

Rapport sur l'évolution du métier de diététicien

Programme National Nutrition Santé (PNNS)

Professeur Michel Krempf

CHU de Nantes

0240083073

mkrempf@sante.univ-nantes.fr

PLAN

LETTRE DE MISSION

RESUME

INTRODUCTION

1. Analyse de la situation actuelle

1.1. Le rôle central de la nutrition et de l'alimentation pour la prévention ou le traitement de pathologies fréquentes

1.2. Définition d'une profession

1.3. Champs d'activité

1.3.1. Les domaines dans lesquels les diététiciens interviennent sont nombreux.

1.3.2. Description spécifique des tâches actuelles

- 1.3.2.1. Etablissements de santé
- 1.3.2.2. Activité du secteur libéral
- 1.3.2.3. Restauration collective
- 1.3.2.4. Activités dans les entreprises

1.3.3. L'éducation nutritionnelle

1.3.4. Enseignement supérieur et recherche

1.4. Formation

1.4.1. Brevet de Technicien Supérieur (BTS)

1.4.2. Le Diplôme Universitaire de Technologie (DUT), Biologie Appliquée-option Diététique

1.4.3. Les formations complémentaires

- 1.4.3.1. Licence et maîtrise
- 1.4.3.2. Licence professionnelle
- 1.4.3.3. Maîtrise des Sciences et Techniques (MST)
- 1.4.3.4. Diplôme d'ingénieur maître en IUP (Institut Universitaire Professionnalisé)
- 1.4.3.5. DESTU (Diplôme d'Etudes Supérieures et Universitaire)
- 1.4.3.6. DU (Diplôme d'Université)

1.4.4. Formation continue

1.4.5. Formation dans l'Union Européenne et au Canada

1.4.6. Comparaison de la formation diététicien par rapport au personnel soignant ou rééducateurs

2. Analyse des difficultés

2.1. Un problème général : la recherche d'une identité et d'une reconnaissance

2.2. Place des diététiciens dans les établissements publics

2.3. Secteur libéral

2.4. Restauration collective et santé publique

2.5. Insertion dans les entreprises

2.6. Les relations avec les autres professionnels, les partenaires et des formateurs

2.7. Formation

2.8. Conclusion

3. Propositions

3.1 Redéfinir les missions des diététiciens pour la santé publique

3.1.1. Mission de soins

3.1.1.1. Carences d'apports

3.1.1.2. Apports inadaptés

3.1.2. Missions de collectivités

3.2. Propositions pour l'organisation des soins

3.2.1. Dans les établissements de soins

3.2.1.1. Pour les grands établissements de soins (> 200-400 lits ?)

3.2.1.2. Etablissements de soins de plus petite taille (< 200-400 lits)

3.2.1.3. Prestations extérieures des établissements de soins

3.2.2. Activité libérale

3.2.3. Restauration collective, santé publique et industrie

3.2.4. Activité de recherche

3.3. Les besoins quantitatifs en diététiciens

3.4. Restructuration de l'enseignement

3.4.1. L' Université de soin

3.4.2. Evolution à partir de la situation actuelle

3.5. Evaluation des flux de formation

3.6. La formation continue

CONCLUSION

CONTACTS

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

La Nutrition est un élément central de la prévention et du traitement de nombreuses affections ayant une place majeure en santé publique. Les diététiciens représentent un rouage essentiel de son application. Profession paramédicale dont les missions et la place dans le système de soin sont actuellement mal définies, elle doit évoluer pour permettre de faire face au besoins de santé publique qui dans ce domaine devrait extraordinairement encore croître dans les prochaines années. Ce rapport permet de dégager 10 propositions clés qui devraient permettre d'initier une dynamique permettant d'atteindre cet objectif.

Proposition pour adapter le métier aux enjeux actuels :

1. Redéfinir les missions et les compétences
2. Créer deux qualifications distinctes : de Soins et de Collectivité / Industrie
3. Encourager le développement du secteur de diététique libéral et de santé publique.
4. Organiser l'activité de soin diététique et d'éducation nutritionnelle dans les structures de soins
5. Créer des réseaux de soins en nutrition en médecine libérale
6. Mettre en place un observatoire du métier de diététicien ayant pour objectif d'animer et d'évaluer l'efficacité des mesures proposées

Propositions pour adapter la formation :

7. Prolonger la durée des études à 3 ans (Licence) en impliquant les UFR de médecine et les écoles d'ingénieur agroalimentaire ou équivalent.
8. Ouvrir la formation vers des Masters permettant de définir de nouvelles qualifications ouvrant en particulier des champs d'action plus médicalisés et/ou tournés vers l'éducation ou l'industrie.

Propositions pour adapter le statut :

9. Définir un décret d'acte et élaborer une nomenclature
10. Définir les conditions du remboursement des actes diététiques

Au delà de ces propositions spécifiques pour le métier de diététicien, ce rapport permet de souligner la nécessité de proposer rapidement une réorganisation de la filière de soin en Nutrition, précisant les rôles et la place respective des différents acteurs. Il s'agit indiscutablement d'une mission essentielle du PNNS pour les prochaines années.

INTRODUCTION

L'alimentation est une préoccupation des français pour leur santé. Elle est considérée comme un élément central des stratégies de prévention et joue de ce fait un grand rôle en politique de santé publique. Les traitements diététiques médicaux sont également pour beaucoup de pathologies la première ligne d'intervention et permettent de réduire la prescription de médicaments.

Face à ces enjeux importants, les métiers médicaux de la nutrition doivent s'organiser. En effet, même si Hippocrate citait l'alimentation comme la première médecine, ces professions sont récentes :

- Les « chaires » de Nutrition dans les facultés de médecine ont moins de 10 ans et le médecin « nutritionniste » n'existe pas au sens des spécialités attribuées par le Conseil de l'Ordre des Médecins. Dans la suite de ce rapport, le terme « nutritionniste » ou médecin nutritionniste sera réservé aux médecins ayant validé le DESC de nutrition (créé en 1986 ou travaillant dans des services agréés de nutrition.
- La formation en France des premières diététiciennes remonte aux années 50.

Ce rapport analysera spécifiquement le métier de diététicien, dont la position doit nécessairement s'insérer dans un schéma d'organisation plus général de la discipline « Nutrition » en tenant compte de la forte croissance des besoins de santé publique. Nul n'ignore en effet que des pathologies impliquant fortement l'alimentation, comme le diabète de type 2, l'obésité, les maladies cardiovasculaires connaissent un extraordinaire essor dont l'impact à moyen terme pourrait être considérable en terme de mortalité-morbidité et coût de santé.

La place et la formation des diététiciens¹ ont été peu précisées ou n'ont pas évolué ces dernières années malgré ces problèmes. Plusieurs tentatives ont été entreprises pour modifier cette situation mais elles se sont toutes heurtées à des oppositions multiples. Il sera envisagé successivement la situation et la formation actuelle de cette profession et les difficultés relatives qu'elle peut rencontrer. Puis l'évolution dont elle pourrait bénéficier sera abordée.

De nombreuses réflexions sur ce sujet ont déjà été conduites notamment par l'association des diététiciens qui a déjà produit de nombreux documents de réflexion sur ce sujet. De ce fait la méthode de travail a pu s'établir sur les interview des principaux acteurs plus que sur la formation de multiples groupes de travail. La liste des personnalités ou groupes contactés est indiquée à la fin du texte. Ce rapport a fait ensuite l'objet d'une relecture collective sur le modèle utilisé habituellement par l'ANAES ou l'AFSSAPS ou l'AFSSA. Les différentes remarques ont été intégrées dans le document ou en annexe, notamment quand des divergences très nettes étaient exprimées.

Pour répondre aux questions proposées dans la lettre de mission définissant les objectifs de ce rapport, nous aborderons successivement :

- 1) l'analyse actuelle de la profession de diététicien
- 2) l'examen des problèmes rencontrés actuellement par cette profession tant au niveau de ses missions que de sa formation qui sont de fait étroitement liées
- 3) les propositions d'évolution de la profession en tenant principalement compte des enjeux de santé publique.

¹ Malgré la forte féminisation de la profession (90% de l'effectif), nous utiliserons selon l'usage le terme de diététicien

1. Analyse de la situation actuelle

1.1. Le rôle central de la nutrition et de l'alimentation pour la prévention ou le traitement de pathologies fréquentes

Ce rôle a été parfaitement décrit dans le rapport du haut comité pour la santé « Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France ». Des relations ont été montrés entre certains cancers et l'alimentation. Il s'agit principalement des cancers du sein et du côlon qui sont les plus fréquents en France. Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité / morbidité en France et représentent 170 000 décès par an. Des facteurs de risque majeurs à leurs origines comme l'excès de cholestérol ou le diabète sucré sont liés à l'alimentation. Des conseils d'alimentation simples et de l'exercice physique peuvent par exemple réduire de plus de 50% l'apparition du diabète chez des sujets prédisposés. Enfin, il faut également souligner et anticiper l'énorme risque de santé et de coût que représente l'épidémie mondiale d'obésité à laquelle n'échappe pas la France. En 3 ans (1997-2000) le nombre d'obèse en France est passer de 8 à 10 % de la population adulte. Nous devrions atteindre le niveau actuel des USA (20 % de la population adulte) dans moins de 10 ans. Encore plus inquiétant , cette progression est encore plus rapide chez les enfants et les adolescents.

1.2. Définition d'une profession

En France, à l'initiative du Pr J.Trémolières, la diététique s'est peu à peu implantée dans les structures hospitalières vers 1950. Ce corps professionnel des diététiciens représente environ 4000 diplômés actuellement en activité.

L'Office International du Travail a proposé en 1967 une définition de la profession de diététicien. Il s'agit d'une profession paramédicale :

Groupe	0-69 diététiciens et spécialistes des problèmes de nutrition (santé publique)
	0-69-10 diététiciens (en général)
	0-69-20 spécialistes des problèmes de nutrition relatifs à la santé publique
	0-69-90 autres diététiciens et spécialistes des problèmes de nutrition (santé publique)

La définition de ces différentes catégories et activités de diététiciens, selon l'Office International du Travail, est rappelée dans le Tableau I (annexe 1)

Au niveau européen, il n'y a pas de définition officielle du métier de diététicien. L'EFAD (European Federation of the Associations of Dietitians) définit les professionnels comme une personne qui :

- possède une qualification légalement reconnue en Nutrition et Diététique,
- applique les sciences de la Nutrition, de l'Alimentation et l'Education de groupes ou de personnes individuelles, qu'ils soient bien portants ou malades.

La législation française est beaucoup plus claire sur ce sujet et la définit comme un professionnel de santé en matière de nutrition pour lequel un titre a été proposé par la loi n°86-76 du 17 janvier 1986 parue au JO du 18.01.86 et qui insère dans le Code de la Santé Publique le titre de « profession de diététicien ». L'article L.510-8-1 définit la profession par : « l'usage professionnel du titre de diététicien accompagné ou non d'un qualificatif, est réservé au titulaire d'un diplôme, certificat ou titre sanctionnant une formation technique de diététique et figurant sur une liste établie par décret, ou au titulaire d'un diplôme étranger conférant une qualification reconnue analogue selon des modalités fixées par décret ».

Des mesures transitoires étaient accordées pour les personnes pouvant justifier ce type d'activité depuis plusieurs années.

Il est également spécifié dans l'article L.510-8-3 que : « l'usurpation du titre de diététicien est puni des peines prévues à l'article 559 du Code Pénal ». Le décret d'application (décret n°88-403 et n°88-404 du 20 avril 1988 paru au JO du 24.02.1988) précise les diplômes permettant de faire un usage professionnel du titre de diététicien. Il y a deux diplômes officiels d'enseignement : le Brevet de Technicien Supérieur en Diététique et le Diplôme Universitaire de Technologie (Génie biologique – option diététique). Il s'agit d'une profession paramédicale et reconnue comme telle puisque siégeant au sein du conseil supérieur des professions paramédicales depuis l'arrêté ministériel du 25 septembre 1995. Cependant, il faut souligner qu'il n'existe pas à ce jour de décret d'actes concernant le métier de diététicien.

