissement des dépenses publiques et va à l'encontre du nécessaire décloisonnement ville/hôpital voulu par le gouvernement.

En matière de prévention

Au-delà des grands messages généralistes, l'enjeu est de faire évoluer les comportements alimentaires, ce qui nécessite du temps d'information et d'éducation. Or l'accès au conseil diététique reste réservé aux catégories socio-professionnelles favorisées et ce, alors même qu'un rapport de l'Inspection Générale des Affaires sociales (IGAS)⁵ a mis en évidence que les catégories sociales les plus défavorisées sont celles qui ont le plus besoin de faire évoluer leur comportement alimentaire, et aussi celles qui sont le moins touchées par les messages grand public.

Le lien entre obésité et précarité n'est plus à démontrer. La prévention et la prise en charge de l'obésité ne peuvent donc être envisagées que dans le cadre d'un programme global d'éducation thérapeutique. C'est le rôle du diététicien, professionnel de santé de rééducation. Le non remboursement de l'acte diététique, frein majeur au suivi de ville, rend problématique la mise en œuvre du volet diététique de cette prise en charge globale.

L'accès à des conseils diététiques personnalisés et à une prise en charge nutritionnelle est une condition essentielle à une prévention primaire efficace.

⁵ Rapport IGAS - RM2010-057P - Tome 1 Évaluation du Programme National Nutrition Santé – PNNNS2 – 2006-2010. Avril 2010

En matière de prise en charge des pathologies chroniques et des affections de longue durée (ALD)

Pour les patients atteints d'une pathologie chronique (diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, dénutrition, cancers), l'alimentation est un facteur majeur d'amélioration de leur état de santé. Pour d'autres maladies (maladies métaboliques, diabète gestationnel...), la nutrition constitue même le traitement principal. En ce qui concerne les ALD, leur coût sur les dépenses de santé est majeur (médicaments, hospitalisations, consultations généralistes et spécialisées). Pour la plupart de ces pathologies, l'alimentation est capable de réduire les troubles, voire de les supprimer.

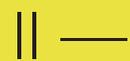
Une action nutritionnelle efficace passe par un travail au long terme avec ces patients. Elle serait rendue possible par le remboursement d'une consultation diététique. Cette consultation pourrait faire l'objet d'un forfait, dans le cadre de pathologies définies et dans des conditions déterminées (découverte de la maladie, dégradation ou évolution importante...)

LES CONSÉQUENCES DU NON-REMBOURSEMENT DE L'ACTE DIÉTÉTIQUE :

Dans le dispositif actuel, où le soin nutritionnel ne fait pas l'objet d'une politique de santé publique, l'absence d'accès au conseil nutritionnel génère :

- une inégalité sociale de santé aussi bien en matière de prévention que de prise en charge, notamment des maladies chroniques.
- des coûts non évalués dans le budget des dépenses de santé.





LES PROPOSITIONS DE LA PROFESSION



1. LA RÉINGÉNIERIE DE LA FORMATION INITIALE : CLÉ DE L'ADAPTATION AUX BESOINS DE LA POPULATION

Au regard de l'évolution des besoins en santé de la population et du fait que l'alimentation est un déterminant de santé, la formation des diététiciens doit être refondue dans le cadre d'une réforme qui devra revaloriser les conditions d'exercice, en rapport avec les nouveaux rôles et missions attendus. Cette réforme peut d'ores et déjà s'appuyer sur les travaux menés avec le ministère de la Santé entre 2010 et 2011, notamment la rédaction et la mise à jour du référentiel d'activités et de compétences, et les contributions de l'AFDN à la Grande conférence de la santé de 2015.



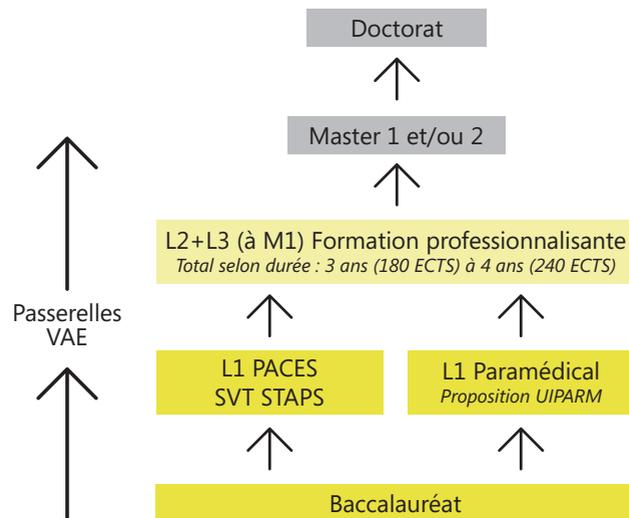
La mise en place d'un modèle aligné sur celui des autres professions de santé

