

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Le diététicien est reconnu comme professionnel de santé depuis Janvier 2007.

En effet la Loi N° 2007-127 donne un cadre juridique à la profession

Définition de la profession :



Art. L 4371-1 - Est considérée comme exerçant la profession de diététicien toute personne qui, habituellement, dispense des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un **bilan diététique** personnalisé et une **éducation diététique** adaptée.

Les diététiciens contribuent à la définition, à l'évaluation et au contrôle de la qualité de l'alimentation servie en collectivité, ainsi qu'aux activités de prévention en santé publique relevant du champ de la nutrition

Ainsi, depuis ces dernières années, le diététicien en établissement de santé, s'intègre dans la coordination de la prise en charge nutritionnelle globale de la personne soignée en interaction avec les actes des autres professionnels. Il assure la prise en soin diététique (PSD) qui est un ensemble d'actes de soins et de rééducation nutritionnelle auprès de patients ayant des besoins nutritionnels spécifiques liés à leur état de santé et cela, même de façon ponctuelle. L'alimentation est devenue un soin à part entière.

Pour réaliser une PSD à visée thérapeutique, une prescription médicale est obligatoire **notée et datée dans le dossier du patient pour la traçabilité des soins** : tout au long de cette PSD, le diététicien note dans un langage clair et professionnel toutes ses actions menées dans le dossier et tous les documents de transmission. Dans des structures un protocole validé notamment au cours de réunions du **CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition**, peut remplacer la prescription médicale. Dans de nombreux établissements de soins, un CLAN est mis en place suite à la recommandation d'une circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins de mars 2002. . Pour les petits établissements, un inter-CLAN commun est possible. Le comité est composé de différentes catégories professionnelles, concernées par le plateau du patient (du personnel de restauration aux médecins en passant par le personnel paramédical). La profession de diététicien y est en principe représentée.

Ce comité participe par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades et de la qualité de la prestation restauration.

La nutrition est un soin qui doit faire l'objet d'une organisation et de règles spécifiques. Il s'agit **d'adapter le soutien au risque nutritionnel en se basant sur des recommandations d'apports nutritionnels et sur une organisation des soins en nutrition.**

Toutes les activités, actions, faites par le diététicien sont « codées » selon un codage précis. Durant vos stages en secteur thérapeutique, renseignez-vous sur l'existence d'un CLAN et de ce codage pour bien les comprendre.

Le diététicien réalise la démarche de soin diététique auprès des patients nécessitant une PSD.

DÉFINITION DE LA DÉMARCHE DE SOIN DIÉTÉTIQUE

La démarche de soin diététique (DSD) est une méthode qui engage le soignant dans un processus de résolution de problèmes. Les étapes se succèdent en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne soignée. Ces étapes appelées aussi « actions » sont en relation et sont tributaires les unes des autres : recueil de données, analyse et interprétation des données, élaboration du diagnostic et des objectifs diététiques, planification des soins, réalisation des soins, évaluation et réajustement.

La DSD mobilise des capacités d'analyse, de synthèse, de déduction et de raisonnement scientifique.

Elle se réalise pour le soin thérapeutique et aussi le soin préventif ou éducatif, que ce soit en hospitalisation, en cabinet libéral ou en santé publique.

En cas de prise en soin diététique thérapeutique, une prescription médicale est obligatoire : le diététicien agit sur prescription médicale comme tous les auxiliaires professionnels paramédicaux. Cette prescription médicale peut être un protocole validé dans le cadre thérapeutique.

La prescription médicale est l'étape d'initialisation de la PSD. Elle informe le diététicien que pour le patient indiqué, une PSD doit être mise en place.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit donc d'un ensemble d'actions de soins formalisées et coordonnées par le diététicien dont l'objectif général est la mise en place d'un traitement nutritionnel. Pour l'atteindre, le diététicien réalise pour chaque patient qu'il prend en charge suite à l'identification d'un problème nutritionnel :

- a) un recueil des données incluant les données nutritionnelles faites à partir d'un bilan alimentaire qui, suite à son analyse permet d'élaborer
- b) un diagnostic diététique qui débouche sur
- c) un plan de soin diététique avec des objectifs diététiques qui feront l'objet d'
- d) une évaluation
- e) une synthèse de la démarche de soin diététique dans le dossier patient, et si besoin des conseils de sortie remis au patient ou une fiche de liaison pour une structure accueillant le patient.

