



Benchmarking des bilans nutritionnels réalisés

chez les seniors dans différents pays et rôle des diététicien(ne)s

ALIM50+ est une association professionnelle qui a pour vocation de découvrir, d'imaginer et d'accompagner l'avenir de l'alimentation des seniors. A l'occasion de cette étude, elle souhaite particulièrement mettre en avant les bénéfices de la prévention Santé grâce à une alimentation optimisée et valoriser l'usage des bilans et suivis nutritionnels réalisés par les diététicien(ne)s.

Cécile Blanck*,
François Guillon**,
Jules Morcel**,
Véronique Mourier***,
Brigitte Le Révérend**,
Karen Samaha****

*Fosad, 35-37 rue Pierre Nicole,
 75005 Paris, France

** Association ALIM50+,
 5 place Hoche, 78000 Versailles,
 France

***ELIOR, 11 allée de l'Arche,
 92032 La Défense, France

**** UNILASALLE institut
 Polytechnique, campus de Beauvais,
 19 rue Pierre Waguet, BP30313,
 60036 Beauvais Cedex, France

contact ALIM50+ :
 blr.alim50plus@gmail.com

Objectif

Élaborer un bilan documenté sur la prise en charge nutritionnelle des seniors ainsi que sur le positionnement des diététicien(ne)s à l'échelle française et internationale. Ce document permettra de présenter des pistes concrètes d'amélioration, incluant éventuellement un rôle accru des diététicien(ne)s concernant les seniors.

Démarche

Réaliser un *benchmarking* des pratiques dans différents pays (France, Allemagne, Pays-Bas, États-Unis, Canada, Luxembourg, Belgique, Danemark, Pologne, Liban) grâce à une enquête par entretiens auprès d'experts ainsi que par des recherches bibliographiques.

Définition

Benchmarking : analyse de modes de gestion ou d'organisation d'autres structures dans le but de s'en inspirer.

Mots clés

- Benchmarking international
- Bilans nutritionnels
- Diététicien(ne)s
- Seniors



Les critères comparés sont le rôle des diététicien(ne)s dans chaque pays ou état, leur formation et ainsi leur crédibilité. Cette étude recense aussi diverses initiatives mises en place à l'étranger en relation avec l'alimentation des seniors. Enfin, les modalités de remboursement des prestations diététiques seront abordées. Ce rapport présentera les avis et perspectives mentionnés par de nombreux professionnels de santé.

Résultats

Ce document est un recueil de témoignages de terrain décrivant pour chaque pays interrogé le rôle des diététicien(ne)s auprès des seniors. La collecte d'information a pu être standardisée grâce à la conception d'un guide d'entretien validé par les diététiciennes de l'association ALIM50+. Elle a été faite auprès de professionnels de santé et d'associations de diététicien(ne)s. Trois items ont été approfondis : la formation des diététicien(ne)s, les initiatives de terrains et enfin le remboursement des prestations. Un tableau de synthèse des forces et faiblesses de chaque pays a été réalisé. Il est aisé de remarquer que la prise en charge varie énormément selon les pays. Plusieurs pays semblent performer dans le suivi nutritionnel des seniors : Canada, Danemark, États-Unis ou encore Pays-Bas.

Ces résultats ne sont en aucun cas exhaustifs. Ils témoignent à travers les réponses des professionnels de la mise en place (ou pas) d'actions de terrains auprès des seniors. Ils peuvent servir de base à des propositions de progrès concrètes comme une meilleure formation et reconnaissance des diététicien(ne)s, un rôle accru auprès des seniors grâce à la mise en œuvre d'initiatives gagnantes et enfin un remboursement facilitant l'accès aux consultations nutritionnelles.

Au fur et à mesure des entretiens, les experts contactés ont orienté les échanges vers la dénutrition qui apparaît comme un

sujet majeur. Les problèmes liés à l'obésité et maladies chroniques ont été moins approfondis et mériteraient une autre étude dédiée.

Introduction

ALIM50+ est une association professionnelle créée en 2014 ayant pour vocation de découvrir, d'imaginer et d'accompagner l'avenir de l'alimentation des seniors ainsi que des aliments, ingrédients et compléments alimentaires spécifiquement adaptés. Elle s'appuie sur un principe fondateur : l'alimentation des seniors, pour leur santé et leur bien-être, est un tout qui n'exclut a priori aucune voie ni moyen. Cela signifie une alimentation équilibrée mais aussi un régime fait d'aliments conçus spécifiquement, de compléments alimentaires et de dispositifs médicaux pris par voie orale. En outre cela se conçoit, comme toute alimentation-santé, dans le cadre d'un mode de vie sain : exercice physique, intellectuel, etc.

Elle souhaite particulièrement mettre en avant les bénéfices de la prévention santé grâce à une alimentation optimisée et valoriser les bilans et suivis nutritionnels réalisés par des diététicien(ne)s.

Dans le cadre de cette étude, ALIM50+ souhaite recenser, en France et à l'étranger, les formations nécessaires à l'obtention du diplôme de diététicien(ne)s, les types de bilans et suivis nutritionnels proposés notamment la dénutrition, les initiatives mises en place pour valoriser la prise en charge nutritionnelle des seniors et étudier leur impact socio-économique. Ainsi, des propositions seront faites de façon à faciliter (remboursement) et standardiser la prise en charge nutritionnelle du senior et à souligner l'importance du travail des diététiciens de terrain.

Bilans nutritionnels

L'influence délétère d'une alimentation déséquilibrée sur la santé des individus est admise depuis de nombreuses années dans le monde. Un des moyens de prévenir

ces pathologies est la conduite auprès des individus de bilans nutritionnels complets, standardisés et personnalisés. Ceci concerne particulièrement les seniors (dès 50 ans) plus à risque de développer des pathologies : maladies cardiovasculaires, diabète, cancers, ostéoporose.

En effet, l'état de santé des seniors est particulièrement impacté dans deux situations potentiellement concomitantes : dénutrition et obésité.

Dénutrition

Selon la Haute Autorité de Santé, la dénutrition de la personne âgée est caractérisée par au moins 1 des critères phénotypiques suivants : IMC < 22, perte de poids > 5% en 1 mois, perte de poids > 10% en 6 mois, sarcopénie confirmée. Pour confirmer le diagnostic de dénutrition, il faut correspondre à au moins 1 des critères étiologiques suivants : réduction de la prise alimentaire de plus de 50% pendant plus d'une semaine, absorption réduite, situation pathologique.

En France, environ 40% des hospitalisations des personnes âgées sont causées par la dénutrition,¹ provoquant un déclin progressif de leur état de santé. Elle se traduit le plus souvent par un mauvais état fonctionnel et cognitif entraînant une augmentation de la morbidité. Si la dénutrition s'installe durablement, elle conduira à une perte d'autonomie puis à une grabatation irréversible et finalement le décès². Cet engrenage a été décrit comme « la spirale de la dénutrition » (Figure 1).