Comme celle des autres professionnels de santé, la formation des diététiciens doit s'inscrire dans un cadre réglementaire prévoyant :

- le niveau prérequis à l'admission,
- la durée des études,
- le niveau de sortie,
- l'offre de formation curriculaire initiale et continue : à la fois académique, théorique, clinique et d'initiation à la recherche, sanctionnée par l'obtention d'un grade universitaire,
- en cours de formation et en cours d'exercice professionnel, des passerelles permettant l'acquisition de compétences de cœur de métier et inter-professionnelles,
- le cadre statutaire pour les fonctions d'expertise, dès lors que des compétences nouvelles s'avèrent nécessaires. Sur le plan de l'évolution professionnelle et de la carrière, ces fonctions constituent une alternative aux grades et fonctions d'encadrement.

Ce cadre reste à définir.

En partenariat avec l'Union Inter-Professionnelle des Rééducateurs et Médicotechniques (UIPARM), l'AFDN propose la filière suivante :



LA FORMATION INITIALE DOIT S'INSCRIRE DANS QUATRE GRANDS PRINCIPES :

- **être intégrée au cursus européen LMD**, comme le prévoient les accords de Bologne de 1999 (cf. note 1, p. 6),
- **faire l'objet d'un Diplôme d'État** validé par le ministère de la Santé donnant le droit d'exercer, comme inscrit dans la loi depuis 2007,
- **répondre à des normes d'agrément de centres de formation identiques** à celles des centres de formation des autres professions paramédicales,
- **entrer dans une règle générale** : « Une seule formation, pour un seul métier, avec un seul diplôme ».



La mise en place d'un référentiel adapté aux enjeux de santé publique

La formation initiale doit intégrer quatre grandes catégories de contenus :

- **des contenus permettant l'acquisition de compétences** : selon les recommandations du rapport Berland⁶, le diététicien doit pouvoir renforcer ses compétences actuelles, acquérir de nouvelles compétences, développer son niveau de pratiques inter-professionnelles avancées, soit :
 - **réaliser l'éducation nutritionnelle** (besoins en prévention primaire ou secondaire), de l'enfant 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 dans toutes les situations prévues dans les parcours de soins,
 - **répondre aux besoins des patients atteints de pathologies chroniques** (enfants, adultes, personnes âgées, femmes enceintes) et pour différentes pathologies (diabète, obésité, dénutrition, maladies cardio-vasculaires, cancers, troubles de la déglutition...),
 - **associer prévention, soins et rééducation** : appliqués à tous les âges, pour éduquer au goût, informer sur les besoins nutritionnels, faire (re) découvrir le plaisir de manger,
 - **proposer aux autres professionnels de santé des formations, informations et sensibilisations** : en milieu thérapeutique (institutionnel ou libéral), dans la santé publique, en restauration collective, dans l'enseignement privé, dans la recherche, dans le secteur agro-alimentaire, dans tous ses univers de pratique le diététicien doit pouvoir travailler en collaboration avec d'autres professionnels (médecin traitant, infirmier, masseur-kinésithérapeute, éducateur sportif...).
- **des contenus permettant l'approfondissement des connaissances** dans des domaines devenus essentiels, absents de la formation actuelle :
 - la nutrition artificielle entérale et parentérale,
 - la phytothérapie et les compléments alimentaires,
 - la sociologie et l'histoire de l'alimentation,
 - la recherche paramédicale,
 - la psychologie (notamment pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire),

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.

- l'allergologie,
 - la réglementation des composants polluants et toxiques présents dans l'alimentation ou les emballages,
 - l'éthique,
 - les démarches et modalités de l'exercice libéral,
 - le droit social,
 - les outils informatiques,
 - les langues étrangères (notamment l'anglais).
- **des contenus permettant la maîtrise de gestes techniques** pour :
- les glycémies capillaires,
 - les tests de déglutition,
 - la pose de sonde naso-gastrique.
- (conformément au développement des pratiques avancées et comme c'est le cas dans d'autres pays européens).
- **des contenus permettant la prescription :**
- d'examens biologiques spécifiques pour certains marqueurs,
 - de produits de type Aliments Diététiques Destinés à des Fins Médicales Spéciales (ADDFMS), comme les compléments nutritifs oraux ou les produits de nutrition entérale.