Le statut professionnel des diététiciens dans les établissements d'hospitalisation de soin du secteur public bénéficie d'un cadre juridique particulier. Il s'insère dans le cadre d'emploi des personnels de rééducation de la fonction publique hospitalière au même titre que les pédicures-podologues, les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes et les orthoptistes.

Les statuts administratifs des différentes catégories de la fonction publique hospitalière pour les diététiciens sont les suivants :

Les diététiciens de classe normale correspondent au 1^{er} grade du corps des diététiciens, le niveau hiérarchique est la catégorie B gérée par la commission administrative paritaire n°2-groupe 2-sous groupe 2. Ce grade comprend 8 échelons en fonction de l'ancienneté. A partir du 5^{ème} échelon et au moins 10 ans d'ancienneté, il est possible d'accéder au grade de diététicien supérieur ou au grade de surveillant des services médicaux si un diplôme de Cadre de Santé a été réussi. Il est possible d'accéder à cette fonction pour les diététiciens de classe normale ayant accompli au moins 8 ans de service effectif.

Le nombre de diététiciens de classe supérieure ne doit pas être supérieur à 15 % de l'effectif total des deux premiers grades du corps. Il s'agit du 2^{ème} grade du corps de diététicien et dont le classement de l'emploi est similaire à celui exposé précédemment. Ce grade comprend 5 échelons et permet d'accéder à la fonction de diététicien surveillant des services médicaux par voie d'inscription à un tableau annuel d'avancement.

Le diététicien surveillant des services médicaux est le 3^{ème} grade du corps des diététiciens et correspond au même classement d'emploi. Il n'y a aucun quota pour l'effectif. Le recrutement s'effectue au choix par inscription au tableau annuel d'avancement pour les diététiciens de classe supérieure d'une part, ou pour les diététiciens de classe normale ayant accompli au

moins 5 ans de service effectif et possédant un diplôme de cadre ou au choix, dernière catégorie, lorsque 8 ans de service effectif ont été accomplis. Cette dernière catégorie comprend 7 échelons. La promotion peut s'effectuer au grade de diététicien surveillant chef des services médicaux après 3 ans d'ancienneté ou au grade de directeur d'école paramédicale par concours sur épreuves. Et plus récemment, la fonction de directeur de soins d'établissement leur est également accessible.

Le diplôme de Cadre Diététique a été créé par le décret n°95-826 du 18 août 1995 (JO du 20 août 1995). Ces cadres sont chargés de fonction d'encadrement correspondant à leur qualification, qu'ils remplissent soit dans les services de soins, soit dans les centres ou écoles relevant d'établissements publics de santé préparant aux différentes branches des professions de rééducation. Ils sont formés dans l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS).

Le décret n° 2001-1377 du 31 décembre 2001 (JO du 01 janvier 2002) fixe les échelons et indices de ces personnels. Les indices varient entre 322 et 568 pour un diététicien de classe normale, entre 471 et 638 pour un diététicien de classe supérieure (*carrière de soins*).

Pour ceux travaillant dans le cadre des collectivités publiques territoriales, leur statut a été fixé par le décret 92-63 du 28 août 1992. Ils ont désormais le statut de rééducateurs territoriaux.

Les diététiciens peuvent également exercer leur pratique en activité libérale. Il n'y a pas à ce jour de réglementation précise contrôlant cette activité. Il n'y a pas obligation à s'inscrire auprès des préfectures, ni à un conseil de l'ordre ou un équivalent.

1.3. Champs d'activité

1.3.1. Les domaines dans lesquels les diététiciens interviennent sont nombreux.

- Dans les *établissements de soin*, ils jouent un rôle dans l'organisation de l'alimentation pour l'ensemble de la restauration collective et interviennent dans la diététique médicalisée.

Sur ces différents aspects, ils peuvent également avoir un rôle d'éducateur et de formateur auprès des patients ou du personnel hospitalier.

Si on considère qu'il existe actuellement en France 4000 diététiciens en activité, environ 70 à 76 % exercent leur activité dans les établissements de soin.

- Un *secteur libéral* s'est également développé mais reste encore très minoritaire en France. Il permet la prescription de régimes personnalisés pour des consultants directs ou sur prescription médicale. Il intervient également dans des actions de formation au près des collectivités et des entreprises. Environ 300 professionnels ont été recensés, soit environ 13 % des diététiciens actuellement actifs.

- Ils interviennent également en *restauration collective* comme conseillers techniques pour l'application des recommandations des apports nutritionnels et la sécurité alimentaire.

- Ils ont également une présence dans les *structures de santé publique* (municipalité, DASS, centre d'examen pour la santé, comité d'éducation pour la santé, etc.) et ils contribuent à la prévention nutritionnelle et à la promotion de la santé, interviennent et contrôlent l'alimentation dans les collectivités et la formation des personnels de service. Cette activité représente environ 9 % des diététiciens.

- Ils peuvent également intervenir dans les *industries* alimentaires et pharmaco/diététiques. Ils peuvent ainsi participer à l'élaboration de produits et à des aspects plus marketings. Ils sont très souvent présents au niveau des cellules d'information auprès des consommateurs. Cela concerne environ 2 % des diététiciens en exercice. Quelques diététiciens ont créé des entreprises de consultants, et interviennent en appui notamment auprès de petites entreprises, qui n'ont pas les moyens de créer leur propre service de nutrition, soit pour les produits eux-mêmes, soit pour la communication nutritionnelle de ces entreprises

- Enfin, d'autres champs d'activité ont pu être identifiés, notamment au niveau des structures de *recherche* où ils participent à l'exploitation des enquêtes nutritionnelles, ou des activités de *formation* et d'enseignement spécifique. Ce dernier champ concerne environ 3 % des diététiciens.

1.3.2. Description spécifique des tâches actuelles

1.3.2.1. Etablissements de santé

- Les tâches que doivent remplir les diététiciens dans les établissements de santé ont été précisées dans la circulaire DH/D/85/86 du 4 mars 1985. Elles se répartissent en trois missions :

- Mission traditionnelle : en liaison avec les services économiques de l'établissement, ainsi qu'avec les responsables du personnel de cuisine, le diététicien établit les menus de régime normal et les régimes standards. Il veille à la qualité et l'équilibre de l'alimentation, au respect des règles d'hygiène dans le cadre des textes en vigueur et assure la qualité des aliments tout au long de la chaîne alimentaire (conception, production, distribution...).
- Mission spécifique du diététicien : il est chargé de surveiller la réalisation des régimes *prescrits par le médecin*. Il traduit pour ce faire la prescription médicale en menu. Il prend en compte les besoins nutritionnels du malade en veillant à ses goûts et à ses habitudes. Il s'assure avec l'équipe soignante de l'adaptation du régime au malade et contribue à le rendre efficace. Il s'entretient avec le médecin du suivi et de la modification éventuelle des régimes thérapeutiques. Il est ainsi prévu soit d'adapter les régimes standards en les modulant, soit en établissant des régimes personnalisés nécessitant une préparation spécifique et rigoureuse. Dans l'unité diététique, le diététicien gère les stocks de denrées courantes nécessaires, de produits diététiques, ainsi que le matériel particulier exigé.
- Mission d'éducation, de formation et de prévention : cette mission constitue une part importante du rôle du diététicien au sein de l'Hôpital. Elle s'exerce aussi bien en direction des hospitalisés ou des consultants externes que des personnels. Auprès des hospitalisés, cette mission se traduit par des entretiens individuels ou en groupe avec participation le cas échéant des familles. Auprès des consultants externes, il participe aux actions de prévention menées par exemple auprès des femmes enceintes dans quelques maternités, ... Auprès du personnel, il intervient dans les unités de soins afin de le sensibiliser et dans les cuisines pour informer le personnel sur les techniques particulières à certaines prescriptions, sur les techniques nouvelles et sur la réalisation de préparations spécifiques. Il participe en outre à la formation des élèves diététiciens qui lui sont confiés et intervient à la demande dans les écoles d'aides-soignants ou des écoles paramédicales.

Par rapport à cette recommandation initiale, les fonctions se sont amplifiées, notamment pour la mission restauration. Une attention particulière est portée sur l'adéquation avec les besoins nutritionnels. Pour cela, les plans alimentaires sont déterminés sur des sites déterminés avec fabrication consécutive de menus qui ont des coûts et des fiches techniques de fabrication.

Les diététiciens ont été également fortement impliqués dans la mise en place et le suivi de la méthode HACCP et ils interviennent au niveau du circuit alimentaire (sélection et achat des produits, production et distribution).

Ils participent au paramétrage et à la mise en place des systèmes informatisés de la prise de commande des repas

Ils sont responsables des unités de production de diététique spécialisée et ils évaluent le service du repas au niveau de l'acceptabilité et de la satisfaction. Ils interviennent dans l'identification des dysfonctions et des mesures correctrices à leur apporter.

Pour la mission thérapeutique, elle s'est précisée en étroite collaboration avec le corps médical et notamment à partir de prescriptions écrites. Le suivi des patients est effectué par l'intermédiaire de la fiche diététique permettant d'établir un dossier diététique figurant dans le dossier patient.

Beaucoup de ces activités à la fois de production et de soins sont analysés au sein des comités de liaison alimentation nutrition (CLAN) dans quelques établissements mais qui devraient se généraliser avec la circulaire DHOS /E1/n°2002/186 du 29 mars 2002. Les diététiciens participent activement à l'activité de ce comité.

L'activité d'éducation s'est également considérablement développée, soit dans des pathologies à visée curative (diabète, obésité, maladies cœliaques...) soit pour la prévention (risque cardiovasculaire, sportif, grossesse).

L'activité d'enseignement a surtout été développée auprès des diététiciens en formation ou des écoles d'aides-soignantes ou d'infirmières.

Une activité de recherche est actuellement émergente mais reste encore très discrète et concerne l'élaboration des protocoles et le suivi des essais cliniques ainsi que sur des aspects plus épidémiologiques.

- L'organisation est très variable d'un établissement à l'autre en fonction de la taille et de l'histoire. Beaucoup (environ 50%) de petites structures (inférieures à 400 lits) n'ont pas de diététicien dans leurs effectifs. Dans le rapport du Pr Bernard Guy-Grand, il est relevé un diététicien pour 117 lits. Il existe une grande disparité entre les établissements avec des extrêmes entre 1/800 à 1/38. Pour les établissements les plus importants, l'activité des diététiciens a en règle générale été rattachée à un directeur administratif, le plus souvent s'occupant également des services économiques. Dans certains (*de nombreux*) cas, ils ont été rattachés à l'activité de l'unité de production des repas. Cette tutelle des responsables de cuisine est souvent très mal vécue par les diététiciens, la mission de soin appartenant dans ce secteur aux seuls diététiciens étant occultée par une logique de production de repas.

Il n'y a pas de cadre diététicien dans de nombreux établissements. Dans ceux où ils existent, l'équipe diététique a été placée sous sa responsabilité. L'organisation des équipes diététiques est également très variable. Certains diététiciens sont rattachés à l'activité de service (Endocrinologie, Diabétologie, par exemple), d'autres ont des activités plus transversales sur plusieurs unités de soins.

A la suite d'un effort et des encouragements de l'Association des Diététiciens de Langue Française (ADLF), un bilan d'activité du service diététique est désormais élaboré pratiquement dans chaque établissement afin de mieux préciser d'une part les profils de postes et d'autre part le bilan des différentes actions entreprises.

Cette évaluation de la charge de travail peut utiliser des outils reconnus, comme le PMSI-SSR, mais qui reste très pauvre (seulement 11 items ont pu être identifiés). Il est proposé d'utiliser la grille MA2TMTR. Ces outils sont très utiles pour l'évaluation mais restent encore d'utilisation très confidentielle.

1.3.2.2. Activité du secteur libéral

Le diététicien est un professionnel de la santé spécialiste de l'alimentation qui peut exercer en secteur libéral. Il effectue des consultations individuelles et établit un programme alimentaire adapté aux besoins, aux goûts, au mode de vie et assure le suivi diététique. Il peut également intervenir auprès de groupes pour dispenser des séances de formation, d'information et anime des conférences.

Son activité s'exerce auprès de consultants « bien portants » qui souhaitent recevoir des conseils sur l'alimentation (adultes, adolescents, enfants, femmes enceintes, sportifs...).