Avec l'âge, on constate une diminution importante de la masse grasse et de la force musculaire, appelée sarcopénie, augmentant les risques de chutes et de fractures³. Ce risque est accentué par le déficit en Calcium et Vitamine D, très courant chez les personnes ménopausées et dénutries¹. La dénutrition engendre également une diminution de la sensation de soif qui s'accompagne d'un risque de déshydratation⁴. De plus, les effets

des maladies contractées par une personne dénutrie sont décuplés et leurs conséquences potentiellement plus graves.

Selon le collectif « Lutte contre la dénutrition », identifier et prévenir la dénutrition grâce à l'élargissement du spectre de la prise en charge nutritionnelle du senior permettrait d'aider les 270 000 résidents dénutris en EHPAD et les 400 000 personnes âgées dénutries à domicile.

Conséquences socio-économiques

La dénutrition engendre des coûts de soins très importants, notamment liés à une augmentation de la durée d'hospitalisation^{5,3}.

Une étude a montré que les personnes dénutries avaient 50% de plus de risque d'être hospitalisées par rapport aux personnes non dénutries. D'autre part, les coûts des traitements de ces personnes étaient eux aussi majorés : les **coûts totaux étaient d'environ 47% plus élevés, les coûts d'hospitalisation 62%**, et les **coûts des produits pharmaceutiques 27%**⁶. La dénutrition induit donc des **surcoûts de santé de 45 à 102 % supérieurs** à ceux d'une personne non dénutrie⁷.

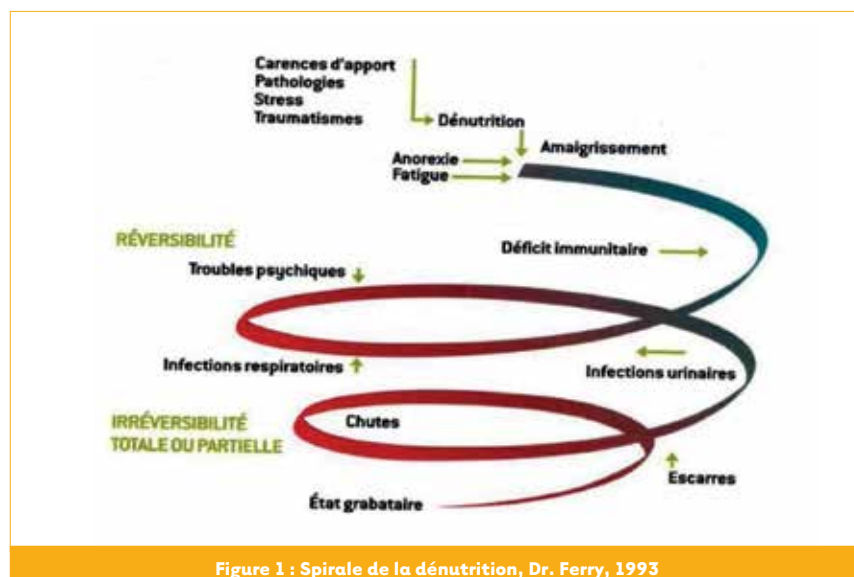


Figure 1 : Spirale de la dénutrition, Dr. Ferry, 1993

Les EHPADs sont également affectés : la dénutrition des personnes âgées vivant en EHPADs induit une hausse des coûts de prise en **charge hospitalière de plus de 30%**, une hausse des prescriptions d'antibiotiques, de médicaments ou de compléments nutritionnels oraux (CNO) de près de 20%. Par ailleurs, la dénutrition engendre une prise en charge accrue de plaies, d'escarres, de fractures. A savoir, le coût de la **prise en charge des escarres s'élève entre 15 000 et 60 000 € par épisode et à 15 000 € pour les fractures.**

A ces pathologies s'ajoutent les frais de rééducation et la prise en charge de la perte de mobilité par l'équipe soignante ².

La dénutrition a donc un grand impact économique, elle engendre des coûts élevés non négligeables pour les EHPADs, les hôpitaux ainsi que pour les services de santé publique.

Surpoids / Obésité

En France, selon Ameli-Santé en 2015, 54% des hommes et 44% des femmes souffriraient de surpoids ou d'obésité. Ce phénomène serait proportionnel à l'âge puisque les personnes âgées de plus de 60 ans présentent les taux d'obésité les plus élevés. Le surpoids et l'obésité prédisposent à la survenue d'autres maladies et diminuent la qualité de vie. Les complications les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires et respiratoires, le diabète de type 2 ⁸. C'est aussi un facteur de risque pour les cancers, les maladies musculo-squelettiques (arthrites, arthrose, etc.), le développement de calculs biliaires, l'apnée du sommeil, etc. La plupart de ces conséquences délétères sont réversibles, notamment via le rétablissement d'un IMC inférieur à 25kg/m² ou d'une prise en charge diététique ⁹.

Conséquences socio-économiques ?

L'Union européenne constate que les coûts annuels directs et indirects liés au surpoids et à l'obésité sont de l'ordre de 15



à 32 milliards d'euros, soit 0,3% du PIB européen ¹⁰.

En 2008, le président de la Haute Autorité de santé (HAS) s'inquiétait déjà : « Seuls les pays qui auront su maîtriser l'épidémie d'obésité pourront préserver leur système de protection sociale » ¹¹. Les conséquences du surpoids et de l'obésité constituent des enjeux économiques majeurs en France et à l'étranger. Selon une étude menée en 2014 par le Cabinet IMS Health, l'impact économique de l'obésité représente 2,6 % du PIB français, soit 56 milliards d'euros, avec un coût pour l'Assurance maladie s'élevant à près de 5 milliards d'euros ¹⁰. La prise en charge des personnes obèses génère pour l'assurance maladie, un surcoût de 24% de plus qu'une personne non-obèse ¹². L'impact économique négatif du surpoids et de l'obésité en France est alors considérable.

Selon les professionnels interrogés dans le cadre de notre enquête, un bilan nutritionnel réalisé fréquemment chez les seniors permettrait de détecter les individus à risque de dénutrition ou d'obésité, de proposer une prise en charge diététique et ainsi, prévenir les complications. Une alimentation adaptée permettrait de réaliser des économies à plusieurs niveaux (réduction de l'utilisation de plusieurs médicaments, séjours dans les hôpitaux écourtés...).

Cependant, si les problèmes de santé liés à l'obésité sont majeurs et reconnus, les experts interrogés nous ont majoritairement parlé de la dénutrition.