Afin de donner aux étudiants la possibilité d'aborder différentes spécialités médicales, différents types de prises en charge et différents lieux d'exercice, **le nombre et la durée des stages pratiques doivent également être augmentés.**

DANS LA PERSPECTIVE DES PRATIQUES AVANCÉES, LES COMPÉTENCES DÉVELOPPÉES DANS LA NOUVELLE FORMATION DOIVENT PERMETTRE UNE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE À LA FOIS :

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

2. LA NOMENCLATURE DES ACTES DIÉTÉTIQUES ET LE REMBOURSEMENT : CLÉS DE L'ACCÈS AUX SOINS NUTRITIONNELS ET DE LA RÉDUCTION DES COÛTS

En France, du fait que les décrets de la loi de 2007 ne sont toujours pas parus, le soin nutritionnel dispensé par un diététicien n'est toujours pas accessible. Il se fait soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit en secteur libéral sans remboursement de l'acte. Cette situation ne va pas dans le sens des orientations de santé actuelles, qui prévoient la sortie d'un système hospitalo-centré et l'entrée dans une logique de parcours de soins. Le remboursement de l'acte permettrait :



L'application des recommandations de la Haute Autorité de Santé

La HAS rédige des recommandations et des schémas de parcours de soins. Huit pathologies sont validées⁷ à ce jour. 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 HAS reconnaît la nécessité d'un suivi et d'un accompagnement de ces patients par un diététicien. Cette prise en charge n'étant remboursée que dans le cadre d'un séjour hospitalier (ou médico-social, sous certaines conditions), les recommandations de la HAS ne peuvent être appliquées. Le parcours de soins, qui vise au décloisonnement ville/hôpital et à un accès égalitaire aux soins, est donc vidé de son sens.

DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS NON APPLIQUÉES

Les parcours de soins rédigés par la HAS prévoient l'accès au soin nutritionnel dispensé par un diététicien dès que la prise en charge le nécessite, ainsi que l'intégration de l'acte diététique à la prise en charge globale du patient, de manière pluri-professionnelle et sur l'ensemble du parcours. Pourtant, l'acte diététique de ville n'est pas remboursé, ni de façon ni partielle, ni de façon forfaitaire.

⁷ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1250003/fr/parcours-de-sante

L'optimisation des parcours de soins dans le cadre des affections de longue durée (ALD)

La liste des ALD compte 30 pathologies. Dans le cadre d'une prise en charge globale, certaines nécessitent l'intervention d'un diététicien : diabète de type 1 et 2, pathologies cardio-vasculaires (insuffisance cardiaque grave, troubles graves du rythme cardiaque, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves, hypertension artérielle), tumeurs malignes, pathologies respiratoires chroniques graves (mucoviscidose, broncho-pneumopathie chronique obstructive), néphropathies chroniques, certaines pathologies digestives (rectocolite hémorragique, maladie de Crohn, pathologies hépatiques graves). L'obésité ne fait pas partie des prises en charge ALD. Dans les cas sévères (indice de masse corporelle > 40), le suivi nutritionnel par un diététicien est néanmoins adapté et nécessaire, en plus des autres prises en charge. Inscrite dans un schéma thérapeutique global alliant évaluation des besoins, adaptation aux besoins, conseils et accompagnement, la prise en charge nutritionnelle de ces patients par un diététicien contribue à améliorer leur état de santé et à faire évoluer leur comportement alimentaire.

Pour le patient, une prise en charge nutritionnelle sur l'ensemble de son parcours de soins présente de nombreux avantages :

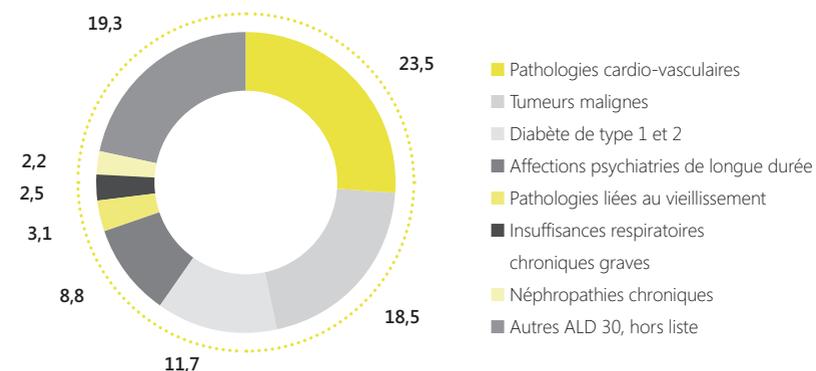
- **une diminution de la consommation de médicaments :**
 - pour les pathologies comme le diabète et les maladies cardio-vasculaires : anti-diabétiques oraux, insuline, hypocholestérolémiants, diurétiques,
 - pour les néphropathies et les pathologies entraînant une dénutrition chronique : compléments nutritifs oraux, nutrition entérale, soins de plaies (escarres ou plaies diabétiques).
- **une amélioration des marqueurs biologiques :** glycémie, taux de cholestérol, taux d'hémoglobine glyquée, albuminémie,
- **une amélioration de l'indice de masse corporelle,** selon les contextes, grâce à une perte ou à une prise de poids,
- **une apparition retardée des complications de maladies chroniques** (insulino-résistance, hypertension artérielle pulmonaire, ré-interventions opératoires différées dans certaines cardiopathies...),
- **une diminution des complications**
 - pour les pathologies entraînant une dénutrition chronique (cancers, accident vasculaire cérébral, 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...