Étude de la méthodologie de ces différentes étapes :

RECUEIL DES DONNÉES

Vous avez pu avoir une première approche à ce recueil des données en cours de physiopathologie de 1^{ère} année.

Pour réaliser ce recueil, le diététicien prend connaissance dans le dossier du patient, des informations d'ordre socio-administrative, médicale et paramédicale et anthropométrique dont il a besoin et qu'il complète suite à sa visite auprès du patient et/ou de son entourage. Il s'entretient également avec les professionnels de santé pouvant lui apporter des informations nécessaires : médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologue, assistant social etc.

Il y indique également les données nutritionnelles qu'il recueille lors de l'entretien avec le patient et/ou de son entourage, en réalisant un bilan alimentaire dont la méthodologie est expliquée à la suite de ce paragraphe.

*Le référentiel de 1997 du BTS Diététique concernant le programme de la matière « régimes » indique bien dans son point 1 : « **méthodologie et conduite de l'interrogatoire alimentaire et l'interprétation quantitative et qualitative** ». Ce bilan alimentaire est une compétence professionnelle du diététicien.*

Il est important de rappeler que tous les renseignements sont soumis à la confidentialité. Ils ne doivent donc pas être divulgués. Ainsi l'anonymat des patients et toute personne comme les professionnels, est donc obligatoire y compris dans l'étude des cas cliniques dans votre mémoire.

Voici les données nécessaires à la DSD :

Données socio-administratives :

Numéro de dossier et coordonnées personnelles du patient : *ne pas les noter dans le mémoire*

Nom, prénom : *dans le mémoire, noter la 1^{ère} lettre du nom ou le prénom pour un jeune enfant*, date de naissance (*âge*), situation familiale, activité professionnelle, activités de loisirs, activité physique, environnement, situation sociale et conditions de vie, appréciation des moyens financiers, nationalité, langue parlée et/ou écrite, appréciation du tabagisme

Données médicales :

Dates d'entrée et de sortie, motif d'hospitalisation, médecin initiateur de l'hospitalisation, de la prise en charge diététique, diagnostic médical, pathologies associées, antécédents médicaux et/ou chirurgicaux du patient et familiaux, traitements (*les traitements à l'entrée du patient sont à préciser avec leurs indications*)

Données anthropométriques :

Poids et son évolution (stable, prise ou perte de poids), taille, IMC avec son analyse, si réalisés : plis cutanés, circonférence brachiale, mesure de la composition corporelle (*par bio-impédancemétrie*) pour un enfant, courbe staturo-pondérale depuis la naissance.

Ensuite, pour élaborer une stratégie de soin diététique, le diététicien a besoin des données biologiques ciblées. Il les analyse et durant l'hospitalisation, de nouvelles données éventuellement faites permettent d'évaluer les objectifs cliniques.

Enfin, le recueil de données est complété par les **données nutritionnelles** que le diététicien cible par rapport à la situation médicale/chirurgicale, des traitements, de la situation de vie du patient et des objectifs de la DSD pour améliorer son état de santé.

Données nutritionnelles :