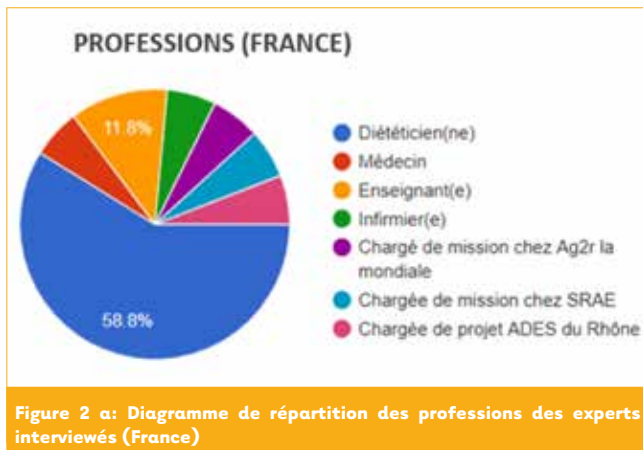


Figure 2 a: Diagramme de répartition des professions des experts interviewés (France)

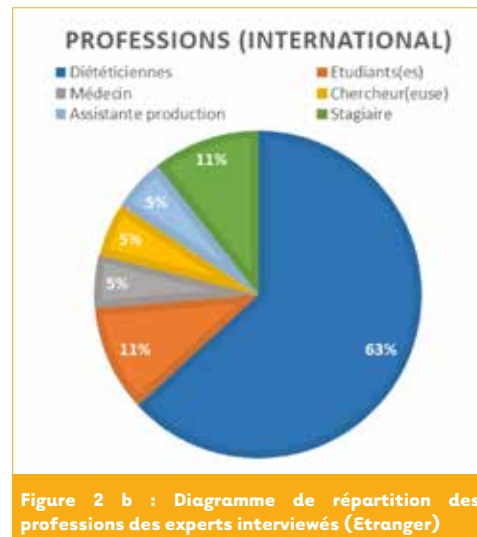


Figure 2 b : Diagramme de répartition des professions des experts interviewés (Etranger)

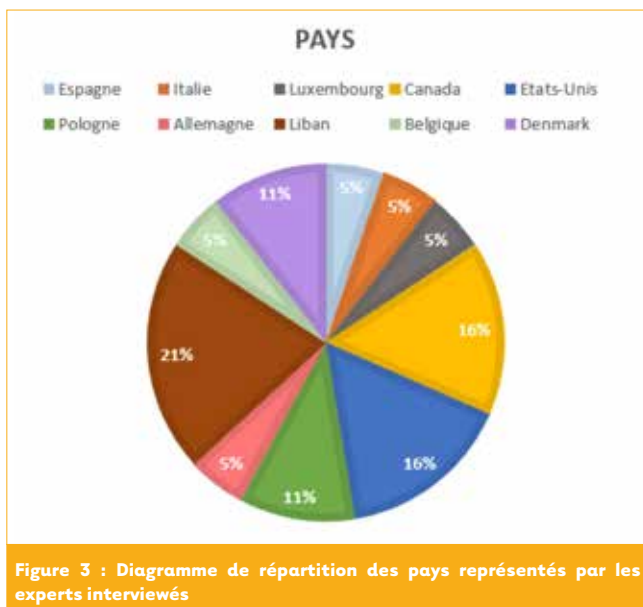


Figure 3 : Diagramme de répartition des pays représentés par les experts interviewés

Matériel et méthodes

Les sources d'informations utilisées pour la réalisation de cette étude sont les sites internet de bibliographie scientifique et gouvernementaux (Pubmed, Google scholar, ministères, etc.) ainsi que des professionnels enquêtés dans le cadre d'interviews (Figures 2a et 2b). Au total, 36 interviews ont été réalisés dans en France et dans 10 pays à l'étranger (Figure 3).

Un guide d'entretien a été réalisé afin de standardiser la collecte d'informations et en faciliter la synthèse (Annexe A). Ce guide a été construit et validé par les diététiciennes du comité de pilotage d'ALIM50+.

Résultats (1/2)

Pour chaque pays, les éléments collectés sont classés selon un plan unique afin de pouvoir les comparer : formation des diététiciens, initiatives en nutrition, remboursement des prestations.

Le tableau intermédiaire (Tableau 1) présente les formations suivies par les diététicien(ne)s selon les pays. L'analyse détaillée des résultats par pays est présentée ci-après.

Un tableau final permet d'avoir une vue complète et synthétique en fin d'article (Tableau 3).

PAYS	FORMATION	pour 100 000 habitants
BELGIQUE	Bac + 3 ans	non documenté
CANADA	4 ans	15 à 20
DANEMARK	3 ans	6 à 10
ETATS UNIS	jusqu'à 2024 3 ans avec stage	20 à 25
	2024 4 ans avec stage	
FRANCE	avant 2021 Bac +2(BTS ou DUT)	23
	depuis 2021 -DUT pour être diététicien -possibilité de faire une 3 ^e année en plus. Bac+3 ou BUT	
	-réingénierie totale en cours	
LUXEMBOURG	équivalence de diplômes étrangers à faire valider	11 à 15
PAYS BAS	4ans	6 à 20

Tableau 1 : Comparaison des formations des diététicien(ne)s

Belgique

Un diplôme de bachelor en diététique est requis. Les cours scientifiques sont complétés par des cours de psychologie, de communication et de la déontologie. La formation dure 3 ans ¹³.

Initiatives et actions mises en place pour améliorer l'état nutritionnel des seniors

Il existe une charte Qualité-nutrition pour les maisons de repos / maisons de repos et de soins (MR/MRS), basée sur une liste de recommandations à suivre pour vaincre la dénutrition. Les MR/MRS doivent s'assurer de la présence dans leur établissement d'un responsable Qualité-nutrition bachelor en diététique.

De plus, tout membre du personnel travaillant en MR/MRS doit suivre une formation dans le cadre de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées institutionnalisées (Lejeune et al., 2014).

La charte Qualité-nutrition impose un Comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) interne. Il est constitué de professionnels impliqués d'une manière ou d'une autre dans l'alimentation des résidents : cuisinier, diététicien, personnel soignant (infirmiers et aides-soignants), médecin, etc. Son rôle est de veiller sur la qualité organoleptique / gastronomique et la qualité nutritionnelle des repas.

Remboursement des prestations des diététicien(ne)s

Depuis le 1^{er} avril 2020, l'assurance « Soins de la santé » rembourse le suivi chez un diététicien pour des cas particuliers : Suivi d'un patient diabétique de type 2 et insuffisance rénale chronique ¹⁴.

Canada

4 ans d'études et un examen national d'autorisation d'exercer sont nécessaires ¹⁵.

Initiatives et actions mises en place pour améliorer l'état nutritionnel des seniors

Dans plusieurs provinces du Canada (Manitoba, Newfoundland, Labrador, Ontario, British Columbia) des

diététicien(ne)s proposent des services téléphoniques gratuits pour répondre aux questions et fournir des conseils en matière d'alimentation et de nutrition.