La différence, voire l'absence d'accès au soin nutritionnel délivré par un diététicien hors d'une structure sanitaire, équivaut, au-delà d'une inégalité sociale de santé, à une véritable perte de chances.

En termes médico-économiques, les bénéfices d'une prise en charge nutritionnelle sur l'ensemble du parcours de soins sont également importants.

Selon la publication du ministère des Finances et des Comptes publics d'avril 2015⁸, le nombre de personnes en ALD va continuer à augmenter de manière importante, passant de 15,4% de la population française en 2011 à 19,7% en 2025. Les dépenses associées sont également élevées : 90 M€. Le coût des ALD sur les dépenses de santé est majeur, leur remboursements représentant 2/3 des remboursements totaux.

Répartition des effectifs et dépenses prises en charge par l'ensemble des régimes d'assurance maladie en 2011 :



Afin de juguler l'augmentation massive de ces pathologies et des dépenses associées, le ministère des Finances a recommandé la mise en place d'un dispositif de prévention des ALD. Cette disposition permettrait de réduire la prévalence de moitié et de diminuer de 7 M€/an les dépenses publiques de santé à horizon 2025. Les ALD les plus coûteuses, ainsi que celles pour lesquelles une prise en charge nutritionnelle par un diététicien améliore la santé, sont les mêmes. Cela vaut aussi bien en matière de prévention qu'en matière de prise en charge curative.

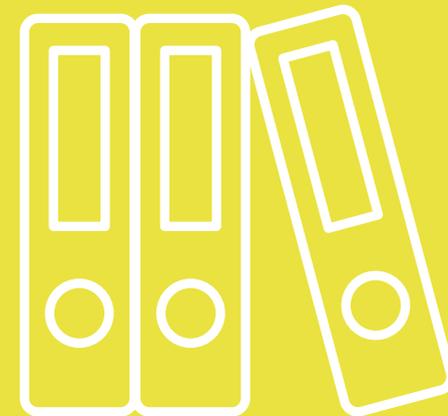
⁸ Trésor Eco, Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des ALD ?, n°145, Avril 2015, ministère des Finances et des Comptes publics

Le suivi diététique d'une prise en charge ALD contribuerait à une réduction des dépenses liées aux médicaments et aux complications associées à ces pathologies. Le modèle médico-économique reste à construire (forfait, consultation au moment de la découverte de la maladie...).

DES CHANCES DIMINUÉES POUR LES PATIENTS ATTEINTS D'ALD

Les pathologies relevant de la liste des ALD nécessitent pour la plupart une prise en charge nutritionnelle. Pour ces patients, la non-accessibilité au diététicien de ville équivaut à une perte objective de chances. Cette situation est unique chez les professionnels de santé paramédicaux, puisqu'un médecin peut en revanche prescrire une consultation de masseur-kinésithérapeute, d'orthophoniste ou de pédicure-podologue, sans préjudice financier pour le patient.

III — ANNEXES



1. ÉTUDES MÉDICO-ÉCONOMIQUES INTERNATIONALES

Pays Bas⁹ : une étude montre que la prise en charge nutritionnelle de l'obésité par un diététicien a des bénéfices sur la santé des patients et de leur famille et que des dépenses peuvent aussi être évitées. Elle montre notamment que **pour un 1 € dépensé, la société gagne entre 14 et 63 €,** répartis de la manière suivante :

- 56 € pour l'amélioration de la santé,
- 3 € pour les frais de santé,
- 4 € de productivité.

États-Unis : plusieurs études montrent l'incidence économique de la dénutrition sur les dépenses de santé.