Intolérances, allergies alimentaires, mode alimentaire (*religion, culture...*), aversions (*dégoûts*) et préférences alimentaires, habitudes pour la préparation des repas (*qui fait les courses ? qui prépare les repas ?*), équipement à disposition, lieux de prise des repas (*domicile, self-service restaurant d'entreprise, repas emporté, restauration rapide ..*), conditions et ambiance de la prise des repas (*seul, en famille, entre amis, assis, dehors... devant la télé...*), durée et horaires (*fréquences*) des repas, collations et/ou grignotage entre les repas, si le patient a l'habitude de se resservir, ressenti lors des repas (*plaisir ou non, sensation de faim de satiété, évaluation de l'appétit*), évaluation quantitative et qualitative des consommations alimentaires (*ingesta spontanés*) suite au bilan alimentaire fait auprès du patient et/ ou de son entourage (*rappel des 24 heures, carnet alimentaire...*), troubles digestifs associés, troubles de la mastication de la déglutition ... , résultat de score nutritionnel en cas de dénutrition, voie d'administration de l'alimentation : per os (par voie orale) et / ou parentéral et/ou entéral ; niveau de connaissances concernant l'alimentation que le patient a, représentations et/ou peurs alimentaires (*idées reçues, croyances, représentation de la notion de régime et/ou d'être au régime...*), compétences d'auto-soins (*par exemple capacités que le patient a ou peut développer pour suivre les conseils nutritionnels, faire des équivalences alimentaires, compter les glucides d'un repas...*), pour ces trois dernières données, le diététicien peut les recueillir aussi auprès des proches du patient selon le cas ; présence d'un handicap ayant des conséquences sur la globalité ou une partie de l'alimentation : achats, préparation et / ou prise des repas et donc sur les ingesta etc.

D'autres données peuvent être intéressantes à recueillir aussi : vécu de la maladie par le patient et éventuellement par son entourage (*choc de l'annonce, déni, révolte, anxiété, peurs..*), appréciation de la motivation au changement, des capacités à modifier le mode de vie, attentes et projets du patient, soutien ou pas de l'entourage : ce sont plus des **données d'ordre psychosociales et psychoaffectives**, mais qui peuvent selon le cas, influencer de façon importante la mise en place de la prise en soin diététique.

Toutes ces données sont souvent recueillies lors du **bilan alimentaire** fait auprès du patient et/ou de son entourage.

Ce bilan alimentaire est une **étape essentielle de la DSD**.

Pour évaluer le comportement alimentaire d'une personne dans ses **composantes quantitatives, qualitatives et temporelles, le diététicien réalise un bilan alimentaire** (ou enquête) **en la questionnant**.

Globalement, **il cherche à savoir ce qu'elle mange, ou a mangé et dans quelles conditions**. Pour le réaliser, le diététicien, ou éventuellement une personne formée par le diététicien, peut utiliser différentes méthodes présentées ci-dessous :

Techniques d'enquête alimentaire	Principes
rappel des 24 heures	Réalisé au cours d'un entretien durant lequel le diététicien demande au patient de décrire l'alimentation (aliments et boissons) pendant les 24 heures précédentes. Par exemple, la veille d'une hospitalisation ou d'une consultation.
carnet ou journal alimentaire appelé aussi semainier	Le patient remplit un « journal alimentaire » sur 7 jours (y compris les nuits). Il y reporte le détail de ses consommations d'aliments et de boissons. Les horaires, les lieux sont indiqués. Parfois, il peut être ajouté des demandes concernant le pourquoi de certaines prises alimentaires : faim, stress, solitude, ennui, envie... qui sont des facteurs pouvant les influencer. La nature des produits alimentaire doit être précise : haricots verts, carottes (et non légumes), gruyère, brie (et non fromage) les modes de cuisson, d'assaisonnement, le sel, le sucre, le pain... tout doit être bien noté. Pour aider à la quantification de certaines préparations, le patient précise des unités pratiques telles que : cuillère à café ou à soupe, bol, tasse, verres...
relevé sur 3 jours comportant un jour particulier (sortie, week-end...)	Ce relevé, de même principe que le précédent, inclut un jour particulier, les prises alimentaires pouvant être différentes d'un jour en semaine
questionnaire de fréquence de consommation	Ce questionnaire complète souvent les 3 techniques présentées ci-dessus. Il permet d'évaluer la consommation habituelle de certains aliments et/ou préparations alimentaires. Il est demandé au patient d'indiquer en nombre de fois par jour, par semaine, par mois ou jamais leur fréquence de consommation. Exemples pouvant être ciblés par le diététicien : fréquences de consommation de fritures, plats en sauce, plats industriels, mayonnaise, charcuterie, viennoiserie, boissons alcoolisées, soda, poissons, légumes secs...