Le programme américain (cf § États-Unis) « **Meals on Wheels** » existe aussi au Canada. Il propose des services de repas livrés à domicile ou dans des lieux de rassemblement pour les personnes âgées. A Ottawa (Ontario), plusieurs programmes de livraison de repas sont proposés aux personnes âgées : « Assurance Home Care », « Heart to Home Meals » et « Red Apron » ¹⁶.

Remboursement des prestations des diététicien(ne)s

Les prestations ne sont pas couvertes par le Régime de soins de santé de la fonction publique du Canada (Canada's Public Service Health Care Plan (PSHCP)). Selon nos interlocuteurs canadiens, une consultation en libérale coûte environ 120-150 dollars canadiens (83-104 €) pour le bilan et 75-100 dollars (52-69 €) pour le suivi.

Par contre, les services d'un(e) diététicien(ne) sont couverts par de nombreux régimes d'assurances privées ainsi que par des régimes d'assurance-maladie complémentaires.

Danemark

Une licence professionnelle (3 ans) en nutrition et santé dont une troisième année de spécialisation en diététique clinique sont nécessaires ¹⁷.

Initiatives et actions mises en place pour améliorer l'état nutritionnel des seniors

Toutes les municipalités proposent à leurs citoyens âgés des visites préventives à domicile. La nutrition et l'activité physique font partie des thèmes abordés.

Il existe divers services proposés aux seniors, comme par exemple un compagnon de repas bénévole rendant visite aux personnes âgées qui risquent de perdre du poids ou de souffrir de malnutrition.

Un tiers des municipalités danoises ont mis en place un dossier électronique du citoyen

appelé Columna Cura de la société danoise Systematic qui répond aux besoins des professionnels et implique les citoyens dans leur propre traitement. Pour les citoyens qui reçoivent des soins publics ou qui sont en institutions, une évaluation nutritionnelle doit être faite deux fois par an.

Remboursement des prestations des diététicien(ne)s

Les prestations des diététicien(ne)s sont remboursées uniquement sous prescription médicale.

États-Unis

Une licence ou maîtrise accréditée (4 ans, obligatoire en 2024 pour les nouveaux diplômés), niveau national, administré par la Commission on Dietetic Registration¹⁸.

Initiatives et actions mises en place pour améliorer l'état nutritionnel des seniors

Un des droits les plus fondamentaux aux États-Unis est l'accès à la nourriture. Plusieurs initiatives sont mises en place afin de permettre aux personnes dans le besoin, d'avoir accès à de la nourriture saine et en quantité suffisante : « Meals on Wheels America » est une organisation qui soutient plus de 5000 programmes communautaires dans tout le pays, pour lutter contre l'isolement et la dénutrition des personnes âgées (livraison de repas à domicile à des personnes qui ne sont pas en mesure d'acheter ou de préparer leurs propres repas). Des études menées par Meals on Wheels ont montré que livrer des repas à une personne âgée pendant 1 an équivaut au prix d'une journée d'hospitalisation ou de 10 jours de soins infirmiers à domicile. Cette initiative permet alors de diminuer les frais médicaux et a permis à 8 bénéficiaires sur 10 ayant chuté auparavant de ne pas récidiver¹⁹. Cette initiative existe aussi au Canada, en Australie, au Royaume-Uni.

ACL (Administration for Community living) est un service public de l'administration américaine pour le « bien vieillir » (plus de 60 ans). Son but est de préserver le plus longtemps possible l'autonomie des



personnes âgées en les aidant à obtenir et à maintenir l'accès aux services et ressources communautaires qui favorisent leur indépendance, leur santé et leur bien-être. Ils agissent aussi pour leur familles et leurs soignants. C'est une agence fédérale clé au sein du ministère américain de la santé et des services sociaux.

L'Administration on Aging (AoA) de l'ACL accorde des subventions aux États pour les aider à soutenir les services de nutrition destinés aux personnes âgées dans tout le pays. Ces services comprennent à la fois des repas livrés à domicile et des repas servis dans des lieux collectifs, tels que les centres pour personnes âgées et les lieux de culte. En outre, les programmes offrent une gamme de services comprenant le dépistage, l'évaluation, l'éducation et le conseil en matière de nutrition.

Remboursement des prestations des diététicien(ne)s

Aux États-Unis, les prestations des diététicien(ne)s sont remboursées dans plusieurs cas. La couverture sanitaire publique rembourse les prestations d'un(e) diététicien(ne)s dans deux cas : le dépistage d'un diabète de type 2 si le patient est âgé entre 40 et 70 ans et souffre d'obésité ou de surpoids, ainsi que les consultations diététiques pour les adultes à haut risque de maladies chroniques

(« Preventive care benefits for adults »). De plus, les citoyens américains âgés de 65 ans et plus, ainsi que les personnes de moins de 65 ans souffrant de certains handicaps peuvent profiter du **Medicare** qui est un programme fédéral d'assurance maladie qui fournit une assurance qui couvre les prestations des diététicien(ne)s. Les services peuvent comprendre : une évaluation de la nutritionnelle et du mode de vie, des services d'éducation nutritionnelle individuelle et/ou de groupe, une aide à la gestion des facteurs liés au mode de vie, des visites de suivi pour vérifier les progrès dans le suivi d'un régime alimentaire. Plusieurs assurances privées couvrent également ce genre de prestations.

France

Un Brevet de technicien supérieur (BTS) ou un Diplôme universitaire de technologie (DUT), délivrés au bout de 2 ans par le ministère de l'Éducation Nationale sont nécessaires.

Initiatives et actions mises en place pour améliorer l'état nutritionnel des seniors

Des structures publiques offrent des bilans nutritionnels ou des portages de repas aux personnes âgées mais ces pratiques ne sont pas généralisées.

Voici quelques exemples :

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Sarthe propose un bilan nutritionnel gratuit avec un(e) diététicien(ne). La mairie de Villeurbanne propose des portages de repas aux personnes âgées de plus de 60 ans, ainsi que des bilans nutritionnels. De plus, certaines mutuelles ou organismes de retraite complémentaire (AG2R la mondiale, Agirc-Arcco, MSA) offrent des bilans nutritionnels, des ateliers en relation avec l'alimentation ainsi que des conférences. Le **PRIF** (prévention retraite Ile de France) a également mis en place des parcours de prévention regroupant la Mutualité Sociale Agricole d'Île-de-France (MSA), la Caisse nationale d'assurance vieillesse

en Île-de-France (Cnav) et la Sécurité sociale des indépendants (ex-RSI). Leur objectif est de continuer de faire croître l'espérance de vie en bonne santé de la population. Plusieurs axes sont abordés durant ce parcours de prévention, dont l'alimentation pour le bien-vieillir. L'offre de prévention s'adresse à toute personne retraitée en Île-de-France, quel que soit son régime de protection sociale. Les activités proposées sont intégralement financées par le PRIF, les départements et leurs partenaires.