Il assure également une prise en charge diététique de patients devant suivre un régime alimentaire thérapeutique et le plus souvent sur prescription médicale. Il prend en charge ainsi principalement en consultation les patients obèses, diabétiques, dyslipidémiques, certains troubles du comportement alimentaire ou des pathologies digestives. Cette activité s'exerce en cabinet de consultation ou en clinique, centre de cure et de convalescence. Il peut également intervenir dans les centres de soins et de santé, les hospitalisations à domicile, les maisons de retraite et les foyers. Il peut exercer plusieurs activités et coupler ses activités de consultation à des interventions en restauration collective notamment ou dans des centres de formation et d'enseignement.

Le recrutement des patients est effectué dans la majorité des cas directement sans avis médical. En effet, seulement 28 % sont référés par un médecin. Le principal motif de consultation est le surpoids et l'obésité, suivis des maigreurs, du diabète, des hyperlipidémies et des pathologies digestives et enfin des patients dits « bien portants ». A noter que l'allergie alimentaire devient actuellement un véritable problème de santé publique et constitue un motif de consultation de plus en plus fréquent .

La consultation diététique n'est pas remboursée par les caisses d'assurance maladie et quelques mutuelles commencent, dans certaines conditions, à effectuer des remboursements partiels. Cette consultation n'est pas assujettie à la TVA.

1.3.2.3. Restauration collective

La restauration collective prend une part très importante dans l'alimentation des Français. Actuellement, environ 20 % des repas principaux des Français sont pris hors de leur domicile. Le diététicien intervient dans cette activité de restauration en répondant aux besoins de la clientèle, en apportant également une solution alimentaire adaptée, appropriée et efficace et enfin, en gérant de façon rigoureuse les contraintes nutritionnelles hygiéniques, économiques

et conviviales. Il peut relever de différents statuts, public ou privé (notamment dépendant des collectivités locales ou des entreprises de restauration collective)

Il doit intervenir tout au long de la chaîne alimentaire en élaborant les menus et en composant initialement le plan alimentaire. Leur réalisation est effectuée à partir d'achats qu'il pilote très souvent en tenant compte des contraintes budgétaires et matérielles, ainsi que l'environnement socioculturel des convives. Il intervient également dans la vérification de la qualité de la réalisation de plats notamment sur le plan de l'hygiène et de la sécurité. Il prend pour cela une part très active dans la mise en place de certification et en particulier de la démarche HACCP. Il intervient dans la distribution des différents plats, notamment en contrôlant l'efficacité des différentes chaînes de transport (froides ou chaudes) sur le plan de la sécurité. Enfin, il vérifie la consommation et le retour de satisfaction des consommateurs.

Il se trouve ainsi au cœur de la démarche qualité dans les différents établissements et participe ainsi à la formation et à l'information des différents intervenants du personnel de restauration, de distribution ou des services hospitaliers.

Le domaine d'intervention principal dans ce type d'activité se situe dans les établissements scolaires, la restauration d'entreprise et les établissements de soins.

1.3.2.4. Activités dans les entreprises

Plusieurs activités sont également réalisées mais à une échelle beaucoup moins importante que les précédentes.

Les diététiciens sont soit recrutés comme personnels permanents des entreprises, notamment agro-alimentaires ou l'industrie pharmaceutique, soit installés comme consultants et agissant en sous-traitance pour ces mêmes entreprises. Ils participent à plusieurs types d'activité :

- assurer la formation du personnel dans le domaine de la diététique (visiteurs médicaux, personnel marketing...),
- s'intégrer aux équipes de recherche développement,
- participer au service d'information des consommateurs, notamment en répondant aux différentes questions qui peuvent être posées sur les produits vendus,
- élaborer des textes de conditionnement ou des documents publicitaires.
- Enfin, ils peuvent assurer un contact privilégié avec les professionnels de santé en effectuant notamment dans certains secteurs des visites médicales.

1.3.3. L'éducation nutritionnelle

Il s'agit très certainement d'une des actions les plus importantes que pourrait remplir un diététicien mais qui reste cependant encore aujourd'hui relativement confidentielle et très mal organisée. Le rôle dans la formation a été évoqué au 10^{ème} Congrès International de Diététique (Paris 1988) par A. Bronner : « une des plus importantes fonctions du diététicien est l'éducation nutritionnelle qui commence très tôt avec l'apprentissage à manger du jeune enfant. Et qui se poursuit tout au long de la vie, par une adaptation de l'alimentation aux diverses situations dans lesquelles l'individu se trouve. Rôle d'information nutritionnelle aussi puisque, par ses connaissances techniques, le diététicien reste l'interlocuteur de choix dans l'industrie agroalimentaire pour diffuser un message nutritionnel vers les consommateurs ».

Ces différents objectifs d'information nutritionnelle sont souvent apportés par les diététiciens en utilisant différents supports et sont réalisés lors d'interventions programmées dans une collectivité, parfois un suivi systématique, des interventions plus ponctuelles de terrain pour répondre à des problèmes particuliers ou des réunions de travail lors de comités d'entreprise ou de réunions scientifiques.

Il n'existe pas à notre connaissance de mesures d'intervention systématique dans le cadre des établissements scolaires. Les conseils auprès des enfants restent le plus souvent liés à la bonne volonté des municipalités ou des autres collectivités territoriales. Signalons cependant des interventions plus systématisées organisées dans certaines DRASS. Leur rôle dans les actions nationales ou locales dépendant de l'Institut national de prévention et d'éducation en santé (INPES, ancien Comité Français d'Education pour la Santé (CFES)) doit être également souligné. Ils ont également été impliqués dans la rédaction des recommandations des apports nutritionnels conseillés de l'AFSSA et dans l'élaboration des Guides alimentaires du programme national nutrition santé.

1.3.4. Enseignement supérieur et recherche

Ce dernier secteur est encore très confidentiel. Quelques diététiciens interviennent dans l'enseignement de leurs futurs collègues dans le cadre des BTS ou des IUT. Quelques-uns participent à de grandes études d'intervention et d'observation (MONICA, SU.VI.MAX) et aux travaux de l'AFSSA.

1.4. Formation

La formation des diététiciens en France relève, curieusement, de deux filières qui dépendent de la direction de l'enseignement supérieur du ministère de l'éducation nationale de la jeunesse et de la recherche. Elles permettent l'obtention d'un diplôme de niveau III. Le Brevet Technicien Supérieur dépend directement de l'inspection générale. Le Diplôme Universitaire de Technologie (DUT), Biologie Appliquée, option Diététique, dépend des Universités. Ces deux formations ont une durée totale de 2 ans pour permettre d'obtenir soit un BTS, soit un DUT. Ces deux diplômes permettent l'exercice du métier de diététicien.

1.4.1. Brevet de Technicien Supérieur (BTS)

L'enseignement de la diététique a été officialisé en 1952 (arrêté du 30 décembre 1952), modifié par le décret du 26 février 1962 (JO du 2 mars 62) créant le Brevet de Technicien Supérieur en Diététique. Le référentiel du BTS Diététique (cf annexe II) a été modifié pour la dernière fois en 1987 (arrêté du 9 octobre 87 paru au JO du 06 décembre 1987). Il a été révisé en 1997 (JO du 9 octobre 1997) pour une mise en conformité avec le nouveau décret de réglementation générale des BTS du 9 mai 1995.

Le Diplôme dure deux ans (50 semaines mais dans la plupart des lycées l'enseignement s'étale sur 54 semaines) et regroupe différentes disciplines : français, nutrition/alimentation, biochimie/physiologie, bases physiopathologiques, régimes, techniques culinaires, gestion et une langue facultative. Entre les cours TD et TP, il est ainsi dispensé 896 heures de cours la première année et 704 la deuxième année, soit un volume horaire total de 1600 heures. Deux stages sont prévus. L'un de 6 semaines durant la première année et l'autre de 14 semaines (parfois fractionné en plusieurs périodes) la deuxième année, soit un total de pratique sur le terrain d'environ 20 semaines.

Les recommandations, issues notamment du Programme National Nutrition et Santé ou du rapport du Haut Comité de Santé Publique, suggèrent que aujourd'hui le contenu indispensable de cette formation devrait intégrer les champs disciplinaires suivants:

- connaissance de l'aliment
- physiologie et physiopathologie du comportement et de l'acte alimentaire
- notions d'épidémiologie nutritionnelle
- formation dans le domaine de la technologie alimentaire
- psychologie et sociologie
- droit, droit du produit et droit du consommateur
- gestion dans un contexte industriel et/ou de distribution
- santé publique
- éducation pour la santé et éducation thérapeutique
- notions d'assurance qualité
- communication

Il apparaît clairement, à la lecture du référentiel et du volume horaire proposé, que ces objectifs, dans l'état actuel, peuvent être difficilement atteints.

L'enseignement est actuellement organisé dans des lycées publics [section diététique (n = 8)] répartis sur l'ensemble du territoire. Il existe également des établissements privés sous contrat (n = 6), hors contrat (n = 7), une formation par correspondance (CNED), une formation en alternance (n = 1) et un contrat formation permanente -CFP (n = 1).

L'examen est national. En 2000, 2522 candidats se sont présentés et 953 ont été admis, soit 37,79 % de succès. Il existe une grande disparité dans la réussite à l'examen. Le pourcentage de réussite dans les établissements publics est de 71,1 % alors qu'il n'est que 53,6 % dans les établissements privés sous contrat, 35,1 % hors contrat, 14,9 % pour l'enseignement à distance (CNED) et 27,8 % pour les candidats non scolarisés. Les autres modes de formation (CFA, GRETA, formation continue) représentaient un nombre minime de candidats (n = 30) et les résultats sont donc difficilement analysables.

1.4.2. Le Diplôme Universitaire de Technologie (DUT), Biologie Appliquée-option Diététique

Ce diplôme est beaucoup plus récent puisqu'il a été créé le 7 janvier 1966. Son référentiel a été actualisé en 1998 (voir note fournie par les enseignants des DIUT diététique en annexe 2). L'enseignement s'effectue en deux ans dans le cadre des IUT de Génie Biologique, avec option Diététique.

La première année est commune à tous les enseignements des IUT de Génie Biologique, avec une option Diététique pour ceux qui souhaitent s'orienter en deuxième année vers cette formation. Le volume d'heure de la première année est de 960 heures avec une large place à des formations très fondamentales de mathématiques, physique ou chimie dont on peut s'interroger sur l'utilité dans cette formation de diététicien. La deuxième année comprend 840 heures et est beaucoup plus orientée sur l'apprentissage de la diététique avec notamment des cours Sciences de l'Alimentation, les pathologies d'adultes et de l'enfant, les régimes thérapeutiques mais également la gestion qualité et la communication.

Deux périodes de stage thématique différentes sont obligatoires : En première année, un stage de découverte du milieu en restauration collective (durée un mois), deux stages de fin d'étude (durée totale de 15 semaines) sur deux thématiques différentes à parité égale (un en secteur hospitalier, un dans le domaine de la qualité et de l'alimentation du consommateur).

La note des stages obtenue est prise en compte dans la note globale de l'évaluation de l'étudiant et la délivrance du diplôme.

Une des caractéristiques des DUT est la présence d'un projet tutoré. Introduit dans le programme en 1998, il s'agit d'un outil pédagogique qui permet l'implication personnelle des étudiants sur des thématiques personnelles, l'apprentissage du travail en groupe et la gestion du temps de travail. Le tuteur peut être un professionnel et il aide l'étudiant à découvrir les différents aspects de son métier de diététicien.

De plus, il a été mis en place un enseignement diététique à distance, essentiellement pour répondre aux besoins des étudiants éloignés des lieux de formation ou ayant déjà une activité professionnelle ou personnelle trop importante.

Les mêmes remarques concernant les différents objectifs d'enseignement qui devraient être respectées dans la formation au même titre que celles évoquées précédemment pour le BTS, peuvent être formulées. Là encore, le volume horaire déjà très important sur deux ans, apparaît nettement insuffisant pour atteindre cet objectif.

Le taux de réussite à l'examen est très élevé pour les étudiants qui mènent à bien leur scolarité (75 à 95 %) et il est de l'ordre de 95 % à 100 %. En 2000, environ 400 étudiants ont ainsi obtenu leur diplôme.

