Les diététistes du Canada
Dietitians of Canada

PERSPECTIVES CANADIENNES SUR LE PROCESSUS DE SOINS EN NUTRITION ET LA TERMINOLOGIE INTERNATIONALE DE DIÉTÉTIQUE ET DE NUTRITION

MAI 2010
MISE À JOUR EN JUIN 2012

AUTEURES : Marlis Atkins, RD
Carlota Basualdo-Hammond, MSc, MPH, RD
Brenda Hotson, MSc, RD

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL DES DIÉTÉTISTES DU CANADA SUR LE PROCESSUS DE SOINS EN NUTRITION ET LA TERMINOLOGIE NORMALISÉE EN NUTRITION :

Jane Bellman, MEd, RD
Dyane Bourgeois, RD
Wendy Dahl, PhD, RD
Linda Dietrich, MEd, RD
Corinne Eisenbraun, MA, RD
Josée Gagnon, MSc, Dt.P
Isabelle Galibois, PhD, Dt.P
Claire Gaudet-LeBlanc, RD
Isabelle Giroux, PhD, Dt.P
Nancy Hatcher, RD
Lesia Kicak, MSc, RD
Barb Leslie, RD
Vida Stevens, MSc, RD
Linda Sunderland, RD
Jayne Thirsk, PhD, RD
Carole Thompson, RD

Introduction

Dans le système de soins de santé canadien, les diététistes sont de plus en plus reconnues comme des praticiennes essentielles à l'amélioration de l'état de santé des Canadiennes et des Canadiens. Toutefois, afin de continuer à faire évoluer la profession, elles doivent démontrer leur valeur en mettant l'accent sur les impacts sur la santé de la population, des groupes et des personnes qui sont le plus en lien avec leur travail. À cet égard, certaines questions importantes doivent être soulevées : Comment les diététistes peuvent-elles s'assurer que les clients reçoivent des soins en nutrition de qualité et que les résultats sur leur santé sont améliorés? Comment les diététistes peuvent-ils utiliser une approche cohérente en matière de soins en nutrition? De quelle façon la communication et le transfert des soins entre les diététistes peuvent-ils être améliorés? Les diététistes peuvent-elles améliorer leur capacité de rassembler les données, même au niveau national ou international, afin de créer des données probantes permettant d'appuyer la pratique de la diététique?

De telles questions ont stimulé les diététistes canadiennes à considérer une initiative encouragée par l'International Confederation of Dietetic Associations. Cette initiative suggère l'adoption, à l'échelle internationale, du processus de soins

© Les diététistes du Canada. Juin 2012. Tous droits réservés.

en nutrition (PSN) et de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN) en tant que cadre pour la pratique. L'objectif de ce document est de mettre en lumière les avantages potentiels liés à l'implantation du PSN et de la TIDN, de faciliter la discussion sur la façon dont ce modèle peut s'appliquer au système de soins de santé du Canada et de déterminer les orientations pour le futur en nutrition (PSN) et de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN) en tant que cadre pour la pratique. L'objectif de ce document est de mettre en lumière les avantages potentiels liés à l'implantation du PSN et de la TIDN, de faciliter la discussion sur la façon dont ce modèle peut s'appliquer au système de soins de santé du Canada et de déterminer les orientations pour le futur.

Contexte

L'American Dietetic Association (ADA) a mis au point le processus de soins en nutrition (PSN) en 2002 en s'appuyant sur les modèles précédents décrits par Whitney, Brylinsky, Splett et Myers, et Kight[1]. Grâce à un cadre axé sur la clientèle, le PSN clarifie le rôle des diététistes, les éléments et les compétences en lien avec la pratique de la diététique, de même que les environnements au sein desquels les diététistes pratiquent . Dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins en nutrition, le PSN utilise un cadre d'évaluation qui comprend l'identification d'objectifs précis ainsi que la surveillance des effets cliniques et sur le comportement des interventions nutritionnelles. De plus, il aide les diététistes à identifier les interventions qui ont plus de chance d'améliorer les impacts sur la nutrition en fournissant une approche méthodique qui encourage la pensée critique et la résolution de problèmes. Le cadre s'applique à tous les milieux de pratique et promeut des soins en nutrition individualisés et ciblés[2,3,4].