Plusieurs associations œuvrent également pour le « bien-vieillir » grâce à l'alimentation. Par exemple, **Bélénos-Enjeux-Nutrition**, est une association rémunérée par des assurances, des mutuelles et des collectivités. (Site : Bélénos-Enjeux-Nutrition « Votre prévention santé par l'éducation nutritionnelle et l'activité physique »). L'association **BRAIN'UP** travaille dans la même optique.

De plus, plusieurs outils ont été mis en place afin de prévenir ou détecter la malnutrition chez les personnes âgées.

D-Nut créé par la SRAE Nutrition (Structure Régionale d'appui et d'expertise, dans les Pays de la Loire). Cet outil contient des supports pédagogiques (affiches et dépliants) à destination des équipes soignantes et des résidents d'EHPAD pour les informer sur la dénutrition ainsi que des outils validés (Test D-NUT, échelle de suivi alimentaire et mètre ruban) pour les aider à repérer rapidement la dénutrition. Cette expérimentation est financée par l'assurance maladie et l'ARS des Pays de la Loire. La Cnam rembourse donc l'intégralité des soins.

PARAD est un outil issu de la collaboration de Nutrisens et du Dr. Agathe Raynaud-Simon (gériatre et nutritionniste). Il est destiné à l'auto-dépistage des personnes fragiles, et peut aussi être utilisé par les aidants ou les soignants. Il repose sur 4 questions : le poids, l'appétit, le repas et l'alimentation.

MobiQual est aussi un outil de formation/sensibilisation destiné aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées en établissements de santé et médico-sociaux.

Les aidants et professionnels de santé jouent un rôle important dans l'amélioration de l'état nutritionnel des seniors. Des établissements comme Sodexo Santé Médico-social ou Nutri-Culture ont mis en place des initiatives afin de sensibiliser l'entourage des seniors à toutes les dimensions de l'alimentation (conférences, formations et ateliers). Sodexo Santé Médico-social, propose plusieurs actions comme des ateliers assurés par des diététicien(ne)s ou des actions en EHPAD via la réalisation de campagnes et ateliers sur les thèmes de la nutrition et du plaisir à table.

Le **collectif de lutte contre la dénutrition** agit aussi pour le bien vieillir. Il regroupe une centaine d'acteurs de la société civile, venant d'horizons divers. Ce collectif propose des solutions pour vaincre la dénutrition (comme par exemple la prise en charge de la dénutrition en ville par des diététicien(ne)s qui seraient remboursées par la sécurité sociale).

Une autre initiative intéressante est le réseau **ONCODIETS**. Cette initiative ne concerne pas uniquement les personnes âgées, mais tous les patients/ex-patients de centres experts en cancérologie en Ile de France. C'est un lien ville-hôpital, qui a pour but de faciliter l'accès à un suivi diététique pendant et après un cancer. Les diététiciennes adhérentes du réseau s'engagent à pratiquer un tarif plafonné à 40 euros.

Des organismes comme la **conférence des financeurs** de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées a pour objectif de coordonner dans chaque département les actions de prévention.

Remboursement des prestations des diététicien(ne)s

Les consultations diététiques libérales ne sont généralement pas prises en charge par

Assurances/Mutuelles	Remboursement diététicien maximum
Identités Mutuelle	60 €/séance
Apicil	50 €/séance
Milis	45 €/séance
April	200 €/an
FFA	25 €/séance

Tableau 2 : Liste (non exhaustive) des mutuelles françaises qui proposent des prises en charge diététiques

la Sécurité Sociale et coûtent environ 50 à 70 euros pour un bilan et de 35 à 60 euros pour un suivi²⁰. Les prestations d'un(e) diététicien(ne)s peuvent néanmoins être prises en charge en cas d'hospitalisation ou de prise en charge hospitalière.

Dans le cas de cancers, la sécurité sociale prend en charge une partie des frais des consultations. Le tarif maximal spécifique pour une consultation de suivi diététique s'élève à 22,50 euros pour une consultation d'une demi-heure, et pour un maximum de six consultations de suivi diététiques (Arrêté du 24 décembre 2020 relatif au parcours de soins global après le traitement d'un cancer).

Plusieurs **mutuelles** remboursent entre 15 et 60 € par consultation pour atteindre jusqu'à 350 € par an et par bénéficiaire. (« Mutuelle diététicien et nutritionniste : remboursement jusqu'à 13 visites/an »).

Luxembourg

La formation en diététique n'est pas disponible au Luxembourg. Une formation de 3 ans minimum en diététique à l'étranger est nécessaire

Initiatives et actions mises en place pour améliorer l'état nutritionnel des seniors

L'assurance dépendance (une des branches de la sécurité sociale), prend en charge les frais des aides et soins nécessaires aux personnes dépendantes uniquement.

Remboursement des prestations des diététicien(ne)s

Les actes sont remboursés sur prescription médicale et seulement si le patient souffre d'affections référencées par les autorités de santé. Le protocole est une première consultation de bilan, une deuxième avec la remise du plan nutritionnel puis 4 consultations de suivi. Une prolongation de 4 séances de suivi supplémentaires peut être faite ensuite par le médecin. Le remboursement des consultations diététiques est à 88% pour les adultes.

Pays-Bas

Une formation universitaire d'une durée de 4 ans est nécessaire.

Initiatives et actions mises en place pour améliorer l'état nutritionnel des seniors

Le ministère néerlandais de la santé est très impliqué dans la lutte contre la malnutrition. Depuis 2007, le dépistage systématique de la dénutrition est devenu un indicateur de performance pour les hôpitaux dans le cadre des critères nationaux de qualité des soins de l'inspection néerlandaise des soins de santé ²¹. Il est alors obligatoire pour les institutions (depuis 2009) et les organisations de soins à domicile (depuis 2010) de participer aux projets de lutte contre la malnutrition.



Remboursement des prestations des diététicien(ne)s

L'assurance maladie publique rembourse un maximum de 3 heures de consultation par an sur prescription médicale.

Résultats (2/2)

Types d'outils utilisés

Pour réaliser un bilan nutritionnel, la majorité des pays utilisent des outils pour détecter la dénutrition que ce soit dans les hôpitaux ou dans les maisons de retraites. Très peu de professionnels de santé utilisent sans prescription ou demande du patient des outils pour détecter le surpoids, l'obésité ou d'autres pathologies liées à la nutrition.

L'outil le plus fréquemment utilisé est le MNA (Mini nutritional assessment ou mini évaluation nutritionnel) version courte (cf. Annexe D).