1.4.3. Les formations complémentaires

Il est possible de poursuivre les études avec des formations complémentaires. Il faut souligner qu'il existe une inégalité entre BTS et DUT dans l'accès à ces formations, pour un même diplôme professionnel : le BTS ayant lieu généralement fin septembre et les résultats n'étant connus que vers la fin d'octobre, il est impossible aux étudiants ayant suivi le BTS d'intégrer une licence dès leur troisième année d'études, alors que c'est possible pour ceux de la filière IUT.

1.4.3.1. Licence et maîtrise

Sous réserve d'obtenir l'équivalence d'un DEUG, il est possible de préparer une licence ou une maîtrise et de pouvoir accéder éventuellement à un 3^{ème} cycle. Plusieurs universités autorisent ces passerelles mais leur nombre reste encore limité.

1.4.3.2. Licence professionnelle

Il s'agit d'un nouveau diplôme bac + 3 qui a été mis en place récemment et dont il est difficile de connaître aujourd'hui les retombées. Accessible à tous les étudiants ayant un niveau universitaire bac + 2 ou équivalent, il semble surtout être fréquenté par les diététiciens.

1.4.3.3. Maîtrise des Sciences et Techniques (MST)

Ce diplôme est accessible aux diététiciens sur dispense puisqu'il est surtout ouvert aux étudiants ayant réussi un DEUG. Certaines MST, comme la gestion des organisations sanitaires et sociales (Lille 2), génie alimentaire (La Rochelle), environnement (Tours), assurance qualité des produits pharmaceutiques cosmétiques et diététiques (Paris 11^{ème}) accueillent aussi des diététiciens.

1.4.3.4. Diplôme d'ingénieur maître en IUP (Institut Universitaire Professionnalisé)

Cette formation de 3 ans permet d'obtenir un diplôme d'ingénieur maître à niveau bac + 4. Le titulaire d'un BTS ou DUT de Diététique passent directement en 2^{ème} année sur dispense. L'IUP de Nancy en Ingénierie de la Santé - spécialité Nutrition et Diététique, ceux d'Angers et Montpellier, Paris 12, Lille 2 et Toulouse 3, accueillent aussi fréquemment des étudiants issus de la formation diététique.

1.4.3.5. DESTU (Diplôme d'Etudes Supérieures et Universitaire)

Ce diplôme de formation complémentaire courte de un an permet de compléter les formations. Le DESTU de l'Université d'Angers par exemple permet la formation en assurance et en gestion de la qualité option agroalimentaire et biotechnologie, celui de Vichy assure la formation de qualicien apte à prendre en charge ou à participer à la fonction de qualité dans l'entreprise.

1.4.3.6. DU (Diplôme d'Université)

Ce sont des items créés en général en relation avec l'environnement professionnel et économique d'une région. Il ne s'agit pas de diplômes nationaux mais de diplômes reconnus uniquement par l'Université qui les délivre. Le DU « Nutrition et Diététique de l'Adulte » (Hôtel Dieu de Paris), DU « Nutrition du Sportif » (Université Pierre et Marie Curie, Faculté de Médecine Pitié Salpêtrière), DU « Nutrition et Diététique » (Université René Descartes, Faculté de Pharmacie de Paris), DU « Nutrition Artificielle » (Université René Descartes, Necker Enfants Malades), DU de « Diététique Supérieure » de Nancy (CHU de Nancy), DU « Sport et Nutrition » (Université de Paris Nord, UFR Bobigny), DU « Diététique et Nutrition Humaine » (Université de Nice

1.4.4. Formation continue

Il n'y a pas de formation continue obligatoire.

Au-delà de la participation aux congrès ou à des journées de formation ponctuelles, les enseignements plus structurés mis à disposition sont souvent très sélectifs.

Pour le diététicien hospitalier, il est possible de rejoindre la formation de cadre de santé pluridisciplinaire qui est ouverte sur concours dans les instituts de formation cadres « agréés ». Les diététiciens cadres de santé ont aussi accès à une formation proposée par l'Institut d'Enseignement Supérieur des Cadres Hospitaliers pour obtenir une maîtrise de Sciences et Technique de Gestion des organisations sanitaires et sociales délivrée par l'université Paris Dauphine. D'autres instituts proposent des formation de cadre supérieurs.

Pour les diététiciens du secteur agroalimentaire, l'établissement national d'enseignement supérieur agronomique de Dijon (ENESAD) organise une formation de haut niveau permettant aux diététiciens d'obtenir le diplôme d'ingénieur des Techniques des industries agroalimentaires. Elle n'est accessible que pour les diététiciens travaillant depuis au moins trois ans dans le secteur agro-alimentaire et se déroule sur 18 mois.

1.4.5. Formation dans l'Union Européenne et au Canada

En Europe, les données d'une enquête réalisée en 1998 par la Société Européenne de l'Association des Diététiciens (European Federation of The Associations of Dietitians – EFAD) montre qu'assez curieusement il n'existe pas pour l'instant de programme ni de volonté d'établir un enseignement unique de la diététique en Europe (du moins à partir des sources que j'ai pu obtenir). Le seul élément commun qui est avancé est la durée des diplômes qui devrait être de 3 ans pour l'obtention du titre de Bachelor of Sciences (BcS) de 5 ans pour le Master et de 8 ans pour le doctorat (PhD). Il existe de très grandes disparités de formation dans les différents pays, avec, pour beaucoup d'entre eux, possibilité d'avoir accès à trois types de qualification qui sont : les diététiciens administratifs qui gèrent essentiellement la restauration collective, les diététiciens cliniques qui travaillent dans les établissements de soins et en fin les diététiciens généraux qui associent un peu de ces deux qualifications.

Les enseignements et les formations sont très disparates d'un pays à l'autre ainsi que le volume horaire d'enseignement. Le diplôme de BcS de Diététique est délivré dans 16 pays (Autriche, Belgique, Espagne, Finlande, Grèce, Hollande, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lituanie, Luxembourg, Royaume Uni, Slovénie, Suède, Turquie) et la durée des études est de 3 à 5 ans.

Pour 6 pays, dont la France (Danemark, France, Germanie, Norvège, Pologne et Suisse), l'enseignement est de 1 à 2 ans, voire 3, mais non diplômant pour le BSc.

Le contenu des enseignements, ainsi que la durée des stages pratiques, sont très différents. Pour ces derniers, il est exigé par exemple 13 semaines en Italie et 90 semaines en Autriche. Rappelons qu'en France, le minimum requis est de 20 semaines. Ces différentes informations sont résumés dans le Tableau II (cf annexe) .

En résumé, et comme le souligne le rapport de la Société Européenne des Diététiciennes, il existe une très grande disparité avec une grosse hétérogénéité de l'enseignement, à la fois dans le contenu et la durée qui nécessiterait indiscutablement d'être uniformisé. Il n'y a actuellement aucune proposition d'enseignement uniformisé au niveau de l'Europe.

Au Canada, la durée de l'enseignement est de 3 ans et demi (7 semestres) avec des stages en milieu de travail. Il est délivré au terme de cet enseignement un BSc dans trois universités du Québec.

1.4.6. Comparaison de la formation diététicien par rapport au personnel soignant ou rééducateurs

Professions	Formation CM et TD Heures	Stage Heures	Niveau d'études reconnu	Diplôme
<i>Diététicien</i>	1600/1800	800	Bac + 2	DUT/BTS
Infirmière	2240	2275	3	DE
<i>Ergothérapeute</i>	1870	1560	3	DE
<i>Kinésithérapeute</i>	1860	1205	3	DE
<i>Orthophoniste</i>	1640	1200	4	Certificat de capacité
Manipulateur – radio	1528	2578	3	DE / DTS
Pédicure – Podologue	1315	1695	3	DE
Psychomotricien	1090	1080	3	DE
Technicien de Laboratoire	1560	4 à 8 semaines 800	Bac + 2	DE / BTS / DUT

En italique, sont indiquées les catégories de rééducateurs. Les diététiciens sont, dans cette catégorie, ceux qui ont la formation la plus courte. La différence est surtout frappante avec les orthophonistes, considérés à Bac + 4 alors qu'ils ont globalement 1700 h de moins que les diététiciens à Bac+2 !

2. Analyse des difficultés

2.1. Un problème général : la définition d'un rôle bien défini dans le soin en Nutrition.

La place du diététicien dans le système de santé, et le rôle qui leur est donné par les pouvoirs publics ou les soignants ne sont clairement identifiés. **Il existe en effet un contraste frappant entre l'importance déclarée des problèmes de santé publique (PNNS) et de la place centrale de la nutrition par rapport aux moyens et à l'importance donnée à ces différents acteurs, quel que soit le domaine d'expression (soins, éducation, organisation et recherche).**

A titre d'exemple, le métier de diététicien ne figure pas dans la récente loi des malades, contrairement à d'autres professions paramédicales et malgré toutes les difficultés rencontrées et exprimées par cette profession. Il y avait certainement une opportunité de pouvoir faire évoluer la situation avec ce nouveau texte. Les raisons évoquées étaient surtout liées aux caractères très hétérogènes de la profession certes médicale mais également industrielle et de collectivité.

Ce problème exprimé par les diététiciens est le reflet de la lisibilité encore insuffisante de la nutrition dans le champ médical. Il s'agit d'une difficulté générale de toutes les activités transversales de soins. Il s'agit probablement du problème central dont la solution permettra très certainement d'éclairer la situation et probablement de lever beaucoup d'ambiguïté. **La réorganisation de toute la filière de soin de la Nutrition devrait un objectif prioritaire du PNNS pour les prochaines années et ce rapport pourrait être l'amorce de cette réflexion.**

A partir de ce problème général, des problèmes plus spécifiques peuvent être d'ores et déjà pointés.

2.2. Place des diététiciens dans les établissements publics

Environ 80 % des diététiciens employés le sont dans des établissements publics ou assimilés. Ils ont ainsi une profession essentiellement liée à l'administration hospitalière et à l'activité médicale.

Il y a d'ores et déjà une très grande ambiguïté à ce niveau puisque pour beaucoup de directions des hôpitaux, la mission du service diététique est avant tout un service apporté à la clientèle (malades ou restauration collective). L'objectif est avant tout une gestion administrative correcte des stocks et de l'alimentation des usagers des hôpitaux avec, pour priorité, une sécurité maximum et le cas échéant une qualité gustative acceptable. Il est sur ce plan particulièrement intéressant de souligner que dans de très nombreux établissements le service diététique dépend directement de la direction des services économiques et/ou du responsable des unités de production.

Cette assimilation du métier de diététicien à celui de cuisinier est très souvent une source de conflit, de par la négation de la mission de soins portée par les diététiciens. Cette difficulté n'est souvent pas présente dans les plus petits établissements qui, en règle générale, se passent de services diététiques pour confier toute la mission restauration à une unité de production des repas. **Dans ce contexte, les interventions pour le soin et l'éducation sont souvent largement négligées voire occultées.**

Dans les établissements où ce service a pu se mettre en place, plusieurs difficultés sont là aussi identifiées. Tout d'abord, les effectifs souvent très faibles conduisent à une dilution de l'activité, lui faisant perdre de son efficacité. Ce problème est parfois résolu en limitant les interventions uniquement sur quelques services mais au détriment de nombreux patients hospitalisés qui, pour beaucoup, nécessiteraient un soin ou une éducation diététique.

De plus, la place respective des différents soignants n'est pas toujours très claire. En effet, les infirmières considèrent qu'elles ont pour certaines une prérogative sur la prise en charge du patient hospitalisé et notamment sur les aspects nutritifs. Certaines des missions qui auraient dû normalement revenir aux diététiciens ont été attribuées au fil des ans au personnel soignant et notamment aux infirmières.

La position du corps médical non spécialisé en Nutrition est souvent très ambivalente, considérant les diététiciens comme peu utile, malgré des discours en leur faveur mais sans véritable décision de recrutement ou le plus souvent les utilisant comme de simples adjuvants du soin sans envisager leur intégration et leur valorisation dans l'équipe soignante.