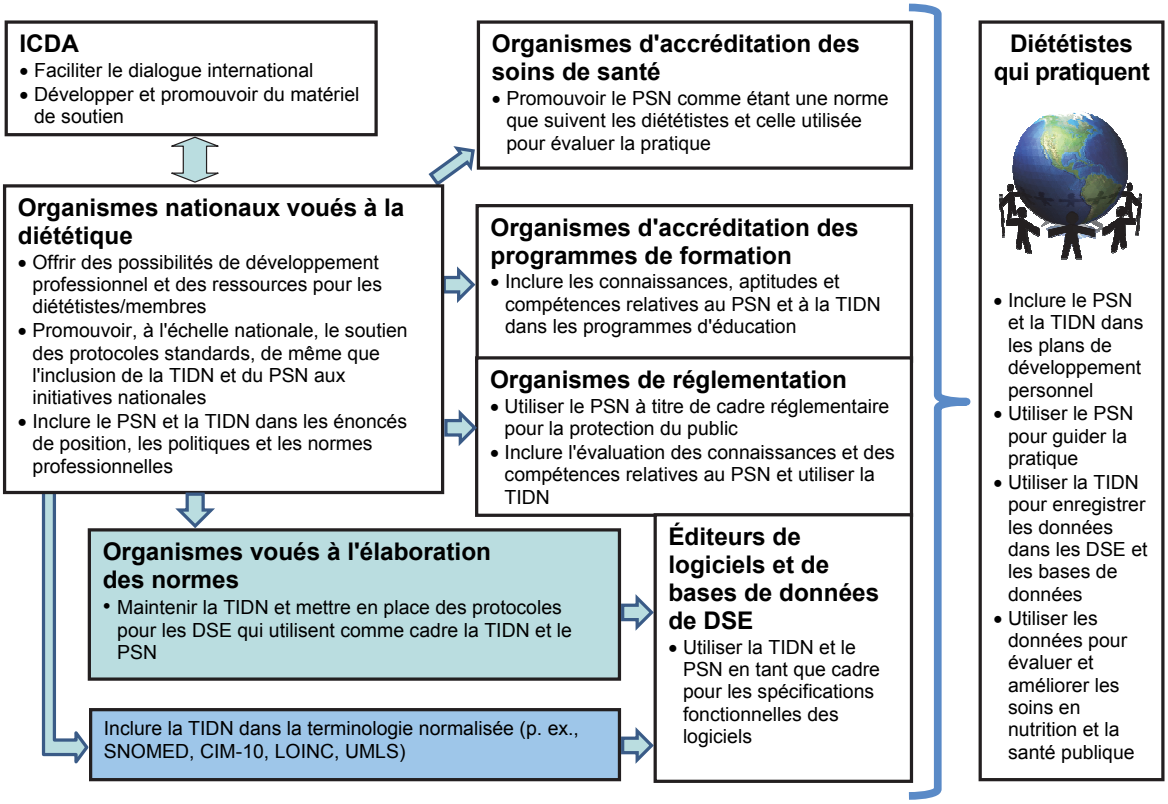
En 2003, l'ADA a mis sur pied un groupe de travail pour une terminologie normalisée qui a entrepris le développement d'une terminologie normalisée pour les quatre étapes du processus de soins en nutrition : l'évaluation nutritionnelle, le diagnostic nutritionnel, l'intervention nutritionnelle, et la surveillance et l'évaluation de la nutrition. La quatrième édition du manuel sera publiée à l'été 2012. L'objectif était de fournir un ensemble standard comprenant les principaux termes liés aux soins en nutrition, de même que leurs définitions, afin de promouvoir l'uniformité de la documentation des services de soins en nutrition, de permettre la différenciation propre au type et à la quantité de soins offerts et de fournir une base permettant d'établir des liens entre les activités de soins en nutrition et les résultats escomptés ou réels[2].

Avant que la terminologie ne soit développée, l'ADA a évalué les terminologies existantes en ce qui concerne leur applicabilité à la pratique de la nutrition. Plusieurs professions (p. ex., la médecine, la profession infirmière, la physiothérapie et l'ergothérapie) ont mis au point des terminologies normalisées pour décrire leurs fonctions uniques . De plus, l'Organisation mondiale de la Santé a élaboré la Classification internationale des maladies (CIM), qui est largement utilisée pour organiser l'information dans les systèmes de soins de santé. Des termes propres à la nutrition sont inclus dans certaines de ces terminologies; toutefois, l'ampleur des soins en nutrition offerts par les diététistes n'y est pas couverte. Par exemple, la CIM-10 est utilisée au Canada, mais ne comprend que quelques termes pertinents pour la nutrition (c.-à-d., malnutrition, carences en vitamines et minéraux, toxicité et obésité). Par ailleurs, d'autres terminologies de professionnels de la santé sont très limitées en ce qui concerne l'évaluation nutritionnelle, le diagnostic nutritionnel et la surveillance de la nutrition. De plus, elles ne fournissent que des descriptions générales des interventions nutritionnelles (p. ex., « visite » et le nombre de minutes), et ne fournissent que des options limitées pour évaluer les données relatives aux résultats.

Une première présentation, lors du Congrès international de diététique, en 2004, a éveillé l'intérêt pour le travail accompli par l'ADA sur le PSN et la terminologie normalisée en nutrition. En 2005, l'ADA a invité sept pays, y compris le Canada, de même que des leaders clés du développement et de la gestion de terminologies normalisées, notamment de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED), à se réunir afin de s'informer au sujet de l'initiative de terminologie normalisée

NCP-SL International Work Group June 2013
06.3
2/13

Figure 1: Projet de cadre de l'International Confederation of Dietetic Associations quant aux rôles des différents intervenants dans le processus de soins en nutrition et la terminologie internationale de diététique et de nutrition



Communication personnelle, Esther Myers, American Dietetic Association 2009

Nomenclature of Medicine (SNOMED), à se réunir afin de s'informer au sujet de l'initiative de terminologie normalisée en nutrition. Au cours de la réunion, les intervenants étaient en faveur d'une terminologie normalisée en nutrition et considéraient que l'International Confederation of Dietetic Associations (ICDA) était en bonne position pour sensibiliser les associations nationales de diététistes à la question de la terminologie normalisée et pour les encourager à l'adopter. L'ICDA a élaboré un projet de cadre en ce qui concerne les rôles des différents intervenants dans l'adoption du PSN et de la TIDN (fig. 1).