La mesure de l'IMC ($Poids (kg) / Taille (m)^2$) ou de la cinétique de perte de poids est très fréquemment utilisé dans tous les pays pour établir un diagnostic., même si cet indicateur qui ne prend en compte que la taille et le poids a ses limites ²⁰.

Le SGA (Subjective Global assessment) recommandé en Belgique (surtout dans les maisons de retraite), comprend des informations sur la qualité de vie (perte de poids, modification de l'apport alimentaire, troubles gastro-intestinaux et fonctionnels) et l'examen physique (perte de graisse sous-cutanée, fonte musculaire, œdème de la cheville, œdème du sacrum et ascite). Chaque patient est classé comme étant avec un bon état nutritionnel (SGA A), modérément ou suspecté d'être mal nourri (SGA B), ou sévèrement dénutri (SGA C) (Reber et al., 2019). C'est un outil complet utilisé dans plusieurs pays (Belgique, Canada, États-Unis) ²⁰.

Au Canada, deux indices de dépistage ont été mis au point : Elderly Nutrition Screen (ENS©) est conçu pour être utilisé avec les personnes âgées qui ont besoin d'un soutien à domicile ²² et le SCREEN©

est destiné aux personnes âgées de la population générale^{23,24}.

L'outil de dépistage le plus couramment utilisé aux États-Unis est la Nutrition Screening Initiative Checklist ou la liste de contrôle DETERMINE²⁵.

Au Danemark, le NRS 2002 est utilisé en hôpital. Pour les soins ambulatoires et dans les maisons de retraite, les professionnels de santé utilisent l'EVS (outil créé par la diététicienne Mme Anne-Marie Beck) pour le suivi ainsi que l'évaluation.

Dans plusieurs pays (Canada, États-Unis, Belgique, Pays-Bas) ce sont généralement les diététicien(ne)s qui réalisent les bilans nutritionnels. Les professionnels de santé les mieux qualifiés pour ce genre de procédure²⁰. Cependant, dans certains pays (Danemark, France, Espagne, Italie), ce sont surtout les médecins et les infirmiers qui le font. Les diététicien(ne)s ont un rôle transversal très large allant de leur activité en clinique à une activité en cuisine. Le manque de temps ou de personnel limite souvent la clinique²⁰. De plus, les bilans nutritionnels sont parfois négligés dans les hôpitaux et ne sont pas toujours réalisés par « manque de temps »²⁰.

Intérêt des bilans nutritionnels

Selon la majorité des professionnels de santé interrogés, les bilans nutritionnels aideraient à éviter ou dépister précocement la dénutrition chez beaucoup de patients « *Dépister la dénutrition le plus tôt possible est un facteur de succès pour la corriger de manière efficace.* », « *On dit que pour une semaine de dénutrition, il faut 3 semaines de renutrition !* », c'est pour cela que le dépistage précoce de la dénutrition est important²⁰.

La plupart affirment qu'un bilan nutritionnel réalisé fréquemment chez les seniors permettrait de maintenir leur autonomie. « *Le maintien d'un bon état nutritionnel chez les aînés contribue au maintien de leur autonomie et réduit dès lors la charge de travail du personnel soignant et aidant. C'est donc le bien-*

être de tous les acteurs concernés qui est mis en jeu. » *Beaucoup de diététicien(ne)s trouvent que c'est une « nécessité » pour le bien-vieillir des seniors. Un bilan nutritionnel pourrait « améliorer la santé ainsi que le bien-être des seniors ».* Beaucoup ont aussi souligné l'impact économique que ce dernier peut avoir sur la « *réduction des séjours à l'hôpital, des nutritions entérale et parentérale ainsi que la prise de médicaments* », ces soins sont tous remboursés en France par la sécurité sociale, mais « *un bon suivi nutritionnel pourrait éviter ces coûts qui sont pourtant très élevés* ».

PAYS	BN Hôpitaux	BN Maisons de retraite	BN Domicile (Séniors)	Diététicien(ne)s dans les hôpitaux	Diététiciennes dans les MR*	Remboursement des diététicien(ne)s
France	●	●	●	●	●	●
Luxembourg		●	●	●	●	●
Belgique	●	●	●		●	●
Allemagne	●	●	●	●	●	●
Liban	●	●	●	●	●	●
Etats-Unis	●	●	●	●	●	●
Canada	●	●	●	●	●	●
Italie	●	●	●	●	●	●
Espagne	●	●	●	●	●	●
Danemark	●	●	●	●	●	●
Pays-Bas	●	●	●	●		●
	-Vert si à chaque admission à l'hôpital et ensuite au moins 1/semaine -Jaune si à l'admission uniquement -Rouge si seulement à risque de malnutrition ou absent .	-Vert s'ils le font au moins une fois par mois -Jaune si seulement à l'admission ou <1/mois -Rouge si ce n'est même obligatoire	-Vert si obligatoire au moins 1/an -Jaune si disponible mais non obligatoire -Rouge si non disponible	-Vert s'ils travaillent en collaboration avec les médecins et peuvent prendre certaines décisions sans l'accord du médecin -Jaune s'ils travaillent davantage en cuisine qu'en clinique et/ou ne peuvent prendre aucune décision sans l'accord du médecin -Rouge si certains hôpitaux n'ont même pas de diététiciens...	-Vert si obligatoire -Jaune si obligatoire uniquement dans les MR de soins ou médicalisées -Rouge si jamais obligatoire	-Vert si remboursé par une assurance public dans plus de 2 cas ou si sérier -Jaune si remboursé dans moins de 2 cas ou par assurance privée -Rouge si jamais remboursé

Tableau 3 : Récapitulatif des bilans nutritionnels réalisés dans différents pays et rôle du/de la diététicien(ne)
 *BN : Bilan nutritionnel (ou évaluation nutritionnelle)
 *MR : Maison de retraite

Avantage des remboursements des prestations

Certains(e)s diététiciens(ne)s ont affirmé que le remboursement par les assurances conduirait à la prise en charge de plus de patients, et à des suivis plus réguliers.

« Les médecins étaient plus intéressés à me recommander des patients lorsqu'ils savaient que certaines assurances remboursent mes consultations. Les patients me trouvaient directement auprès de leur compagnie d'assurance. Cela m'a donné l'occasion d'aider ceux qui ne voulaient pas ou n'avaient pas les moyens de payer ces frais, et m'a permis de développer mon cabinet et d'aider davantage de personnes. », « Cela a augmenté de façon exponentielle le nombre de personnes avec lesquelles je suis en mesure de travailler. Cela rend les soins de santé nutritionnels abordables pour les gens tout en permettant au prestataire d'être bien remboursé »²⁰.