Les deux grandes techniques présentent des avantages et limites/inconvénients à connaître :

	Rappel des 24 heures	Carnet et relevé alimentaires sur plusieurs jours
Avantages	Rapide Simple Facile Pratique	Précise car plus détaillée Bonne représentation de l'alimentation habituelle
Limites/ inconvénients	Problème de mémorisation possible du patient Une journée seule ne représente pas toujours l'alimentation habituelle Imprécisions Difficultés de donner des quantités précises Compétences nécessaires de la personne qui réalise ce rappel	Contraignante pour le patient Temps, coopération, investissement nécessaires Savoir lire et écrire Possibilité d'omettre de façon volontaire des consommations ou l'inverse, par peur de jugement Erreurs possibles dans les quantités et/ou description des préparations.

Le bilan alimentaire se faisant lors d'un premier entretien diététique, **le diététicien utilise les techniques de communication appropriées** permettant l'installation d'une **relation de confiance** nécessaire à son bon déroulement. Cela est indispensable surtout si d'autres consultations de suivi et /ou avant la sortie du patient sont à réaliser. Ceci est abordé surtout en cours de sciences humaines, mais voici un rappel concernant ces compétences en communication et aptitudes relationnelles du diététicien.

Lors d'un bilan alimentaire, le patient se confie au diététicien. Manger est un acte ressenti comme personnel voire intime pour des patients. **L'écoute active** permet au diététicien d'encourager, de montrer de l'intérêt, de faire preuve d'**empathie** pour comprendre et non d'avoir une attitude culpabilisante et de jugement envers le patient, qui, dans ce cas risque de bloquer la relation soignant/soigné. Il est primordial de **ne pas induire de résistance au changement**. La relation empathique est favorisée par l'utilisation du silence, l'écoute du langage verbal et non verbal.

La technique de **la reformulation** ou **la répétition** des éléments clés permet aussi bien au diététicien qu'au patient, de confirmer et de mesurer la bonne compréhension entre soignant et soigné.

Le fait de laisser le **patient participer à certaines décisions** le rend plus autonome. Le patient doit être concerté pour la mise en place notamment des objectifs diététiques décidés. Il montre plus de motivation à observer l'alimentation prescrite.

Enfin, il est important d'avoir la capacité à **faire face aux émotions des personnes** grâce à l'empathie et l'aptitude à tenir compte de leurs réactions.

Le diététicien pour mener à bien ces entretiens, montre aussi des capacités d'adaptabilité et de flexibilité pour tenir compte de la grande diversité des patients dont il s'occupe. Un environnement propice doit être créé pour favoriser la communication.

D'un point de vue pratique, pour réaliser un bilan alimentaire, **des guides d'entretien** pour l'évaluation des consommations alimentaires existent et sont validés par la profession. En 2006, l'ADLF (Association des Diététiciens de Langue Française) maintenant AFDN, a rédigé des recommandations pour la pratique clinique « **La consultation diététique réalisée par un diététicien** », avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la HAS. Ce document présente des exemples de guides d'entretien que le diététicien peut utiliser et/ou adapter selon ses besoins professionnels ainsi que des outils d'auto-évaluation destinés au patient.

Pour permettre d'évaluer et interpréter les données recueillies lors de cet entretien, les **outils de référence** sont : des manuels de photos, des aliments factices, des classeurs imagiers ... permettant l'évaluation des portions alimentaires consommées, des brochures avec les informations concernant des produits spécifiques utilisés (compléments nutritionnels oraux, produits pour une alimentation entérale etc.), des tables de composition des aliments, des logiciels pour le calcul de la composition nutritionnelle des consommations alimentaires, les ANC ou des recommandations en vigueur, les formules pour le calcul de la DER et du BEJ en fonction du NAP estimé du patient afin d'analyser sa consommation alimentaire.

Pour procéder à **l'estimation des besoins nutritionnels d'un patient**, des formules de calculs sont utilisées par le diététicien :

➔ Calcul de la DER (souvent confondue avec le MB) en kcalories pour les adultes, à partir de 18 ans, se fait à partir des données anthropométriques :

Harris et Bénédicte

Homme : $66,5 + (13,75 \times P) + (5 \times T) - (6,76 \times \text{âge})$

Femme : $655,1 + (9,56 \times P) + (1,85 \times T) - (4,67 \times \text{âge})$

P en kg ; T en cm

Black and AL (1996) : sujet sain, en surpoids $25 < \text{IMC} < 30$ et personnes âgées > 60 ans.