Plusieurs pays ont adopté le PSN et la TIDN, ce qui constitue la preuve de son applicabilité à l'échelle internationale. Les Pays-Bas, qui avaient leur propre terminologie normalisée pour la documentation et la communication des soins en nutrition, ont corroboré l'accord de l'ICDA en adoptant le PSN et la TIDN. Peu après, l'Australie a commencé à offrir du développement professionnel sur le PSN et la TIDN et a également entamé une étude de validation internationale sur la TIDN. La British Dietetic Association a pour sa part examiné et adopté le PSN et a exprimé son intérêt pour l'adoption de la TIDN afin que celle-ci soit utilisée dans des initiatives relatives aux dossiers de santé électroniques dans tout le Royaume-Uni. Une séance d'information de 2008 réunissant les représentants officiels des membres d'associations nationales de diététistes de l'ICDA a été suivie de demandes de renseignements et de permissions de traduire le PSN et la TIDN de la part du Japon, de la Corée, de la Hongrie, d'Israël, de la Suède et de la Turquie. Plus près de chez nous, Les diététistes du Canada a commencé à offrir du développement professionnel en lien avec la terminologie normalisée en nutrition en 2006, et aujourd'hui, bon nombre d'organismes canadiens qui fournissent des soins de santé ont entrepris l'implantation du PSN et de la TIDN.

Processus de soins en nutrition et terminologie internationale de diététique et de nutrition[2,6]

Les détails concernant le PSN et la TIDN sont bien décrits par Lacey[2] et par l'American Dietetic Association[7,8]. La troisième édition du manuel de référence sur la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN) contient une description détaillée de la terminologie normalisée pour le processus de soins en nutrition. La quatrième édition du manuel sera publiée à l'été 2012. Le modèle théorique du PSN est illustré à la figure 2[2,6].

Le fondement du modèle est la relation entre le patient/client/groupe et la diététiste, et cette relation centrale, qui se trouve au cœur du processus, permet d'illustrer une approche axée sur le client. L'approche axée sur le client comprend le client, sa famille et les personnes qui lui prodiguent des soins, les groupes et les populations ciblées.

Lorsque le diététiste travaille en collaboration avec le client, ou élabore des programmes de santé publique, quatre étapes distinctes, mais liées entre elles, doivent être franchies dans le PSN. Ces étapes comprennent l'évaluation nutritionnelle ou la réévaluation nutritionnelle, le diagnostic nutritionnel, l'intervention nutritionnelle, et la surveillance et l'évaluation de la nutrition. Voici une description de la façon dont le modèle s'applique pour fournir des soins en nutrition personnalisés à un client. Ce modèle peut également s'appliquer dans un contexte de groupe ou pour l'élaboration de programmes en nutrition ciblés pour une population définie. Dans de tels cas, le processus se situe au niveau du groupe ou de la population, et les caractéristiques de la population ciblée doivent être définies. La relation du diététiste par rapport au groupe défini peut varier : présentateur/éducateur, planificateur de programmes ou porte-parole en matière de santé publique.

ÉVALUATION NUTRITIONNELLE OU RÉÉVALUATION NUTRITIONNELLE

L'évaluation nutritionnelle se définit comme « une méthode systématique pour l'obtention, la vérification et l'interprétation des données nécessaires pour identifier les problèmes liés à la nutrition, leurs causes et leur portée »[6]. Souvent, des processus initiaux d'évaluation et de réévaluation nutritionnelle permettent de comparer l'état du client d'une visite à l'autre ou d'évaluer son état en fonction de critères précis. Dans un contexte de santé publique, cette étape peut comprendre des méthodes de collecte de données telles que des évaluations des besoins, des enquêtes, des groupes de discussion, des analyses de l'environnement et l'analyse des données de santé de la population afin d'identifier les problèmes nutritionnels dans une population définie.

DIAGNOSTIC NUTRITIONNEL

En fonction des données issues de l'évaluation nutritionnelle, la diététiste est en mesure de déterminer s'il existe un problème nutritionnel et de le nommer à l'aide d'un diagnostic nutritionnel[6]. Un diagnostic nutritionnel permet d'identifier et de décrire un problème nutritionnel précis qui peut être résolu ou atténué grâce à l'intervention nutritionnelle d'une diététiste[2,6]. On communique un diagnostic nutritionnel à l'aide d'un énoncé PES (P = problème, E = étiologie; S = signes et symptômes). Pendant la recherche de la cause liée à la nutrition la plus probable du problème (étiologie), on identifie des interventions nutritionnelles qui sont plus susceptibles d'engendrer des résultats positifs en matière de nutrition. Les signes et symptômes sont rassemblés lors de l'évaluation nutritionnelle et fournissent les données probantes selon lesquelles le diagnostic nutritionnel existe. Le diagnostic nutritionnel peut être traité indépendamment par la diététiste ou en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire. Il est important de noter qu'un diagnostic nutritionnel est différent d'un diagnostic médical. En effet, tandis qu'un diagnostic médical ne change pas tant que la maladie existe, un diagnostic nutritionnel change au fur et à mesure que le client répond aux interventions nutritionnelles[2].