Le remboursement des prestations des diététicien(ne)s permettrait donc à un plus grand nombre de patients d'avoir accès à des soins diététiques, des bilans ainsi que des suivis nutritionnels. De plus, beaucoup de diététicien(ne)s ont évoqué le fait que les patients reviennent rarement après un bilan nutritionnel ou suite à la d'une alimentation thérapeutique, il n'y a donc pas un bon suivi nutritionnel, et cela peut être dû au fait que les consultations ne sont pas vraiment abordables pour une grande partie de la population. « Des consultations remboursées encourageraient les patients à consulter et aboutiraient à de meilleurs suivis nutritionnels »²⁰.

Discussion

Selon notre enquête, la définition d'un(e) diététicien(ne) est similaire d'un pays à l'autre. Ce sont des professionnels de santé experts en nutrition. Non seulement ils assurent des soins de santé mais aussi ils améliorent l'environnement nutritionnel de tous par le biais des gouvernements, de

l'industrie, de la restauration collective, du monde universitaire et de la recherche. Ce sont plutôt leurs responsabilités, leur reconnaissance et le niveau d'étude nécessaire qui montrent quelques disparités en fonction des pays.

Tout d'abord, il faut préciser que le recueil d'informations par entretiens ne peut donner une vue exhaustive de la situation en France et à l'étranger, mais ils apportent des témoignages riches et des informations très diversifiées qui complètent les recherches bibliographiques avec des informations de terrains très précieuses. Un des biais de cette méthode est donc la fragilité de la validité externe (de personnes interrogées et réponses très diverses).

Les éléments recueillis pour la France sont quantitativement plus importants que ceux recueillis pour les autres pays. En effet, sur les 36 entretiens menés (Figure 2), 17 ont été conduits avec des interlocuteurs français.

La France est un des derniers pays à former les diététicien(ne)s en 2 ans, l'AFDN défend depuis plusieurs années la proposition de créer un cursus universitaire offrant la possibilité aux diététicien(ne)s d'obtenir une licence afin de pouvoir poursuivre en Master spécialisé (cancérologie, pédiatrie, maladies métaboliques...) et en doctorat. Tout à fait récemment fin janvier 2022 les diététicien(ne)s sont **classés dans la catégorie A de la Fonction Publique Hospitalière (FPH)**.

C'est une avancée majeure pour la reconnaissance de la profession. Les effets de ce changement statutaire sont nombreux en termes de salaires, d'avancement de carrière et de retraite.

Formation et rôle des diététicien(ne)s

La reconnaissance accordée au rôle des diététicien(ne)s varie beaucoup d'un pays à l'autre.

Dans certains pays (France, Italie, Espagne, Liban), les diététicien(ne)s ne font pas

partie du personnel obligatoire dans les maisons de retraites et dans les hôpitaux. Leur rôle va au-delà de la clinique, il est plus transversal et se fait aussi beaucoup en cuisine. Le cumul restauration et soins est difficile à gérer par manque de temps. ils/elles ne peuvent établir des prescriptions réservées aux médecins.

Dans d'autres pays (Canada, États-Unis, Belgique, Pays-Bas), il y a obligatoirement des diététicien(ne)s qui travaillent dans les maisons de retraites médicalisées. Ces diététicien(ne)s travaillent auprès des seniors (bilan nutritionnel, éducation thérapeutique...) ainsi qu'en cuisine (élaborent les menus, adaptent les textures...).

Le remboursement des prestations varie beaucoup suivant les pays. En France, Canada, Espagne, Liban, Danemark, les **prestations d'un(e) diététicien(ne) ne sont remboursées** que par certaines assurances privées (mutuelles). En Belgique, Luxembourg, Pays-Bas, États-Unis, Italie, ces **prestations peuvent être remboursées**, dans certains cas mais jamais l'intégralité de la somme payée.

Ceci peut être dû à la formation des diététicien(ne)s, qui en France ou en Espagne est plus courte que dans d'autres pays. Selon les experts interrogés, les diététicien(ne)s sont sous-estimé(e)s dans leurs compétences et manquent de crédibilité auprès de certains professionnels de santé.

En 2020, des **avancées étaient à noter en France** avec des projets d'expérimentation de licence et la création prochaine d'un Bachelor de diététique (BAC+3). Mais, l'AFDN demandait encore (dans le cadre du Ségur de la santé) une formation initiale en cohérence avec l'Europe et l'étranger (Licence, master, doctorat), ainsi que l'autorisation pour les diététicien(ne)s de prescrire des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) remboursés par l'Assurance Maladie. En avril 2021, l'AFDN a confirmé qu'il y aura une revalorisation et une **réingénierie de la formation de diététicien(ne)**.

Les diététiciens ont pu intégrer la catégorie A, tout comme les autres professions de niveau licence. Les groupes de travail sur la réingénierie des études étaient prévus pour fin 2021 : à suivre en 2022.

La **valorisation des diététicien(ne)s** grâce à une meilleure formation pourrait avoir un impact sur leur crédibilité au sein du système de santé et ainsi promouvoir l'essor de leur rôle dans les établissements de santé. Dans les pays comme les Pays-Bas, où la formation des diététicien(ne)s est l'une des plus longue en Europe, ou au Canada et aux États-Unis où il faut réaliser au moins 4 ans d'études pour obtenir un diplôme en diététique, les diététicien(ne)s ont une place importante dans les établissements de santé. Ces dernier(e)s ont un rôle important à jouer dans le parcours de soins des patients et travaillent en étroite collaboration avec les autres prestataires de soins, les spécialistes et les équipes de l'hôpital ²⁰. Aux Pays-Bas, les différents diététiciens travaillant dans des hôpitaux ont chacun leur propre spécialité (grâce à un master), ainsi, chaque service dispose d'un ou plusieurs diététicien(ne)s permanents faisant partie de l'équipe de traitement multidisciplinaire.

Bilan des initiatives dans l'ensemble des pays étudiés

Les initiatives mises en place pour améliorer l'état nutritionnel des seniors, sont nombreuses. Il en existe dans plusieurs pays, mais leur façon de faire et leurs objectifs varient.

Aux États-Unis et au Canada les initiatives mises en place pour la nutrition des seniors sont majoritairement axées sur la distribution de repas et l'accès à la nourriture et se concentrent moins sur l'évaluation nutritionnelle et le suivi diététique. Dans les pays d'Europe, les actions mises en place sont plus axées sur le dépistage des pathologies liées à la nutrition, et principalement la dénutrition.

En France, certaines initiatives sont intéressantes et mériteraient que l'on s'y intéresse de plus près afin d'essayer de les développer au niveau national. Par exemple les réseaux tel que ONCODIETS, REVESDIAB, RENIF, GOSPEL et RECUP'AIR permettent de créer des liens **ville-hôpital** et d'avoir un bon suivi nutritionnel des patients même après leur sortie d'hospitalisation. C'est dans cette optique que l'AFDN demande une fédération des acteurs de la santé, en construisant un réseau ville-hôpital : remboursement des consultations de diététique en ville dans le cadre de parcours patients formalisés par pathologie.