Hommes : $(1,083 \times P^{0,48} \times T^{0,50} \times \text{âge}^{-0,13}) \times (1000 / 4,1855)$

Femmes : $(0,963 \times P^{0,48} \times T^{0,50} \times \text{âge}^{-0,13}) \times (1000 / 4,1855)$

P en kg ; T en m

Il est aussi possible d'utiliser : 20 à 45 kcal / kg de poids réel / jour = renutrition, obésité, personne âgée, dénutrition... selon le catabolisme (85 à 185 kJ).

Si le patient a des œdèmes, la DER est à calculer avec son poids sec ou de forme.

Lorsque la taille réelle n'est pas possible à faire avec une toise et/ou en l'absence de carte d'identité, elle peut être calculée avec les formules suivantes si besoin :

Distance Talon-Genou (DTG):

- Homme (cm) : $64,19 - 0,04 \times \text{âge (années)} + 2,03 \text{ DTG (cm)}$
- Femme (cm) $84,88 - 0,24 \times \text{âge (années)} + 1,83 \times \text{DTG (cm)}$

Mesure du bras Distance épaule-coude :

- taille (cm) = $2,5 \times (\text{longueur du membre supérieur (cm)} + 7,27)$

Pour le poids, il est utilisé :

→ le poids réel (kg)

- si la personne n'est ni obèse, ni trop maigre ($17 < \text{IMC} < 30$)
- si la personne ne présente pas de rétention d'eau (œdèmes, ascite= = poids sec.

→ le poids « idéal » : la formule de Lorentz peut être utilisée si la personne a plus de 18 ans et mesure entre 140 cm et 220 cm :

- Homme : $(\text{taille (cm)} - 100) - (\text{taille (cm)} - 150) / 4$
- Femme : $(\text{taille (cm)} - 100) - (\text{taille (cm)} - 150) / 2,5$

→ si la personne est amaigrie ($\text{IMC} < 18$) : le poids est ajusté ou normalisé par le calcul avec un IMC théorique

- poids ajusté ou normalisé : $\text{IMC visé} \times \text{taille}^2 \text{ (en m)}$

→ si la personne est obèse ($\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$) : le poids est ajusté ou normalisé par le calcul avec un IMC théorique fixé à 25 kg/m^2

→ si la pesée de la personne est impossible :

- poids idéal avec un IMC théorique de 25 kg/m^2
- Homme : $48 + (\text{T (cm)} - 152) \times 1,06$ (Formule de Hamwi)
- Femme : $45,4 + (\text{T (cm)} - 152) \times 0,89$ (Formule de Hamwi)

Cependant, **des équipes diététiques utilisent dorénavant la formule de Black et All pour les pathologies** également, hormis pour les dénutritions et insuffisances rénales pour lesquelles d'autres formules existent étudiées ultérieurement.

- Calcul des besoins en protéines : 0,8 à 2 g / kg de poids et par jour (consensus)
- Calcul des besoins hydriques : 40 ml/kg de poids et par jour (apports alimentaires et boissons)
- Calcul de la DEJ selon les coefficients de correction sur la DER x ... (consensus)

Il s'agit de calculer la DEJ d'une personne en fonction de son NAP mais également d'une pathologie qui augmente le catabolisme. Ce coefficient de correction est aussi appelé « facteur d'agression » Il diffère selon le niveau d'agression : plus il est important (grand brûlé), plus le coefficient est élevé.