NCP-SL International Work Group June 2013
06.3
4/13

Le diagnostic nutritionnel (énoncé PES) est un concept nouveau pour la plupart des diététistes. En effet, les diététistes ont identifié les problèmes nutritionnels des clients par le passé, mais n'ont peut-être pas été explicites en ce qui concerne l'identification des problèmes ciblés et les causes probables du problème. Or, l'utilisation de diagnostics nutritionnels permet aux diététistes d'utiliser la pensée critique au sujet des causes du ou des problèmes et de ce qui est le plus important de résoudre ou de ce qui est possible de résoudre. De plus, cela permet à la praticienne de diagnostiquer et de hiérarchiser les problèmes nutritionnels.

La terminologie normalisée en nutrition a été développée pour les diagnostics nutritionnels afin de décrire les problèmes propres à trois domaines : (1) l'apport en nutriments; (2) les conditions médicales ou physiques; et (3) les connaissances, les attitudes et croyances, l'environnement physique, l'accès aux aliments ou la sécurité alimentaire. Un exemple de diagnostic nutritionnel pour une personne en perte de poids pourrait être : « Apport insuffisant en énergie et en protéines relié à un faible appétit et à une incapacité de préparer des repas démontré par la perte de poids involontaire de 5 kg en un mois et l'apport en énergie et en protéines qui fournit 65 % des besoins estimés ». Dans un contexte de santé publique où il est question de sécurité alimentaire, un exemple de diagnostic nutritionnel pourrait être : « Accès limité aux aliments relié à des limites quant au transport vers des épiceries offrant des produits abordables démontré par l'analyse de l'environnement. »

INTERVENTION NUTRITIONNELLE

L'intervention nutritionnelle se définit comme « Une action planifiée et volontaire conçue pour modifier les comportements relatifs à la nutrition, les facteurs de risque, les conditions du milieu ou un aspect de l'état de santé. » L'intervention nutritionnelle est généralement effectuée dans le but de résoudre les problèmes liés au diagnostic nutritionnel, mais peut également être ciblée pour réduire les signes ou symptômes du diagnostic nutritionnel6. L'intervention nutritionnelle comprend la définition d'une prescription de soins en nutrition ou d'objectifs de soins. La terminologie de nutrition normalisée a été élaborée pour les stratégies d'intervention associées à l'administration des aliments/nutriments, l'éducation en nutrition, le counseling nutritionnel et la coordination des soins en nutrition.