Les consultations diététiques qui pourraient être une façade de la profession vers l'extérieur n'ont aucune reconnaissance légale et sont réalisées sous couvert parfois de « fausses » consultations médicales. L'absence de décret d'actes explique cette difficulté. Plusieurs tentatives ont été faites pour combler cette carence. Il s'agit avant tout d'une décision politique mais qui a été bloquée. Comme il a été évoqué préalablement, l'hétérogénéité de la profession est la raison officielle avancée pour rendre compte de ce fait. Il s'est ainsi créé un véritable « cercle vicieux » : ayant peu de débouchés professionnels dans le système de soin, les diététiciens ont dû trouver d'autres débouchés, l'existence de ces débouchés étant utilisée maintenant pour continuer à bloquer leur meilleure insertion dans le système de soins.

Cependant, il ne faut peut-être pas trop noircir le tableau actuel, compte tenu des évolutions récentes, notamment dans la fonction alimentation/restauration avec la parution de la circulaire DHOS /E1/n°2002/186 du 29 mars 2002, et le décret n° 2002-550 du 12 avril 200, qui en créant les directions de soins, regroupe l'ensemble des paramédicaux dont les diététiciens.

La généralisation des comités de liaison alimentation (CLAN) sera un élément d'évolution favorable pour l'insertion et la reconnaissance de la profession, ainsi que la création d'équipes mobiles d'intervention nutritionnelle, mais il s'agit encore d'unités nouvelles et qui restent encore à créer dans presque tous les établissements.

2.3. Secteur libéral

La représentation de l'activité diététique dans le secteur libéral reste encore très modeste. En effet, il n'est recensé à ce jour que 300 diététiciens exerçant une activité libérale. L'essentiel de l'activité de consultation pour l'instant est donc surtout concentré au niveau des établissements de soins malgré les problèmes précédemment soulevés.

Dans le secteur libéral, il est souhaité beaucoup plus d'informations auprès des patients et surtout des médecins sur l'existence et le rôle des diététiciens. En effet, il s'agit rarement de consultations sur prescription médicale et beaucoup d'entre-elles sont des initiatives directes des patients.

Différents contacts avec cette profession n'ont pas permis de souligner des difficultés au niveau de l'enseignement, contrairement aux diététiciens des secteurs publics qui le considèrent beaucoup trop court. Il est surtout noté que la durée des consultations et les charges administratives et financières doivent faire envisager des honoraires relativement élevés. Le remboursement de l'acte n'apparaît pas être aussi central que celui de l'information auprès des patients. Cependant, il est clair que si le remboursement devait être envisagé, cela ne pourrait être que dans un cadre très strict et bien sûr sous prescription médicale, comme cela se fait actuellement par exemple pour les actes de kinésithérapie. Cependant, pour beaucoup de diététiciens libéraux, une crainte de réduction forte de revenus est exprimée si un décret d'actes est produit, ainsi que des nomenclatures visant à certains remboursements par les caisses d'assurance maladie et/ou les mutuelles. Il est en effet très probable que les remboursements proposés seraient très certainement inférieurs aux tarifs actuellement pratiqués.

2.4. Restauration collective et santé publique

Il y a ce sur ce point relativement peu de retours négatifs de la part de la profession, si ce n'est peut-être le moyen d'obtenir une formation initiale plus spécifique et ciblée sur ce type d'activité. La place dans l'entreprise est en règle générale très bien positionnée au départ lors de la création de l'emploi.

Il y a actuellement très peu de diététiciens intervenant dans l'organisation des soins et de santé publique. Quelques exemples sont cités dans des DRASS.

2.5. Insertion dans les entreprises

De nombreuses entreprises agroalimentaires font désormais appel aux diététiciens pour leur service qualité. Le plus souvent, la formation est revue au sein des établissements, notamment au plan marketing qui n'a jamais été enseigné durant la formation initiale. Le but est avant tout d'apporter une réelle dimension qualité à leurs produits.

2.6. Les relations avec les autres professionnels

Plusieurs enquêtes ont été réalisées auprès des partenaires de travail des diététiciens.

2.6.1. Médecins spécialistes

En ce qui concerne le corps médical et plus précisément les spécialistes (nutritionnistes et endocrinologues surtout), les diététiciens sont considérés comme des partenaires indispensables mais pour lesquels la formation initiale est largement insuffisante. De plus, il est parfois fait état d'une volonté d'autonomie jugée excessive ou nuisible.

Il est éventuellement envisagé de leur donner une place centrale dans les réseaux de soins qui actuellement se mettent en place pour les maladies métaboliques, notamment pour la prise en charge du diabète sucré et l'obésité. Cependant, l'absence de décret d'actes a bloqué, sur un plan purement administratif, leur création ou du moins l'insertion des diététiciens dans des activités reconnues.

2.6.2. Généralistes « spécialisés »

Il s'agit de médecins généralistes ayant fait des diplômes d'Université de Nutrition ou une formation « sur le tas ». Ils se considèrent la plupart du temps comme des (pseudo) spécialistes de la Nutrition et voient le remboursement des diététiciens comme une possibilité de concurrence vis à vis de leur activité qui, pour beaucoup, se résume à des prescriptions diététiques plus ou moins adaptées.

2.6.3. Médecins généralistes

Le métier de diététicien est curieusement assez mal connu de la part des généralistes qui d'ailleurs très souvent confondent le rôle exact des diététiciens et des nutritionnistes. Ils ne font pas partie de leur schéma de soins du fait du non remboursement des actes. De plus, leur activité est plus vécue comme un adjuvant que comme un acte central des soins que beaucoup de médecins considèrent ne pas avoir le temps de réaliser (et pour certains leur formation est insuffisante). De ce fait, la prescription d'actes diététiques est vécue très souvent comme une prescription de médicaments sans une intégration complète de la démarche et du suivi qui devraient être nécessaires à leur mise en place.

2.7. Formation

Il est assez surprenant de constater que deux formations différentes conduisent à un même diplôme (bac + 2) pour remplir une même fonction. Il est encore plus étonnant de constater que les programmes respectifs de ces formations ne sont pas strictement identiques, même s'il existe de grands recoupements. Cette formation dépend du bureau des formations courtes professionnalisées (DES A8) à la direction de l'enseignement supérieur, sous direction de la vie étudiante et des formations post-baccalauréat mais elle est très éloignée structurellement et fonctionnellement des autres formations médicales et paramédicales pour lesquelles aucune passerelle n'est prévue pour des échanges ou des compléments d'éducation. Ces deux formations ne fonctionnent pas de manière absolument congruente et complémentaire, créant ainsi des possibilités de tension ou de difficultés relationnelles.

La difficulté principalement évoquée concerne avant tout la durée de la formation qui est jugée beaucoup trop courte. En effet, la somme des connaissances à acquérir sur deux ans est beaucoup trop importante et laisse relativement peu de place à la pratique ou à la possibilité d'introduire de nouveaux modules d'enseignement concernant par exemple les troubles du comportement alimentaire ou la sociologie de l'alimentation qui serait un élément extrêmement important. De plus, les relations et la mise en apprentissage de l'activité de consultation, qui représentent à terme l'essentiel des interventions, ne sont que très peu développées malgré l'importance qu'elles revêtent dans ce domaine particulier qui ne touche pas que l'organique mais également beaucoup d'aspects psychologiques et sociologiques.

Les programmes sont cependant régulièrement révisés mais augmenter la durée des études sur 3 ans est une demande générale. Elle se heurte pour l'éducation nationale à un problème de niveau d'étude puisque dans la fonction publique hospitalière la formation à 3 ans ne correspond pas au niveau de qualification obtenu pour les bacs + 3 dans d'autres domaines. En effet, cette formation sur 3 ans pour l'enseignement supérieur mettrait le diplôme au niveau d'une licence professionnelle et aurait pour conséquence de créer un diplôme reconnu de niveau II (équivalent cadre) et donc nettement au dessus du niveau de recrutement actuel des diététiciens dans les établissements de soins. Il s'agit d'un problème récurrent semble-t-il que rencontre l'éducation nationale avec le secteur santé et pour lequel elle ne souhaite pas évoluer tant que ce problème ne sera pas réglé.

Soulignons également que l'origine de formations non hospitalières de ces personnels soignants (à la différence des infirmiers par exemple) conduit très souvent à une attitude moins favorable des différentes directions de ressources humaines des établissements de santé et qui est souvent rapportée non seulement par les diététiciens mais aussi par d'autres métiers tels que les kinésithérapeutes ou les orthophonistes.

2.8. Conclusion

Il faut surtout souligner l'extrême hétérogénéité des fonctions remplies par des mêmes professionnels, créant ainsi une ambiguïté dans les rôles et les missions qu'ils devraient remplir. La redéfinition plus exacte des rôles respectifs des intervenants en Nutrition serait certainement une source de progrès essentielle pour lever une grande partie de ces difficultés. Une fois ce problème résolu, la formation initiale ou continue ne serait qu'un ajustement de ce mode d'organisation dont le but est avant tout de répondre à un besoin de santé de la population française.

3. Propositions

Ces propositions d'évolution ont été dans la mesure du possible construites à partir des problèmes identifiés. Il est essentiel de débiter la réflexion à partir de la demande de soins et de santé publique, les aspects concernant l'organisation et la formation se déclinant à partir de ces besoins.

L'essentiel est de donner une meilleure lisibilité et cohésion au système en tenant compte des évolutions et contraintes prévisibles des prochaines années.

3.1. Redéfinir les missions des diététiciens pour la santé publique

La définition des nouvelles missions de la profession de diététiciens doit s'envisager en fonction des impératifs de santé publique et du principe de complémentarité avec la profession médicale. Les relations et les limites respectives du champ d'intervention de ces deux professions seront un élément central de l'efficacité. Ces missions doivent être envisagées pour le soins et la prévention.

3.1.1. Mission de soins

Elle peut se décliner autour de deux grands axes : carences d'apports ou apports inadaptés. Elle ne devra concerner en priorité que les activités concernant les apports et les comportements alimentaires. Les aspects sortant de ce champ d'activité devront faire l'objet de qualifications spécifiques. Ces différents aspects pourront être l'objet d'une réflexion plus approfondie et détaillée si le principe général est accepté. Le cadre général pourrait être le suivant.

3.1.1.1 Carences d'apports : Ce chapitre recouvre avant tout les états de dénutrition dans différentes catégories de patients mais principalement dans les secteurs de réanimation médicale ou chirurgicale, de gastroentérologie, de pédiatrie, de gériatrie, de cancérologie, de stomatologie et d'ORL. Ces champs pouvant être élargis à toutes les pathologies aiguës.

- Pour les interventions de base, seules les prescriptions médicales pourront être effectuées en les limitant à l'alimentation orale (y compris les suppléments alimentaires) ou entérale. La surveillance quotidienne de la réalisation des soins est dans cette compétence mais toute adaptation ou modification devra relever d'une prescription plus spécialisée.
- Un deuxième niveau «spécialisé» d'intervention peut être envisagé et complétera certaines activités médicales ou infirmières actuelles. Il ne sera autorisé que si une formation complémentaire est validée (équivalent d'un Master). Une activité de diagnostic et d'explorations pourra être réalisée. Après prescription médicale initiale, l'organisation et le suivi de l'alimentation orale , entérale et parentérale pourront être placés sous leur responsabilité. L'adaptation des traitements sera autorisée, sous réserve d'en rendre compte à un référent médical. Des gestes techniques pourront être

également autorisés, tels que la mise en place de sonde d'alimentation entérale, la pose de voies veineuses périphériques.

3.1.1.2 Apports inadaptés : Cet aspect recouvre de nombreuses pathologies métaboliques de l'adulte et de l'enfant (obésité, diabète, néphropathies, dyslipidémies, maladies génétiques, ...). Là encore, deux niveaux de qualification peuvent être envisagés.

- Pour les interventions de bases, sur prescription médicale l'évaluation de l'alimentation et du comportement alimentaire entre dans ce champ d'activité. La mise en place des règles diététiques prescrites par un médecin représente l'essentiel de l'activité. Elle pourra être effectuée à titre individuel ou lors d'éducation collective dont le programme aura préalablement établi par un personne qualifiée en nutrition. Le suivi éventuel des patients sera organisé également dans un cadre défini et sous autorité médicale.
- Pour le deuxième niveau «spécialisé» d'intervention, les mêmes règles pourront être appliquées mais la prescription diététique stricte sera autorisée (sont ainsi exclus toutes les activités en rapport avec le diagnostic et le traitement de comorbidités). L'organisation de l'éducation des patients ainsi que celle du suivi sera également dans leur champ d'activité dans des règles strictes définies de manière générale en accord avec les médecins et les tutelles.