Coefficient de pondération selon que la personne est :

- Alitée et profondément sédatisée : x 0,8
- Alitée non sédatisée : x 1,2
- En ambulatoire : x1,3

Intégration du NAP :

- Personne impotente (lit, fauteuil) x 1,2
- Personne sédentaire, travaille assise : x 1,4 à 1,5
- Personne active, travaille assise, fait des petits déplacements : x 1,6 à 1,7
- Personne très active, travaille debout : x 1,8 à 1,9
- Personne d'activité intense, a un travail physique intense : x 2 à 2,4
- Personne pratique en plus une activité physique de 30 à 60 mn, 4 à 5 fois /semaine : + 0,3 = valeur à ajouter au NAP

Intégration du niveau d'agression :

- Personne intubée, ventilée : x 0,8
- En période post-opératoire : x 1 à 1,1
- Si polytraumatisée : 1,1 à 1,3
- En cas de chirurgie mineure : x 1,2
- En cas de chirurgie majeure : x 1,3
- En situation de sepsis (syndrome d'infection général par des germes pathogènes) : x 1,5
- En situation d'infection sévère : 1,3 à 1,6
- En cas de brûlures : x 1,5 à 2,1 selon l'étendue des brûlures

Intégration d'une variation de température :

38 °C : x 1,1

39 °C : x 1,2

40 °C : x 1,3

41 °C : x 1,4

En conclusion, les objectifs du bilan alimentaire sont donc de :

- **Connaître le patient**, son environnement, ses habitudes touchant l'ensemble du domaine alimentaire
- **Évaluer ses apports alimentaires**, c'est-à-dire ses ingesta habituels : énergie, macronutriments et micronutriments ciblés par le diététicien
- **Estimer ses besoins nutritionnels** avec ses données anthropométriques et son niveau d'activité physique (NAP) en appliquant un facteur d'agression si nécessaire
 → permettre de **déduire et d'analyser les différences notables et les modifications à faire** : cela aboutit à l'**élaboration du diagnostic diététique** selon la démarche de soin diététique

DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Il tient compte au niveau du patient :

- des composantes : médicales, psychoaffectives, sociales et personnelles
- de l'évaluation des attentes et motivations
- de l'analyse des consommations alimentaires
- des habitudes de vie y compris l'activité physique

Le bilan alimentaire permet d'établir le diagnostic diététique pour aider le médecin prescripteur de finaliser si besoin, la prescription diététique médicale appropriée.

Ce diagnostic diététique permet ensuite au diététicien de planifier les actions nécessaires et de définir les objectifs diététiques personnalisés qui sont à orientation prescriptive et/ou informative et/ou éducative.

L'ensemble de ce travail apporte aussi une aide aux autres professionnels de soin.
En pratique, ce diagnostic s'appuie sur le raisonnement clinique du diététicien à partir de l'analyse du recueil des données.
Il utilise tous les renseignements contenus dans ce recueil et en retire les éléments les plus pertinents permettant une évaluation précise de l'état nutritionnel du patient.
Les données sont regroupées, analysées et synthétisées.
Un diagnostic diététique évolue en même temps que le patient évolue.
Il est important de ne pas le confondre avec le diagnostic médical.
Par exemple, le médecin diagnostique une dénutrition, le diététicien diagnostique une « alimentation pauvre en protéines notamment d'origine animale en lien avec une aversion alimentaire pour les viandes etc. ». Il est complémentaire du diagnostic médical.
Le diététicien, en sachant le motif initial de la PSD du patient, cible les éléments utiles du recueil des données pour le diagnostic diététique.

Poser un diagnostic diététique présuppose donc une connaissance approfondie de la pathologie présentée par le patient. Il repose sur une analyse pertinente de toutes les données du patient démontrant la pathologie ou le risque de développer la pathologie.

Il doit être écrit. Il est formulé selon une méthode retenue par les équipes : la méthode PES :