SURVEILLANCE ET ÉVALUATION DE LA NUTRITION

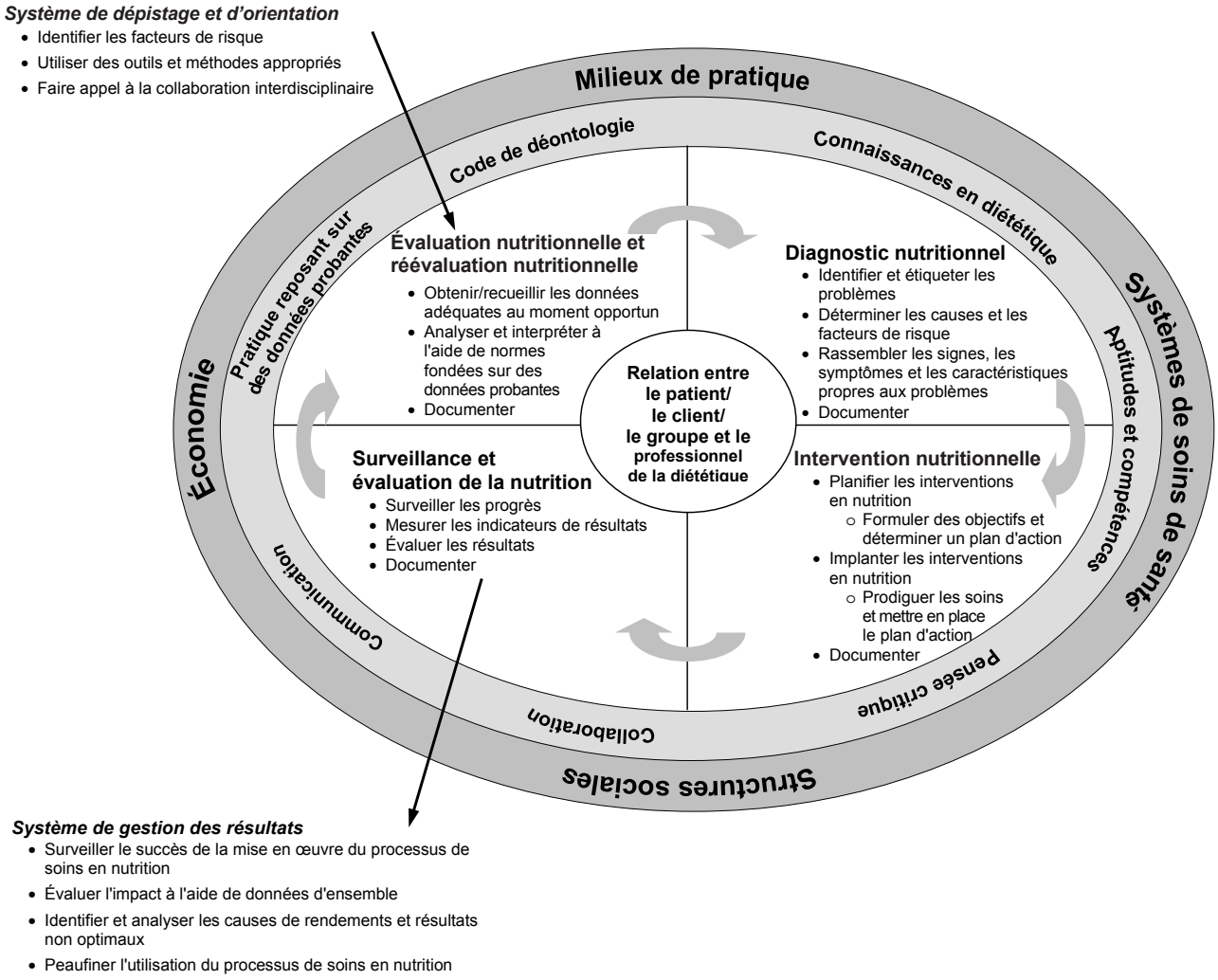
La surveillance et l'évaluation de la nutrition consistent à établir l'ampleur des progrès réalisés et à déterminer si les objectifs sont atteints et les résultats, obtenus. La surveillance et l'évaluation de la nutrition permettent d'identifier les résultats des soins en nutrition qui sont pertinents pour le diagnostic nutritionnel, les plans d'intervention et les objectifs[6]. Les résultats attendus sont définis lors des visites initiales avec le client ou au moment de l'élaboration d'un modèle logique ou d'un plan pour un programme de santé publique. Les progrès dans l'obtention de résultats de soins en nutrition sont évalués au cours des visites de suivi ou par l'entremise d'un processus d'évaluation. Cette étape est essentielle pour évaluer les soins aux clients et aux groupes et pour déterminer si les interventions doivent être modifiées. Les phases de surveillance et d'évaluation chevauchent la phase de réévaluation nutritionnelle. Par conséquent, la terminologie normalisée pour la surveillance et l'évaluation de la nutrition constitue un sous-ensemble de la terminologie normalisée pour l'évaluation nutritionnelle.

Le premier anneau extérieur du modèle du PSN décrit ce que la profession de diététiste apporte en matière d'interaction avec le client. Les diététistes pratiquent dans le cadre du code de déontologie professionnel et utilisent leurs connaissances, aptitudes et compétences en diététique. Cette pratique comporte une pensée critique, une pratique fondée sur des données probantes, et de bonnes aptitudes de communication et de collaboration avec les clients et avec les autres professionnels de la santé. Cet élément peut aider à décrire les capacités des diététistes et est bénéfique dans la planification d'un programme ou d'un projet.

Le deuxième anneau extérieur du modèle du PSN décrit l'environnement au sein duquel pratiquent les diététistes. Cet environnement comprend les milieux de pratique

NCP-SL International Work Group June 2013
06.3
5/13

Figure 2: Le modèle et le processus de soins en nutrition[6]



LA TERMINOLOGIE INTERNATIONALE DE DIÉTÉTIQUE ET DE NUTRITION (TIDN)

- Évaluation nutritionnelle
  - Histoire alimentaire, mesures anthropométriques, données biochimiques, procédures et examens cliniques, signes physiques axés sur la nutrition, antécédents du client et normes de comparaison
- Diagnostic nutritionnel
  - Apport, clinique, comportement, environnement
- Intervention nutritionnelle
  - Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments, éducation en nutrition, counseling nutritionnel, coordination des soins en nutrition
- Surveillance et évaluation de la nutrition
  - Histoire alimentaire, mesures anthropométriques, données biochimiques, procédures et examens cliniques, signes physiques axés sur la nutrition

Pour plus de détails, consulter la quatrième édition du manuel de référence sur la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN)[7].

Réimprimé avec la permission de la American Dietetic Association, www.eatright.etc.org, consulté le 10 février 2010.

NCP-SL International Work Group June 2013
06.3
6/13

(p. ex., les soins primaires et ambulatoires, les soins de courte durée, les soins de longue durée, la réadaptation, la santé mentale, les soins à domicile, la santé communautaire et la santé publique), le système de santé canadien et les systèmes sociaux. De plus, le contexte économique actuel doit être pris en compte. Ces facteurs environnementaux influencent le processus de soins en nutrition et offrent un contexte essentiel pour la planification de la santé publique. Dans les milieux de pratique qui utilisent un modèle de soins collaboratif interprofessionnel, il est essentiel de travailler avec tous les membres de l'équipe, de même qu'avec les clients et leur famille, et ce, dans tout le continuum de soins. Le PSN et la TIDN peuvent inclure les contributions de tous les membres de ces équipes afin d'identifier clairement le diagnostic, l'intervention et la surveillance en nutrition de même que les résultats en matière de soins en nutrition qui contribueront aux impacts globaux sur la santé du client.