La distinction de ces deux domaines de prise en charge a pour but de simplifier la présentation mais ne signifie pas qu'ils constituent deux domaines d'activité distincts ciblant des populations bien différenciée, alors qu'ils sont souvent l'objet de prises en charge croisées.

3.1.1 Missions de collectivités

Là encore deux niveaux d'activité peuvent se concevoir. Celui qui est actuellement répandu et correspond à l'élaboration de menu et de préparations dans les cuisines de collectivité. Un deuxième niveau pourra être envisagé en étendant cette mission vers de l'encadrement (responsable d'unité de production , etc ...) et un diplôme d'ingénieur spécifique.

3.2. Propositions pour l'organisation des soins

3.2.1. Dans les établissements de soins

L'essentiel est certainement de pouvoir dissocier les fonctions et d'éviter les zones de chevauchement de pouvoir. Beaucoup des difficultés proviennent d'une confusion des métiers et d'une mise sous une tutelle peu intéressée ou peu compétente pour les missions à remplir. Cette situation conduit à des dysfonctionnements de type conflictuels ou d'abandon. La récente circulaire de la DHOS (E1/2002/186) va permettre une réorganisation des structures de soins en nutrition clinique conformément aux conditions prévues au chapitre VI du titre IV du livre Ier de la partie VI du code de la santé publique.

3.2.1.1. Pour les grands établissements de soins (> 200 lits ?)

Il conviendrait ainsi de bien séparer l'activité de diététicien n'intervenant que dans l'organisation de la restauration de l'activité de soin auprès du malade.

La première activité correspond aux diététiciens de collectivité, elle est dénommée « diététicien administratif » dans les documentations européennes. Elle consiste avant tout à s'occuper de la restauration collective hospitalière et notamment de l'unité centrale de production, en mettant bien sûr l'accent sur la qualité gustative mais également sur la qualité nutritionnelle pour répondre à la demande de soins et, enfin et surtout, à mettre en place le maximum de règles permettant de garantir la sécurité aux usagers. Ces diététiciens pourraient toujours être sous la dépendance des services administratifs, des services économiques et/ou des responsables des unités de production. Il est nécessaire de prévoir une interface entre les services de restauration et de soins, cette mission pourra être du ressort d'un cadre diététicien. Ces diététiciens de collectivité pourront acquérir des formations supérieures qui leur permettraient de diriger les unités de production ou d'organiser des systèmes de restauration collective sur une large échelle.

La deuxième activité, correspond à l'intervention diététique auprès du malade dans l'équipe de soin, est par nature différente de la première et doit être considérée comme un acte thérapeutique. Elle doit s'inscrire dans l'ensemble des soins dits « supportifs ». Il s'agit des soins apportés à un patient et ne représentant pas le traitement central de leur pathologie (chirurgie d'une tumeur par exemple), mais l'ensemble des soins l'accompagnant. Dans ce type d'approche, il faut inclure les soins palliatifs, soins anti-douleur, kinésithérapie, ... et bien sûr l'approche diététique et nutritionnelle.

Ce type d'activités devrait s'organiser autour d'un service ou d'un département médical ou d'une unité fonctionnelle (regroupant médecins, diététiciens, kinésithérapeutes, infirmières, directeur administratif, etc ...) et sera sous une responsabilité médicale.

L'équipe diététique, cadres et diététiciens de différentes formations et niveaux, sera rattachée à ce service et son activité s'articulera autour du soin transversal qui pourrait être proposé sous la forme d'équipes mobiles dont le rôle serait double : à la fois de soin mais également d'éducation des patients et du personnel soignant. Cette structure opérationnelle ne se substituera pas au CLAN dont le rôle consultatif est avant tout d'harmoniser et de bonifier le travail de tous les acteurs de l'alimentation dans les établissements de soin. C'est à partir de cette entité, que seraient détachés dans l'ensemble des services de l'établissement les diététiciens, dans la recherche d'une adéquation permanente entre: besoins / ressources / compétences. (suivant les effectifs, la spécialité du service et la charge de travail, les diététiciens auront toujours un à plusieurs services en charge

Dans ces équipes, il est possible d'envisager différents niveaux de qualification des diététiciens. En effet, une formation complémentaire permettrait par exemple d'acquérir des compétences spécifiques, sur l'exemple des sages-femmes, qui permettraient de déléguer un certain nombre de soins, habituellement médicaux ou infirmiers, après acquisition de cette qualification comme cela a été indiqué précédemment. Par ailleurs, il faudrait envisager une qualification spécifique notamment pour l'éducation qui représente une approche très spécifique et nécessite des compétences particulières. **Cet aspect d'Education Thérapeutique devrait prendre dans les prochaines années une place importante et connaître des développements spécifiques. La diététique y jouera certainement un rôle central.**

Cependant, le soin « supportif » diététique ne représente pas l'ensemble de l'activité du soin en Nutrition dans un établissement. En effet, pour certaines pathologies, la Nutrition est l'axe

central d'intervention thérapeutique (maladies métaboliques par exemple) et dans ces conditions il faut imaginer et voire même favoriser la présence fixe dans ces services de diététiciens dont l'activité serait co-animée par les responsables de nutrition médicale de l'établissement et les responsables des services concernés.

Cette proposition a pour avantage de donner une meilleure lisibilité de la Nutrition/Diététique dans les établissements et d'améliorer l'efficacité. Des accords autour de tâches et d'interventions bien définies pourraient être élaborés entre les services de soins et le service ou équivalent de soins supportifs. L'activité de diététique de soin sera alors, comme toutes les activités médicalisées, sous la responsabilité de médecins. Si le principe général d'une telle organisation de soins supportifs est accepté, sa mise en place dans les établissements devra s'adapter à l'histoire et aux organisations locales. En d'autres termes le succès d'un tel modèle nécessite, dans un cadre général, de donner beaucoup de liberté d'organisation à l'échelon local.

3.2.1.2. Etablissements de soins de plus petite taille (< 200 lits)

Il est difficile d'envisager que l'organisation précédemment décrite s'installe dans des établissements de petite taille. Il faudrait cependant que ceux-ci puissent avoir accès à ce service qui est indispensable pour le soin et la qualité de la prestation hôtelière.

Il est souhaitable de créer un réseau régional de diététiciens qui constitueraient des équipes mobiles, intervenant dans plusieurs établissements. Ce réseau conduirait à harmoniser les pratiques, sous la responsabilité d'un coordonnateur médical, en permettant des interventions à la fois pour l'organisation, pour le soin et pour l'éducation,. Cette notion de réseau pourrait s'étendre là encore à tous les soins supportifs et pourrait s'adresser aux établissements publics ou équivalent mais aussi au secteur privé. Le fonctionnement serait en harmonie avec celui des grands établissements et sous la tutelle publique des ARH ou des DRASS.

Là encore, à partir d'un principe général, les organisations locales seront fonction des structures existantes, des moyens offerts et des établissements. Mais quelle que soit l'organisation adoptée, ce réseau aurait pour avantage d'optimiser les moyens, redéfinir les tâches et combler les manques en diététique et nutrition des structures isolées et/ou de taille modeste. De plus, il pourrait être un rouage important dans des projets d'éducation thérapeutique.

3.2.1.3. Prestations extérieures des établissements de soins

Il est certainement souhaitable qu'une activité de consultation diététique soit mise à disposition des usagers par les établissements de santé. Il n'est peut-être pas souhaitable de développer trop ce type d'activités qui devrait être avant tout réservé à l'activité libérale. Cependant, pour des pathologies très particulières dans le cadre **d'un réseau ville/hôpital ou dans des soins faisant suite à une hospitalisation**, il faudrait effectivement pouvoir organiser ce type d'activités. Pour cela, la création d'un décret d'actes pour les diététiciens est absolument indispensable. Si la formation des diététiciens évolue et permet de former des diététiciens de soins par opposition par exemple aux diététiciens de collectivité ou d'industrie, seuls ceux ayant cette compétence pourraient prétendre au décret d'actes. Cette activité, au même titre que toutes les autres, devrait pouvoir être identifiée ce qui nécessite de revoir la grille de cotation PMSI pour la nutrition.

3.2.2. Activité libérale

Cette activité de consultation ne pourrait être ouverte qu'à des diététiciens ayant une capacité à pratiquer des soins. Leur activité, comme pour les kinésithérapeutes, ne pourrait être envisagée que sur prescription médicale. Elle répondrait à une nomenclature d'actes bien définie. Là encore, un décret d'actes est indispensable et son existence dépend uniquement d'une décision politique. Il permettra d'intégrer les diététiciens dans l'office des professions paramédicales. De plus cette branche de la profession pourra intervenir dans l'éducation nutritionnelle adaptée à la santé publique pour laquelle des qualifications devront être organisées. Elle pourra ainsi répondre aux demandes de formation et d'information issues des comités régionaux d'éducation pour la santé, de collectivités ou d'associations.

De plus, dans un cadre préventif, le diététicien peut équilibrer l'alimentation d'un patient venant de sa propre initiative, sans prescription médicale, en dehors de tous champs thérapeutiques. Ces consultations non prescrites ne rentreront pas dans les discussions de nomenclature des actes.

La crainte est de voir le nombre d'actes se développer de manière excessive et peu adaptée aux besoins de santé de la population. Face à cette crainte, il faut souligner la très forte progression des problèmes nutritionnels. La présence de diététiciens est donc absolument indispensable pour répondre aux besoins de santé publique actuels qui deviennent majeurs, comme l'obésité par exemple. Pour éviter la prolifération d'actes, faut-il limiter la prescription aux seuls spécialistes ? Et lesquels ?

Compte tenu de l'évolution des pathologies liées à la nutrition, il est très probable que si seuls les spécialistes hospitaliers peuvent prescrire des consultations diététiques sur l'exemple de certains médicaments, le système deviendra très rapidement encombré et complètement inopérant. Une proposition serait d'ouvrir la prescription de consultation diététique à tous les spécialistes libéraux pouvant avoir des compétences en nutrition et/ou rencontrant des patients requérant fréquemment des conseils nutritionnels (Nutritionniste, Endocrinologue, Gastro-entérologue, Cardiologue, Néphrologue, Pédiatre). Cette proposition a pour avantage de permettre la réalisation des différentes recommandations de pratique ou de consommation (ANAES, AFSSA, AFSSAPS) et de pouvoir atteindre les objectifs des programmes nationaux de santé (PNNS, Diabète, Réductions des risques cardiovasculaires,...)

En ce qui concerne les médecins généralistes, ils ne pourraient le faire que dans le cadre de réseaux coordonnés par **un médecin spécialiste nutritionniste** et avec un cahier des charges clairement identifié. Ces réseaux de soins permettraient, d'une part, de mieux structurer et hiérarchiser les prescriptions diététiques et, d'autre part, d'apporter des compléments d'informations aux médecins généralistes afin qu'ils puissent optimiser les connaissances diététiques de leurs patients. Cette organisation nécessite la mise en place de réseaux d'éducation diététique avec les médecins généralistes. Le rôle du coordinateur est central et seul un médecin qualifié en Nutrition devra occuper cette fonction, ce qui aura pour conséquence, d'une part, de faire évoluer le Diplôme d'étude spécialisé complémentaire de Nutrition (DESC) dans son programme et, d'autre part, de le rendre qualifiant créant ainsi une véritable spécialité médicale de Nutrition dans le secteur libéral. Ce type d'organisation nécessite d'être testé et elle être mise en place à titre expérimentale dans deux ou trois régions accompagné d'une évaluation médicale et économique très stricte.

L'idéal serait de pouvoir mettre un place un observatoire nationale du métier de diététicien qui aura pour objectif d'animer, d'organiser et évaluer les différentes actions de réformes qui pourront être entreprises.