Diagnostic diététique selon la méthode PES	Exemple : « PSD pour un patient, M.T, en surpoids compliqué d'une LDL hypercholestérolémie »
<p>P : repérer, identifier les Problèmes nutritionnels pouvant relever de 3 domaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Problème d'apports</u> : l'excès ou l'insuffisance (trop ou trop peu) de nutriments, d'aliments comparé aux besoins de la personne ; l'aspect quantitatif et qualitatif est à noter - <u>Problème clinique</u> : le problème nutritionnel est en rapport à des troubles médicaux ou physiques <u>Problème comportemental /environnemental</u> 	<p>« Alimentation hyperénergétique (15 MJ/jour pour un BEJ estimé à 11 MJ/jour) excessive en lipides (45 % pour 35 à 40 % recommandés) notamment en acides gras saturés, et une faible consommation de végétaux frais... »</p>
<p>E : Étiologie : « en lien avec ... » le bilan alimentaire permet d'indiquer la ou les causes relative(s) au problème existant.</p> <p>Lorsque plusieurs étiologies existent, les indiquer par hiérarchie d'importance</p>	<p>« ... en lien avec une grande consommation quotidienne de fromages, de charcuteries, de plats industriels sur son lieu de travail avec une méconnaissance de leur composition en lipides et leurs conséquences sur la santé, et n'aimant pas trop les légumes... »</p>
<p>S : Signes et/ou Symptômes : « se manifestant par ... » ou « comme en témoignent ... » : signes cliniques : prise ou perte de poids ; IMC...et/ou bilan biologique ; symptômes : troubles digestifs, état général, risque nutritionnel ...</p>	<p>« ...se manifestant par un surpoids et une LDL hypercholestérolémie comme en témoignent l'IMC à 27 kg/m² et le bilan sanguin chez un patient de 55 ans, tabagique, sédentaire. Il est à risque de complications cardiovasculaires. »</p>

Le diagnostic diététique est donc composé de trois parties distinctes regroupées sous la forme finale appelée « PES » : Problème -Étiologie- Signes et Symptômes :

Voici un autre exemple expliqué :

Composantes du diagnostic diététique	Explications	Exemple : PSD dont le motif est la « prévention d'une dénutrition chez une patiente, Mme R, présentant un cancer »
Problème	Indique le problème nutritionnel et/ou le changement du statut nutritionnel du patient	Patiente de 75 ans, ayant une consommation alimentaire hypoprotidique , 0,6 g/kg de poids /jour au lieu de 1,2 g recommandé et hypoénergétique, 5 MJ/jr pour un BEJ de 9 MJ/jr estimé
Étiologie	Il s'agit des facteurs qui sont liés au problème évoqué avant. Cette partie du diagnostic est rédigée en notant « en lien avec ... ». Les facteurs qu'ils soient d'origine alimentaire et/ou comportementale sont à noter.	En lien avec des nausées suite à la chimiothérapie ayant entraîné une anorexie depuis environ 15 jours,
Signes et Symptômes	Ils donnent la preuve que le problème de nutrition existe bien. Au niveau rédactionnel, ils sont reliés à l'étiologie en notant « comme en témoigne » S'il existe un risque d'apparition d'un autre problème de nutrition, il est également à indiquer, pour le prévenir par l'alimentation mise en place.	Se manifestant par une perte de poids rapide, un IMC à la limite inférieure. Cette patiente est bien à risque de dénutrition protéino-énergétique

Donc, dès que cela est envisageable, la formulation du diagnostic diététique est à faire sous la forme « PES ».

Le diagnostic est porté à la connaissance des autres professionnels de soins. Il est donc à rédiger de façon claire avec les éléments indispensables.

Imaginez la situation du diététicien qui est remplacé par exemple pour ses vacances. Son remplaçant, grâce à ce diagnostic identifie rapidement les problèmes nutritionnels des patients qui sont dans la structure et pour lesquels il va continuer la PSD.

Dès à présent, essayez de « déduire » ce que le diététicien va mettre en place auprès de ces 2 patients et dont les diagnostics diététiques sont mis en exemples. Notez sur une feuille vos idées, les objectifs diététiques souhaitables à mettre en place pour ces 2 patients en ce qui concerne leur alimentation. Vous pourrez compléter après avoir pris connaissance de la suite.

NB : Si le problème est un risque potentiel de pathologie, c'est à dire sans signes et symptômes de cette pathologie, dans ce cas-là, seuls les P et E sont à noter.