Le système de dépistage et d'orientation se trouve à l'extérieur des anneaux du modèle du PSN puisqu'il peut être géré par des personnes ou des groupes externes à la profession de diététiste. L'objectif du dépistage est de déterminer les personnes, groupes ou populations à risque de souffrir de problèmes nutritionnels et à qui ces programmes ou services sont destinés[2,6]. Une approche méthodique de dépistage devrait être établie avec la participation de la diététiste pour que des paramètres de dépistage valides, adaptés à la population et aux services de soins en nutrition à fournir, soient utilisés[2].

Pour sa part, l'orientation comporte l'envoi d'un client vers un autre professionnel de la santé6. Le processus d'orientation consiste entre autres à définir le but d'un service et qui sont les clients pour qui ce service serait pertinent (c.-à-d., les critères précis). Des systèmes doivent être mis en place afin d'orienter les clients dans l'ensemble du continuum de soins en nutrition. De plus, les critères d'orientation et l'accès aux services doivent être communiqués afin d'aider les clients à naviguer dans les systèmes de soins de santé, souvent complexes.

Le système de gestion des résultats consiste à recueillir et à analyser les données au niveau du groupe6. Les données peuvent être comparées avec les résultats attendus, avec des normes ou des points de référence. Par ailleurs, les résultats sont utilisés pour ajuster la pratique et améliorer le rendement. Un système de gestion des résultats est essentiel pour démontrer l'efficacité des interventions nutritionnelles et déterminer les améliorations adéquates à apporter pour atteindre les objectifs d'intervention.

Les avantages liés à l'adoption du processus de soins en nutrition

QUALITÉ DES SOINS EN NUTRITION

Le PSN favorise une amélioration continue de la qualité par l'intermédiaire d'un système de gestion des résultats et d'une pratique fondée sur des données probantes. Il aide les diététistes à utiliser une approche cohérente en matière de soins en nutrition, à améliorer leur pensée critique, à mettre en valeur leur expertise et à démontrer comment leurs soins peuvent améliorer la santé de leurs clients[4,9]. Lorsque le PSN sera utilisé, les diététistes en contexte de pratique ainsi que les administrateurs bénéficieront d'une capacité accrue d'évaluer la qualité des soins en nutrition offerts (fig. 3)[4].

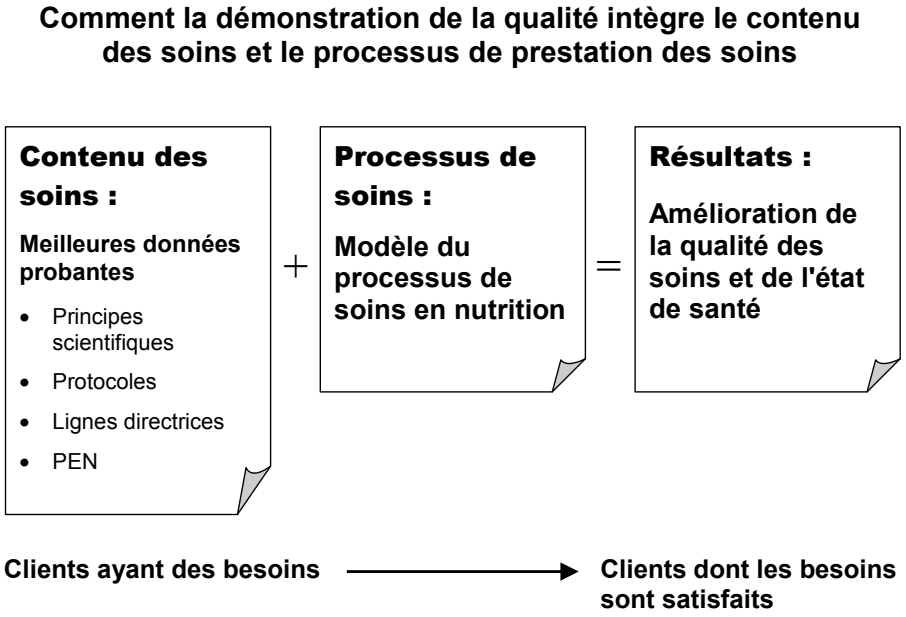
Le cadre vise à améliorer les résultats pour les clients en identifiant clairement les problèmes nutritionnels (diagnostic nutritionnel) et en choisissant des interventions précises pour résoudre chaque problème. En identifiant les résultats attendus de l'intervention nutritionnelle, les changements requis au plan d'intervention peuvent être effectués plus rapidement pour s'assurer que les objectifs sont atteints. En outre, le plan de surveillance et d'évaluation permet de mesurer plus facilement les résultats et de démontrer le succès de l'intervention[3,4].