- **pour un investissement de 1\$** (intégrant les charges de personnel et les coûts matériels), **une économie de 4,2\$** a été démontrée¹⁰,
- en 2004, le coût de la dénutrition a été évalué à 1,5 % du budget national.

Grande-Bretagne : une étude évalue **le surcoût de la dénutrition à 1 587,9 M£¹¹.**

Toutes ces études mettent en évidence l'incidence positive d'une prise en charge nutritionnelle, à la fois sur la santé du patient et sur les finances publiques :

- Les coûts actuels sont liés à l'augmentation du nombre d'hospitalisations (+ 60,5 %) et des durées moyennes de séjour (+ 3 jours)
- Les incidences de la dénutrition :
 - le coût de séjour entre un patient non-dénutri et un patient dénutri passe 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,
 - la dénutrition augmente le risque infectieux de 65 %, notamment pour les infections nosocomiales,
 - la dénutrition a des conséquences importantes sur la qualité de vie.

⁹ §Amsterdam, 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

¹⁰ HASSELT JT, GAMES AD, SHAFFER N, HARKINS LE 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.* 200

2. BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs, textes réglementaires, rapports

- 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 « Élargissement 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

Sites Internet

- <http://www.drees.sante.gouv.fr>
- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1250003/fr/parcours-de-sante

Études

- HASSELT JT, GAMES AD, SHAFFER N, HARKINS LE 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 [revue, date ?]
- SCHNEIDER et HEBUTERNE. *BR J Nutr.* 2004

3. GLOSSAIRE

ADELI : Répertoire des professionnels de santé. Ce système d'information sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue.

ADDFMS : Aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales. Les ADDFMS ont été définis par un arrêté du 20 septembre 2000. Il s'agit d'une catégorie d'aliments « destinés à une alimentation particulière, qui sont spécialement traités ou formulés, et destinés à répondre aux besoins nutritionnels des patients. Ils ne peuvent être utilisés que sous contrôle médical ».

ALD : Affections de longue durée. Les ALD sont des « affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, ouvrant droit, pour ceux qui en sont atteints, à l'exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire à une prise en charge intégrale de leurs frais de traitement, dans la limite du périmètre remboursable » (art L. 322-3 du code de la sécurité sociale). Actuellement, 30 ALD ont été identifiées par l'assurance maladie sur lesquelles la HAS a émis un avis favorable.

DPC : Développement professionnel continu. Initié par la loi Hôpital, Patients, santé et Territoires de 2009, le DPC est effectif depuis le 1er janvier 2013. Ce dispositif prévoit que chaque professionnel de santé (au sens du chap. IV du code de santé publique) suive un parcours de DPC pour remplir son obligation triennale.

HAS : Haute autorité de santé. La HAS est une autorité publique indépendante. Créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, elle émet des avis et des recommandations visant à réguler le système de santé par la qualité et l'efficacité.

IGAS : Inspection générale des affaires sociales. L'IGAS est un corps de contrôle interministériel du secteur social, qui contrôle, audite et évalue des structures et des politiques, conseille les pouvoirs publics et apporte son concours à des projets.

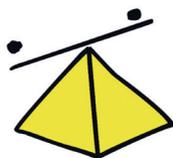
IPAQSS : Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ces indicateurs ont été mis en place par la HAS en 2008 pour suivre dans le temps la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de médecine-chirurgie-obstétrique.

LMD : Licence Master Doctorat. Système initié lors des accords de Bologne de 1999 et lancé en France en 2001. Ce schéma prévoit l'intégration de niveaux d'enseignement communs pour les pays de la communauté européenne.

PNA : Plan national alimentation. Le PNA a été initié par la loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche de 2010. Il encadre la politique publique française de l'alimentation.

PNNS : Programme national nutrition santé. Après trois programmes quadriennaux (2001-2005, 2006-2010, 2011-2015), la 4e édition a été initiée fin 2016.

4. ONT PARTICIPÉ À LA RÉDACTION DE CE LIVRE BLANC, REMERCIEMENTS



AFDN

Association Française des Diététiciens Nutritionnistes

Retrouvez-nous sur :



Le site de l'AFDN :

www.afdn.org

Le site de #onpassealacte :

www.onpassealacte.org



La page Facebook de l'AFDN :

<https://fr-fr.facebook.com/AssoAFDN>



Le compte Twitter de #onpassealacte :

https://twitter.com/on_passealacte



La page LinkedIn de #onpassealacte :

<https://www.linkedin.com/company-beta/11057230>