3.2.3. Restauration collective, santé publique et industrie

Il n'y pas à ce jour de problème d'organisation particulier. Les demandes exprimées sont surtout autour du conseil et sont le corollaire du manque de formation spécifique. Il est donc souhaitable qu'une inflexion de la formation puisse être apportée pour les diététiciens qui souhaitent rejoindre ce type d'activité.

Pour la santé publique, il est souhaitable que cette profession soit représentée dans toutes les DRASS avec des missions initialement focalisées sur l'animation d'éducation en Nutrition et la mise en place de réseaux de soins et d'éducation. Une interaction forte avec les comités d'éducation pour la santé est fortement recommandée.

3.2.4. Activité de recherche

Il y a, à ce jour, peu de passerelles possibles et il s'agit avant tout, là encore, d'un problème de formation. Au delà des quelques diététiciens qui pourront être impliqués dans les organismes de recherche existants (CRNH, INSERM, INRA,...), il faut en effet plus envisager des passages vers des thèses de Sciences et prévoir des options recherche dans les Masters.

3.3. Les besoins quantitatifs en diététiciens

Il s'agit d'un problème difficile car il n'y a pas de modèle de prédiction à ce jour. Il faut en outre tenir compte du besoin croissant.

L'expérience actuelle et le rapport du Pr Guy-Grand ont montré qu'il y avait un grave déficit dans les établissements de soins. Avoir pour objectif les recommandations de la CEE de 1970 peut être une base de départ de la réflexion. Les ratios fixés était de 1/40 malades pour les lits spécialisés, 1/75 pour les lits d'aigus et de 1/100-150 pour les longs et moyens séjours. Sur ces bases, l'évaluation des besoins n'est cependant pas très simple compte tenu de la grande disparité des situations. Une mission d'évaluation pourrait être confiée aux comités techniques régionaux de Nutrition récemment mis en place dans le cadre du PNNS et relayée localement par les Comités de Liaison Alimentation Nutrition là où ils existent.

Quoiqu'il en soit, la proposition de création de 800 postes sur 5 ans envisagée dans le cadre du PNNS n'apparaît pas excessive et est probablement inférieure au besoin réel qui devrait se situer entre 1000 et 1300 postes.

Pour le secteur libéral qu'il est souhaitable de développer, la réflexion pourrait débiter sur la base de 1 diététicien pour 20 à 30 généralistes.

3.4. Restructuration de l'enseignement

Cette restructuration entre de la cadre de la réorganisation du soin pour répondre aux besoins de santé publique exposés précédemment. Il est bien sûr regrettable qu'aucune organisation harmonisée n'ait été mise en place en Europe. La France pourrait proposer d'initier et porter cette réflexion.

Dans l'état actuel, la restructuration de l'enseignement doit tenir compte des schémas d'organisation européens futurs et s'envisager à deux niveaux, d'une part sur la structure elle-même et d'autre part sur les programmes. Concernant les programmes, il s'agit certainement de la partie la plus simple à rédiger en fonction des objectifs qui devront être définis et qui

pourraient faire l'objet d'une réflexion d'un groupe de travail spécifique pouvant faire des propositions aux différentes instances. Cependant cette réflexion est très dépendante du schéma d'organisation qui sera adopté.

Le problème le plus complexe est certainement la réorganisation de l'enseignement. En effet, différentes difficultés se posent, analysées précédemment, concernant la durée des études, sa structuration et les conséquences sur le statut :

- la durée des études est, pour beaucoup, considérée comme étant trop courte compte tenu du volume de l'enseignement et de son évolution très certainement croissante encore dans les prochaines années.

- en termes de structuration, il est nécessaire de réfléchir d'emblée dans un modèle européen. Bien qu'il n'existe pas encore à ce jour de propositions concrètes sur ce point, beaucoup de formations universitaires ont débuté leurs réflexions sur leur adaptation au modèle 3-5-8 (LMD, pour licence, master, doctorat).

- en termes de conséquences sur le statut des personnels. La durée des études n'est pas seule en cause dans la nécessaire évolution de ce statut. En effet, il faut tenir compte du fait que cette profession va certainement évoluer d'un statut de technicien à un statut de cadre ou assimilé dans les prochaines années du fait de l'implication de plus en plus forte des diététiciens dans le système de soins, pour faire face notamment à la pénurie de médecin. Un certain nombre de tâches médicales vont probablement glisser vers le secteur paramédical. Il faut, dans la formation initiale, mettre en place des outils permettant de répondre à ce besoin.

Deux schémas peuvent éventuellement s'envisager.

3.4.1. L' Université de soin

Le premier est très dépendant de la création des Universités de soin ou de structures équivalentes. Si effectivement ce projet voit le jour, il apparaît absolument indispensable que les diététiciens soient formés dans ces universités au même titre que les infirmières, les kinésithérapeutes, les sages femmes, les médecins, les pharmaciens, etc... Il est tout à fait possible d'envisager qu'après un tronc commun initial une orientation puisse se faire vers les métiers de la diététique, impliquant une très forte participation de l'enseignement médical mais sans omettre des options beaucoup plus ouvertes vers le monde industriel et la restauration collective. Un diplôme (diplôme d'Etat sous la dépendance d'une co-tutelle, Université et Santé, pouvant servir d'expérience pilote voire de modèle pour les autres professions paramédicales ?) ou une licence pourrait être obtenu après trois ans, ce qui correspondrait au BSc européen. Il pourrait être envisagé très tôt la création d'options spécifiques permettant de définir 2 profils : des diététiciens de soins et des diététiciens de collectivité et industrie.

Après ces trois ans, la création d'un master de deux ans pourrait être envisagée afin d'apporter des formations complémentaires. Le master donnerait un statut de cadre encore plus identifié dans des domaines très spécifiques au niveau du soin par exemple : l'assistance nutritive, la prise en charge de certaines pathologies chroniques (obésité, ...), la psychologie appliquée à la nutrition, l'éducation pour la santé publique et médicale, la santé publique, la recherche en nutrition,...

Pour la collectivité ou l'industrie, la gestion et la direction des unités de production ou des restaurants d'entreprise, la santé publique, les techniques marketing, de management, d'assurance qualité en agro-alimentaire ou des formations d'ingénieurs

Pour la recherche, il sera possible de rejoindre les master spécifiques de recherche fondamentale ou d'épidémiologie.

Ces masters permettraient de répondre à la formation pour les qualifications supérieures décrites dans les missions, permettant de définir des « diététiciens supérieurs ou des diététiciens nutritionnistes ? ».

Enfin, il n'est pas exclu d'envisager éventuellement pour certains la réalisation d'une thèse d'Université

Ce développement est bien sûr fortement lié à la création des Universités de soin qui reste encore à l'évidence un problème non parfaitement résolu.

3.4.2. Adaptation de l'organisation actuelle

Pour faire face rapidement aux besoins actuels, le 2^{ème} schéma qui pourrait être proposé serait le suivant.

Il y aurait dans un premier temps maintien des formations actuelles, BTS et DUT sur deux ans, avec une harmonisation du programme, des stages et surtout des modes d'évaluation.

Une troisième année complémentaire serait proposée, débouchant sur un diplôme d'Etat ou une licence (cf supra) définissant deux filières :

- Une filière purement de soins , formant des diététiciens dont l'activité serait définie au sein des établissements de soins ou dans le secteur libéral par la création d'un décret d'actes en conformité avec le Code de Santé Publique. Seule cette formation permettrait de pratiquer les actes clairement identifiés et référencés dans la nomenclature. Cette formation pourrait être sous la responsabilité de professeurs de nutrition et effectuée dans les facultés de Médecine. La formation durant cette troisième année sera bâtie sur le modèle de celle des étudiants en médecine, à savoir des stages pratiques tous les matins et une formation théorique l'après-midi. Il sera fortement souhaité que les services de formation des hôpitaux soient fortement impliqués dans l'enseignement. Une ouverture vers la recherche pourrait être proposée. Cette formation pourrait être organisée dans certains CHU de France et il pourrait être suggéré qu'elle se mette en place initialement dans les villes dans lesquelles un Centre de Recherche en Nutrition Humaine a été créé et reconnu, ce qui faciliterait éventuellement l'apprentissage à la recherche, mais également dans celles ayant démontré un certain dynamisme dans la formation des diététiciens.

L'admission dans cette troisième année serait liée à la réussite au BTS ou au DUT, dont la forme serait alors uniformisée pour tenir compte des modifications de programme que va impliquer cette troisième année et d'autre part pour permettre une sélection équitable.

Une très forte interaction entre les différents enseignants de ces trois années devient de ce fait indispensable pouvant même s'étendre à des mises à disposition pour de l'enseignement.

Cela suggère que soit créé un enregistrement sur un tableau d'Ordre ou auprès des préfectures par exemple pour la diététique de soin

- Une deuxième filière de diététiciens de collectivité et industrie santé publique, non médicalisée, pourrait être créée, toujours après les deux ans de formation initiale, qui concernerait avant tout une formation orientée vers la restauration collective, et/ou une orientation vers l'industrie.

La troisième année de cette formation pourrait être effectuée dans des universités scientifiques, des écoles d'ingénieurs agro-alimentaire et/ou dans des centres clairement identifiés (CNAM par exemple). Il serait là aussi souhaitable que des médecins et que les

Centres de Recherche en Nutrition Humaine soient fortement impliqués. Les diététiciens ainsi formés auraient un rôle essentiellement dans les entreprises et en collectivité et ne pourraient pas pratiquer de diététique de soins, conforme au décret d'actes.

L'enseignement de la santé publique devra prendre une large part dans l'enseignement et sera présent dans le programme des deux filières.

Trois éléments doivent être soulignés.

- 1) Il est indispensable que des passerelles soient créées entre les deux filières et qu'une diététicienne d'un secteur d'activité puisse éventuellement au cours de sa carrière reprendre l'enseignement de cette troisième année dans le cursus qu'elle n'a pas suivi pour acquérir l'autre qualification –
- 2) Le BTS ou le DIUT ne seront pas supprimés et leur obtention permettra d'intégrer la troisième année qui sera effectuée dans d'autres établissements (UFR santé, sciences, écoles d'ingénieur, CNAM). Ces diplômes pourront éventuellement rejoindre d'autres filières de formation (infirmières, kinésithérapeutes, etc ...) ou obtenir des emplois de techniciens dans des secteurs encore à définir –
- 3) De plus, l'organisation de master comme cela a été évoqué précédemment reste possible et même indispensable.

Ce modèle a pour avantage d'être très rapidement opérationnel, d'augmenter la formation à bac + 3 et se met en phase avec les recommandations européennes générales. Il permet de répondre à l'augmentation du volume de formation souhaitée par tous et de permettre de donner une bonne lisibilité à la profession en identifiant clairement deux grands secteurs d'activité répondant à des fonctionnements et des réglementations différentes.

Il ne remet pas en cause les formations actuelles et son personnel. En revanche les formations complémentaires actuelles seront moins justifiées, mais pourraient s'adapter facilement dans le cadre de la filière de collectivité et industrie.

Des équivalences et des mesures transitoires devront être mises en place, en concertations avec les représentants de la profession, pour permettre aux diététiciens actuellement en exercice d'obtenir le nouveau diplôme, en prenant en compte d'éventuelles formations complémentaires, le suivi volontaire d'actions de formation continue (incluant les congrès) et l'expérience professionnelle acquise.

3.5. Evaluation des flux de formation

Actuellement la formation excède la demande puisque environ 20% des effectifs annuels sont sans emploi ou font des métiers hors du champ de leur formation de base. Il ne faut donc pas envisager dans un premier temps d'augmentation des effectifs, ni l'ouverture de nouveaux centres de formation de BTS ou DUT. Cette situation devra par la suite être adaptée à la demande. Le renfort des équipes d'enseignants dans les UFR de médecine et les écoles d'ingénieurs devra être rapidement abordé dans une discussion entre les ministères de l'Education Nationale, de la Santé et de l'Agriculture. Au delà de la création de postes de professeurs, maîtres de conférences, il faut envisager la mise à disposition de diététiciens et/ou infirmières enseignants par les établissements de soins. De plus, l'organisation de missions d'enseignement utilisant tous les acteurs potentiels nationaux doit faire partie de la réflexion.