COMMUNICATION ET DOCUMENTATION

La TIDN fournit une approche cohérente pour la documentation de l'information nutritionnelle essentielle dans les dossiers médicaux[10]. De plus, cette terminologie uniforme peut aider à

NCP-SL International Work Group June 2013
06.3
7/13

Figure 3: Démonstration de la qualité des soins de nutrition



identifier le type de soins en nutrition offerts par les diététistes et leur complexité, et ainsi favoriser la reconnaissance de la contribution des diététistes aux résultats sur la santé des clients[10]. En effet, comme un grand nombre de diététistes travaillent dans des environnements multidisciplinaires, il peut être difficile de démontrer les résultats qui sont attribuables uniquement aux interventions des diététistes. Or, grâce aux diagnostics nutritionnels, plutôt que d'utiliser les résultats provenant des soins infirmiers ou médicaux pour surveiller la progression d'un client, il est possible de mettre en évidence les résultats les plus attribuables à l'intervention des diététistes[9,11].

Une grande partie des communications entre les professionnels de la santé passe par la documentation des dossiers médicaux. Le PSN améliore la précision et la clarté des communications entre les prestataires de soins de santé grâce à l'utilisation de la TIDN[12]. Dans une enquête portant sur des diététistes en contexte clinique du Bay Pines Veterans Affairs Health Care System (BPVAHCS) dans le centre-ouest de la Floride, Harrington et ses collaborateurs ont noté que la transition de soins entre les diététistes s'était améliorée après la mise en place du PSN et de la TIDN[4]. LLes diététistes ont fait observer qu'après l'implantation, il était plus facile de fournir des soins de suivi à des clients ayant été vus par une autre diététiste parce que les notes du PSN étaient plus faciles à interpréter par rapport à celles des anciennes méthodes de consignation au dossier[4]. De plus, le PSN permet de mieux comprendre le processus de pensée critique utilisé pour évaluer les données, formuler le diagnostic nutritionnel, mettre au point un plan d'intervention nutritionnelle et évaluer les résultats[13].

Le PSN a également un impact positif sur les communications entre les diététistes et les autres fournisseurs de soins de santé. En effet, Corado et Pascual[14] ont constaté que l'implantation du PSN et de la TIDN dans leur organisation a rendu la documentation des soins en nutrition offerts par les diététistes plus facile à lire par d'autres professionnels de la santé et a mené à plus de discussions d'équipe. En conséquence, les fournisseurs de soins de santé primaires prenaient plus souvent connaissance des recommandations faites par les diététistes.

D'autres avantages de l'utilisation du PSN et de la TIDN pour la documentation des soins en nutrition sont entre autres une plus grande efficacité en ce qui concerne la consignation au dossier et des notes plus concises[4]. Corado et Pascual ont constaté qu'après l'implantation du PSN, le temps consacré à la

documentation a diminué puisque les notes dans les dossiers sont devenues plus courtes et plus propres au problème. De plus, ils ont noté une amélioration de 30 pour cent de la productivité des diététistes[14].

De nombreuses organisations au Canada effectuent une transition vers la documentation des soins aux clients dans des dossiers médicaux électroniques. Or, le PSN et la TIDN répondent bien aux besoins relatifs à cette transition puisqu'ils fournissent la structure nécessaire pour faciliter l'incorporation aux dossiers médicaux électroniques (DME) de notes relatives à la nutrition[12].

GESTION DES RÉSULTATS ET RECHERCHE

Au Canada, l'adoption du PSN et de la TIDN aura un impact sur la profession, c'est-à-dire qu'elle appuiera une pratique fondée sur des données probantes et générera de l'information au sujet de l'efficacité de la thérapie nutritionnelle fournie par les diététistes[10]. En effet, à l'aide de systèmes de gestion par analyse de résultats, il sera possible d'en apprendre davantage sur les effets de la thérapie nutritionnelle[12]. Par ailleurs, le PSN et la TIDN facilitent une collecte de données à grande échelle relativement aux résultats en offrant des définitions cohérentes pour les termes, et ce, sans égard au praticien ou au contexte géographique [5,12,15]. Lorsque la TIDN est utilisée dans les DME, les requêtes dans les bases de données et la compilation des données deviennent beaucoup plus pratiques par rapport à ce qui se fait avec la documentation papier[5]. Le PSN peut être utilisé dans des environnements de santé publique pour évaluer les interventions basées sur la population. Toutefois, plus de recherche est nécessaire pour comparer le PSN aux autres cadres d'évaluation utilisés dans les contextes de santé publique.

Le PSN fournit l'infrastructure requise en matière de recherche portant sur l'impact et la rentabilité des soins en nutrition[5]. Grâce à l'adoption du PSN et de la TIDN à l'échelle nationale et internationale, il sera possible de comparer les résultats issus de différentes études de recherche. De plus, les possibilités d'effectuer des méta-analyses de l'efficacité des interventions nutritionnelles seront plus nombreuses[5].

SOUTIEN À LA FORMATION ET À L'ÉDUCATION DES DIÉTÉTISTES

Le PSN favorise une approche méthodique pour les organisations en matière d'orientation des diététistes en fournissant une définition précise des attentes relatives aux soins en nutrition dans les divers milieux de pratique. Ces attentes peuvent être utilisées lors des évaluations de rendement afin de déterminer les compétences de la diététiste pour accomplir les exigences d'un poste, ou pour vérifier le respect des normes réglementaires.