Introduire des **indicateurs obligatoires pour le dépistage et le traitement de la dénutrition** dans les hôpitaux, les maisons de retraite et les soins à domicile est une initiative réalisée par le ministère de la santé aux Pays-Bas. Ainsi, tous les hôpitaux et maisons de retraite réalisent systématiquement des bilans nutritionnels à l'admission de tous leurs patients, ainsi que durant leur séjour. Ce système permettrait un dépistage précoce des cas de dénutrition pour ainsi la corriger plus facilement et de manière efficace. De même, faire en sorte que **toutes les maisons de retraites médicalisées travaillent avec des diététicien(ne)s**, et que tous les membres du personnel doivent suivre une formation dans le

cadre de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées grâce à une charte obligatoire (comme en Belgique), pourrait contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des seniors en institution. Une diététicienne interviewée en France a affirmé qu'après avoir rendu obligatoire les bilans nutritionnels dans l'EHPAD dans laquelle elle travaillait, la moyenne des cas de dénutrition est passée de 40 à 20%²⁰.

La **formation du personnel** de ces institutions pourrait être réalisée par des AFEST (action de formation en situation de travail), comme le propose Nutri-Culture via des ateliers et conférences.

Aussi, les **initiatives mises en place par les mairies** telles que celle de Villeurbanne peuvent avoir un grand impact sur la santé des habitants. Le fait que les mairies proposent des bilans nutritionnels gratuits pourrait donc encourager une grande partie de la population à consulter un(e) diététicien(ne).

Remboursement des consultations

Le remboursement des prestations des diététicien(ne)s est une action qui semblerait avoir aussi un grand impact au niveau national. Plusieurs pays ont déjà mis en place des modalités de remboursement. Cette initiative a considérablement augmenté le nombre de patients qui consultent et se font suivre par des diététicien(ne)s, avec un impact positif sur leur santé. (Communications orales). L'exemple du Luxembourg qui définit une liste de pathologies conduisant à un remboursement des consultations nutritionnelles est intéressant. De même, rembourser les prestations d'un(e) diététicien(ne) dans le cas d'une **prescription médicale** ou dans le cadre d'un **réseau ville-hôpital**, encouragerait les patients à suivre un régime adapté à leur pathologie dès à leur sortie de l'hôpital. Ces derniers pourraient aussi bénéficier d'un suivi nutritionnel, dans le cadre du processus de rétablissement de leurs pathologies.



Conclusion

Les pistes d'amélioration en France, seraient donc :

- la réingénierie de la formation en s'inspirant des pays comme les Pays-Bas qui propose des diplômes niveau Master,
- le déploiement d'initiatives locales à succès sur l'ensemble du territoire français,
- le remboursement des prestations pour des pathologies ciblées comme au Luxembourg.

Si l'impact économique de ces actions restent à évaluer de manière plus précise, il est clair que la sensibilisation et l'éducation nutritionnelle des populations avec l'aide de professionnels de santé performants et reconnus doivent impacter positivement le bien vieillir grâce à une meilleure santé.

Bibliographie

1. Barberger-Gateau P, «[Quasi-experimental evaluation of a nutritional educational intervention among home support assistants for the elderly]. Rev Epidemiol Sante Publique. 2006;54(3):233-243. doi:10.1016/s0398-7620(06)76719-0».
2. J. Badiola, «La nutrition en EHPAD, un enjeu de santé publique en recherche d'efficacité,» EHESP, 2016.
3. Wolters, «Prevalence of malnutrition using harmonized definitions in older adults from different settings - A MaNuEL study. 2019, Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland), 38(5), 2389-2398. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.10.020».
4. B. Bauduceau, «La nutrition des personnes âgées,» 2017.
5. Fernández-Barrés S, «Dietary intake in the dependent elderly: evaluation of the risk of nutritional deficit. J Hum Nutr Diet. 2016;29(2):174-184. doi:10.1111/jhn.12310».
6. Baumeister SE, «The Geriatric Nutritional Risk Index predicts increased healthcare costs and hospitalization in a cohort of community-dwelling older adults: results from the MONICA/KORA Augsburg cohort study, 1994-2005. Nutrition 2011;27(5):534-542. doi:10.1016/j.nut.2011».
7. Gastalver-Martín C, «Individualized measurement of disease-related malnutrition's costs. Clin Nutr. 2015;34(5):951-955. doi:10.1016/j.clnu.2014.10.005».
8. Alexander, «NCEP-defined metabolic syndrome, diabetes, and prevalence of coronary heart disease among NHANES III participants age 50 years and older. Diabetes, 2003, 52(5), 1210-1214. https://doi.org/10.2337/diabetes.52.5.1210».
9. Schlienger JL, «Quoi de neuf dans la prise en charge de l'obésité? [What's new in the treatment of obesity?]. Rev Med Interne. 2010;31(3):185-187. doi:10.1016/j.revmed.2009.06.005».
10. A. Basdevant, «L'impact économique de l'obésité. Les Tribunes de la santé, 2008, 21, 57-64. https://doi.org/10.3917/seve.021.0057».
11. HAS, «Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours, 2008».
12. R. Dobbs, «The Global Obesity Threat,» 2015.
13. Euroguidance, «Les études de diététique en Belgique,» 2021.
14. NAMI, «Éducation diététique pour suivre un patient diabétique de type 2 sans trajet de soins,» 2018.
15. Dietitians of Canada, «How to become a dietitian».
16. Ottawa Public Health, «Meal Programs for Older Adults,» 2019.
17. Kost DK, «Uddannelse som klinisk diætist,» 2018.
18. Public Health Degrees, «5 Steps to Become a Registered Dietitian (RD),» 2020.
19. Ingraham C, «Meals on Wheels is 'not showing any results' only if you ignore all these results,» Washington Post, 2017.
20. Experts interviewés, «Interviews des experts internationaux,» 2021.
21. E. Leistra, «Recognition and treatment of undernutrition in hospital inpatients and outpatients; The Dutch Approach. 2015. 10.13140/RG.2.1.4818.9205.,»
22. H. Payette, «Nutrition as a determinant of functional autonomy and quality of life in aging: a research program. Canadian journal of physiology and pharmacology, 2005, 83(11), 1061-1070. https://doi.org/10.1139/y05-086».
23. Keller HH, «The Development of Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN). Can J Diet Pract Res. 2000;61(2):67-72.».
24. Keller HH, «Construct validation and test-retest reliability of the seniors in the community: risk evaluation for eating and nutrition questionnaire. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(9):M552-M558. doi:10.1093/gerona/56.9.m552».
25. White JV, «Nutrition screening initiative: development and implementation of the public awareness checklist and screening tools. J Am Diet Assoc. 1992;92(2):163-167.».