3.6. La formation continue

Dans ce domaine, tout est à créer. Faut-il la rendre obligatoire ? La notion de re-certification pourrait être envisagée tous les 5 ou 10 ans par exemple. Ce fonctionnement, assez coercitif et dont les modalités restent à définir, aurait pour avantage d'augmenter et de maintenir un très bon niveau de compétence des professionnels.

Le cadre de cette formation continue devrait être négocié entre les sociétés savantes et les organismes de formation de santé (Facultés de Médecine et/ou Centre Hospitalier). Pour les diététiciennes de collectivité, le même schéma pourrait être envisagé en étroite collaboration avec les écoles d'ingénieur et les écoles de commerce. La création des master serait un élément très stimulant de formation continue s'ils peuvent être aménagés pour permettre d'être suivis avec une activité professionnelle.

Conclusion

Le métier de diététicien doit évoluer tant dans l'organisation de la pratique que pour la formation. Il n'y a pas de proposition au niveau de l'Europe pour tenter d'uniformiser l'enseignement et l'exercice de la profession. La France pourrait être un moteur pour faire évoluer cette situation, dans la droite ligne de sa proposition Nutrition lors de sa présidence de l'Union Européenne en 2000.

En attendant cette évolution, plusieurs propositions pourront permettre de faire progresser la situation actuelle. Les 10 principales mesures sont les suivantes :

Proposition pour adapter le métier aux enjeux actuels :

Redéfinir les missions et les compétences

Créer deux qualifications distinctes : de Soins et de Collectivité / Industrie

Encourager le développement du secteur de diététique libéral et de santé publique.

Organiser l'activité de soin diététique et d'éducation nutritionnelle dans les structures de soins

Créer des réseaux de soins en nutrition en médecine libérale

11. Mettre en place un observatoire du métier de diététicien ayant pour objectif d'animer et d'évaluer l'efficacité des mesures proposées

Propositions pour adapter la formation :

12. Prolonger la durée des études à 3 ans (Licence) en impliquant les UFR de médecine et les écoles d'ingénieur agroalimentaire ou équivalent.

13. Ouvrir la formation vers des Master permettant de définir de nouvelles qualifications ouvrant en particulier des champs d'action plus médicalisés et/ou tournés vers l'éducation ou l'industrie.

Propositions pour adapter le statut :

14. Définir un décret d'acte et élaborer une nomenclature

15. Définir les conditions du remboursement des actes diététiques

Le manque d'effectifs dans les établissements de soin est un élément essentiel à prendre en compte et les propositions de recrutement avancées dans le PNNS sont justifiées et devraient être honorées. Ces recrutements devraient être intégrés dans une restructuration des services diététiques qu'il faudrait insérer dans des unités médicalisées transversales de soins en Nutrition. Pour les établissements de petite taille, cette activité de soin pourra être assurée dans le cadre d'un réseau régional mettant à disposition du personnel mobile. Ces activités de soins devraient être dissociées de la gestion de la restauration collective qui restera sous la responsabilité des unités de production et des services économiques. Cette séparation des activités devrait pouvoir être retrouvée dans la formation débouchant sur deux qualifications de diététique de soins et de collectivité. Un décret d'actes pourra être ainsi établi pour les diététiciens de soins permettant d'engager une négociation avec les caisses d'assurance maladie pour obtenir une nomenclature et des remboursements d'actes. Les actes devront être réalisés sur prescription médicale pour pouvoir être remboursés et la prescription limitée aux spécialistes et à des réseaux d'éducation nutritionnelle animés par des médecins spécialisés en nutrition et regroupant des médecins généralistes. L'essentiel des actes sera réalisé dans le secteur libéral.

La formation devrait être prolongée sur une durée de 3 ans et permettre ainsi de répondre aux standards européens. Si l'Université de soin est créée, elle devra inclure la formation en diététique. D'ici là, il est possible d'adapter la situation actuelle en maintenant le BTS ou le DUT mais en installant une troisième année, dans les facultés de médecine pour la diététique de soin ou les écoles d'ingénieurs agroalimentaires pour la diététique de collectivité. Des formations complémentaires de deux ans sous forme de Master ou de diplômes d'ingénieur permettra d'ouvrir la profession vers des activités d'encadrement ou la recherche.

L'ensemble de ces mesures a pour objectif de replacer et définir la place de la diététique dans l'ensemble du système de soins et de l'organisation de l'alimentation. Elle est un rouage essentiel dans le soin supportif des malades et les stratégies de prévention de la population générale. Il est temps désormais de faire évoluer ce fait de la théorie à la pratique.

Liste des contacts ayant accepté de participer à un entretien sur ce rapport

Association Française de Diététique (ADLF) :

Madame Bicaïs, Madame Puissant et Madame Malaty

Association des Diététiciens Libéraux (ADL) :

Mesdames Sabine Casanova, Sophie Cantin, Virginie Sicart, Laurence Bodin, Katherine Kureta-Vanoli, Murielle sauty.

Collège des Enseignants de Nutrition (CEN) :

A peu près 40 médecins nutritionnistes ont été contactés, soit lors d'entretiens, soit par courrier électronique. La grande majorité était des professeurs d'Université-praticiens hospitaliers ou Maîtres de Conférence-Praticiens Hospitaliers des Centres Hospitaliers Universitaires.

Fédération Nationale des Associations Régionales d'Endocrinologie, Diabétologie, Métabolisme (FENAREDIAM) :

La majorité des membres ont été sollicités lors de leur rencontre annuelle et certains ont apporté leur contribution et leur réflexion au rapport.

Associations de Cardiologues Libéraux de Loire-Atlantique

Plusieurs groupes de formation médicale continue de médecins généralistes de la région des Pays de Loire rencontrés essentiellement lors de réunions de formation.

Plusieurs personnes ont été contactées directement, soit du fait d'une réflexion connue sur le thème soit du fait de leur position professionnelle :

- Monsieur le Professeur Alain Mouzard, Doyen de la Faculté de Médecine de Nantes.
- Madame le Docteur Mechineau, Praticien Hospitalier particulièrement impliquée dans le développement des soins « supportifs ».
- Monsieur Le Moign, Directeur Adjoint du Centre Hospitalier de Nantes.
- Madame Caraux, surveillante diététicienne au CHU de Nantes.
- Monsieur Mourier, Directeur des Services Economiques du CHU de Nantes, ayant occupé une fonction identique dans plusieurs établissements de plus petite taille.
- Monsieur Aubena et Madame Maghfour, de la DHOS, et plus spécifiquement chargés des diététiciens dans les établissements de soins.
- Madame Ménager, de l'Education Nationale, supervisant le BTS de Diététique.
- Monsieur Lautier, coordinateur des DUT de Diététique qui a réuni ses collègues pour produire un document de travail.

Ce rapport a également été largement influencé par ma participation au groupe de travail de la DOS concernant l'évolution de la nutrition dans les établissements de soins et qui m'a permis d'être en contact avec des responsables d'unités de production, des infirmières, des diététiciens ainsi que des médecins.

A partir de ce document de base, une relecture collective a été réalisée principalement auprès des associations.

Bibliographie

Marie-Christine Puissant, Marie-France Six, Michelle Cabanel, Corinne Garrault, Michèle Maitre. Diététiciens aujourd'hui. Maloine édition. Collection « Professions de Santé », 2000.

Rapport de mission du Professeur Guy-Grand : « Alimentation en milieu hospitalier », janvier 1997.

Association des Diététiciens de Langue Française. La formation du diététicien : constats et souhaits de la profession. Mars 2001.

Association des Diététiciens de Langue Française. Le diététicien en établissement de santé. 2^{ème} version – 2000.

Site Internet LegiFrance : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Ministère de l'Éducation Nationale, de la Recherche et de la Technologie. Centre National de Documentation Pédagogique. Brevet de Technicien Supérieur Diététique. Arrêté du 9 septembre 1997 et annexes.

Le Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale. n°7, 30 juillet 1998, volume 1.

Haut Comité de la Santé Publique. Rapport : « Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France ». Juin 2002.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Programme National de Réduction des Risques Cardiovasculaires 2002 – 2005. Février 2002.

L'Assurance Maladie des Salariés – Sécurité Sociale. Direction du Service Médical. Département Soins de Ville / Mission Statistique. Programme de Santé Publique sur la prise en charge du diabète de type 2. Evolution de la prise en charge des diabétiques non insulino-traités entre 1998 et 2000. Février 2002.

L'Assurance Maladie des Salariés – Sécurité Sociale. Direction du Service Médical. Département Soins de Ville / Mission Statistique. Programme National de Santé Publique. Prise en charge de l'hypertension artérielle sévère en France et 1999 et 2000. Février 2002.

Tableau I : Description du rôle des diététiciens selon l'O.I.T. :

0-69 Diététiciens et spécialistes des problèmes de nutrition (santé publique)

Les diététiciens classés dans ce groupe de base :

- organisent et surveillent la préparation des régimes alimentaires destinés à des individus ou à des groupes ;
- contrôlent et évaluent les éléments des programmes alimentaires qui se rapportent à la nutrition ;
- aident à déterminer les divers facteurs relatifs aux problèmes de diététique et d'alimentation de la collectivité.

Leurs tâches consistent :

- à organiser et surveiller la préparation des régimes thérapeutiques ou autres destinés à des individus ou à des groupes, dans les hôpitaux, les institutions et autres établissements ; ainsi qu'à des travailleurs occupés dans des secteurs d'activités particuliers ;
- à participer à l'exécution de programmes d'éducation et de réadaptation en matière de diététique ;
- à concevoir et coordonner des programmes de nutrition et à donner des conseils sur les aspects diététiques des problèmes alimentaires et des programmes de santé de la collectivité.

0-69-10 Diététicien en général

- Organise et surveille la préparation des régimes thérapeutiques ou autres destinés à des individus ou à des groupes, dans les hôpitaux, les institutions et autres établissements, ou à des travailleurs occupés dans des secteurs d'activités particuliers.
- S'acquitte d'autres tâches en rapport avec les programmes de diététique, donne des instructions pour que les aliments soient choisis et judicieusement préparés, conformément aux principes de la diététique.
- Peut être chargé d'acheter des aliments pour le compte d'une organisation ou d'un établissement.

0-69-20 Spécialiste des problèmes de nutrition relatifs à la santé publique

- Évalue les divers facteurs qui se rapportent aux problèmes de nutrition et d'alimentation de la collectivité et met au point les éléments d'un programme de santé qui ont trait à la nutrition et en assure l'exécution.
- Examine l'état de la collectivité du point de vue de la nutrition et fonctionne comme conseiller en matière de nutrition dans les services de santé publique.
- Conçoit et coordonne les éléments des programmes d'éducation et de réadaptation en matière de nutrition destinés à des groupes particuliers de la collectivité.

0-69-90 Autres diététiciens et spécialistes de problèmes de nutrition (santé publique)

Sont classés ici les diététiciens et spécialistes des problèmes de nutrition (santé publique) qui ne sont pas compris dans les professions énumérées ci-dessus, par exemple ceux qui exercent des fonctions de conseillers dans des entreprises de transformation et de distribution des denrées alimentaires ou dans des fabriques de matériel et d'équipement pour la transformation des denrées alimentaires.

Tableau II : comparaison des enseignements de diététique en Europe.

BcS

Pays	Durée totale (années)	Durée totale (semaines)	Durée des stages pratiques (% par rapport à la durée totale des études)
Autriche	3	132	68
Belgique	3	96	16
Espagne	3	90	19

Finlande	5	pas d'information	
Grèce	4	128	19
Hongrie	4	136	18
Irlande	4,5	144	23
Italie	3	123	11
Lituanie	3	126	26
Pays Bas	4	168	18
Royaume Uni	4	120-150	25-31
Slovénie	3	90	17
Suède	3	120	12
Turquie	5	140	24

Non BcS

Pays	Durée totale (années)	Durée totale (semaines)	Durée des stages pratiques (% par rapport à la durée totale des études)
Allemagne	3	138	27
Danemark	2 (admin) + 1 (clin)	94 (admin) + 40 (clin)	50 (admin) + 15 (clin)
France	2	60	35
Norvège	2	76	1
Pologne	2	72	47
Suisse	3	120-132	42