Exemple : le diététicien peut formuler pour un patient en consultation de tabacologie : « risque de prise de poids (P) en lien avec l'arrêt du tabagisme chez un patient, sédentaire et n'ayant pas de connaissance en alimentation (E) »

Une autre situation existe, qui est celle en post-chirurgie : le diagnostic diététique est à relier aux conséquences possibles de la chirurgie pratiquée sur l'organisme et sur l'alimentation. Par exemple, l'initialisation d'une PSD faisant suite à une gastrectomie des 2/3 subie par un patient, est prise en compte pour élaborer le diagnostic diététique...

À partir de ce diagnostic diététique, est élaboré ensuite le plan de soin diététique.

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Appelé aussi « stratégie diététique », ce plan doit permettre au patient d'acquérir une autonomie afin de vivre au mieux son problème nutritionnel. Il est le résultat d'une réflexion professionnelle concernant la personne soignée et ses besoins nutritionnels théoriques mais aussi de ses compétences d'auto-soins.

Il induit la formalisation d'objectifs diététiques et d'actions ciblées. Des résultats à court, moyen et long terme sont définis pour que le patient ait une amélioration de sa santé.

Les objectifs diététiques sont directement reliés au diagnostic et priorisés dans le temps. Ils sont vus voire négociés avec le patient pour être partagés et donc observés de façon optimale à long terme si nécessaire. Discutés et validés par le médecin, les objectifs doivent être exprimés clairement, simplement. De façon générale, 3 à 5 objectifs diététiques sont suffisants.

EXEMPLE

Voici des exemples d'objectifs diététiques :

- objectifs de consommation pour améliorer la consommation du patient : augmenter les apports protidique et énergétique de la ration alimentaire ; rééquilibrer les acides gras de la ration alimentaire ; augmenter la consommation de fibres...
- objectifs cliniques pour améliorer l'état de santé du patient : permettre une perte de poids ; améliorer la glycémie ; améliorer la cholestérolémie ; supprimer les signes digestifs ; prévenir des complications ; pallier l'absence des fonctions gastriques ...
- objectifs informatifs/éducatifs pour donner au patient/ son entourage les connaissances et les capacités nécessaires en vue de sa sortie : assurer une éducation nutritionnelle ou une éducation thérapeutique dans le cadre de l'ETP (Éducation Thérapeutique du Patient) : savoir repérer les glucides ; connaître les différents acides gras ; gérer les grignotages ; savoir composer un repas adapté sur son lieu de travail ; apprendre à faire des équivalences sodiques, apprendre à cuisiner avec moins de matières grasses....

EXEMPLE

Exemples d'objectifs diététiques à partir de la patiente Mme R mise en exemple ci-dessus :

Exemple : PSD dont le motif est la « prévention d'une dénutrition chez une patiente, Mme R, présentant un cancer »	Objectifs diététiques envisageables pour Mme R
<p>Patiente de 75 ans, ayant une consommation alimentaire hypoprotidique , 0,6 g/kg de poids / jour au lieu de 1,2 g recommandé et hypoénergétique, 5 MJ/jr pour un BEJ de 9 MJ/jr estimé</p> <p>en lien avec des nausées suite à la chimiothérapie ayant entraîné une anorexie depuis environ 15 jours,</p> <p>se manifestant par une perte de poids rapide, un IMC à la limite inférieure.</p> <p>Cette patiente est bien à risque de dénutrition protéino-énergétique</p>	<p>objectifs de consommation : augmenter les apports en énergie et en protéines notamment de bonne qualité, en tenant compte des préférences et de l'appétit de la patiente</p> <p>Fractionner l'alimentation pour favoriser les ingesta et lutter contre les nausées</p> <p>objectifs cliniques : stopper la perte de poids voire permettre une reprise de poids en prévention de la dénutrition et optimiser le traitement. (NB : ils peuvent être regroupés avec les objectifs de consommation dans ce cas-là)</p> <p>objectifs informatifs/éducatifs en vue de la sortie de la patiente : donner des conseils en cas de nausées, donner des équivalences protidiques, fractionner l'alimentation, donner des conseils pour enrichir les préparations...</p>



CHAPITRE 1

Entraînement

EXERCICE 1

Sous la même forme, proposez des objectifs diététiques envisageables pour le patient de 55 ans, M.T, donné en exemple ci-dessus.

Proposition de réponse en fin d'ouvrage.