Considérations relatives à l'implantation pour une action et des changements à grande échelle

L'implantation du PSN et de la TIDN amène un changement important dans la pratique des diététistes et des stagiaires en diététique. En effet, elle remet en question notre façon de penser, nécessite l'apprentissage de nouveaux éléments (TIDN) et de nouvelles compétences (diagnostiquer et nommer des problèmes nutritionnels), et fait accroître la responsabilité de fournir des soins en nutrition efficaces aux clients[16]. Bien qu'avec l'expérience, les diététistes peuvent efficacement mettre en œuvre des parties du PSN et de la TIDN, une action à grande échelle est nécessaire pour mettre en œuvre le PSN et la TIDN à l'échelle nationale.

L'implantation à grande échelle doit couvrir l'enseignement universitaire et les stages en nutrition. En effet, les établissements offrant des programmes en diététique jouent un rôle clé dans l'implantation du PSN parce qu'ils peuvent faire en sorte que les nouveaux diététistes adoptent le modèle et la terminologie et façonnent ainsi l'avenir de la profession[11]. C'est pourquoi les universités

NCP-SL International Work Group June 2013
06.3
9/13

et les programmes de stages en en diététique du Canada doivent inclure le PSN et la TIDN dans leurs programmes d'études et leurs activités d'apprentissage. À cet égard, Suen a émis un rapport sur les défis de l'implantation du PSN dans deux hôpitaux de soins de courte durée de la Californie[17]. Son étude a montré que les diététistes nouvellement diplômés à qui on avait seulement présenté le *concept* du PSN à l'occasion d'un stage avaient besoin de beaucoup plus de temps que les diététistes expérimentées pour devenir compétents avec le PSN. Les diététistes stagiaires devraient donc prendre part à la mise en application du PSN pendant leurs stages afin de se familiariser avec son utilisation et de développer des aptitudes de résolution de problèmes et de pensée critique[11,18]. Par conséquent, les diététistes doivent enseigner aux stagiaires comment utiliser le PSN lorsqu'elles les supervisent[19]. Ainsi, les nouveaux diplômés satisferont les attentes de praticiens du niveau d'entrée[2].

L'implantation du PSN doit cependant aller au-delà de l'éducation des étudiants en nutrition. Si les diététistes en contexte de pratique n'utilisent pas le PSN, les nouveaux diplômés seront moins incités à l'utiliser. Par conséquent, les organisations de santé doivent mettre en branle un plan complet pour favoriser l'utilisation du PSN et de la TIDN et ainsi changer la pratique partout au pays. Les stratégies d'implantation pour les organisations nécessitent du temps, mais porteront des fruits si les principes de gestion du changement organisationnel sont appliqués[16]. Kotter a mis au point un processus de gestion du changement en huit étapes qui a été utilisé par diverses organisations pour l'implantation du PSN[20]. Une étape cruciale du processus consiste à établir un sentiment d'urgence en communiquant clairement les raisons de l'implantation et les avantages liés à l'utilisation du PSN pour les diététistes, les professionnels de santé et les autres intervenants clés. De plus, il est nécessaire d'adapter l'organisation et d'institutionnaliser le changement en incorporant le PSN et la TIDN dans toutes les formes de documentation (p. ex., les formulaires d'évaluation nutritionnelle en format papier ou électronique, et les notes d'évolution), dans les normes de soins, les politiques, les procédures, les descriptions d'emploi et les manuels d'accueil. Des ressources telles que le manuel de référence et le guide pratique sur la TIDN (*Pocket guide for international dietetics and nutrition terminology (IDNT) reference manual*) aident les diététistes à se familiariser avec le processus et la terminologie normalisée. Toutefois, l'élément le plus important est qu'une stratégie pour la formation des diététistes visant à soutenir les changements et à aider les diététistes à développer leurs compétences et à se familiariser avec l'utilisation du PSN doit être mise en place[2]. De plus, des occasions d'apprentissages doivent être offertes en divers formats (p. ex. des ressources en ligne, des modules d'autoapprentissage, des présentations et des ateliers). Il a par ailleurs été démontré que les discussions de groupe et le soutien des pairs, surtout celui des adopteurs précoces, facilitent l'apprentissage et donnent de l'élan à l'implantation[16]. Le PSN est incorporé aux protocoles et lignes directrices fondées sur des données scientifiques de l'ADA. Dans le contexte canadien, le modèle du PSN soutiendrait l'outil Practice-based Evidence in Nutrition (PEN) et le développement de lignes directrices et de plans de soins pour la pratique au Canada.

Bien que la TIDN ait été adoptée dans plusieurs pays et que des études de validation sur la terminologie normalisée pour les diagnostics nutritionnels aient été réalisées, il demeure important d'évaluer son applicabilité aux milieux de pratique canadiens. Par ailleurs, il est essentiel d'utiliser les termes de la TIDN de façon normalisée partout au pays. Par exemple, la législation provinciale relative à des termes tels que « prescription de soins en nutrition » devra être revue afin de garantir que ces termes sont utilisés de façon appropriée.

Orientations futures

SYSTÈMES DE QUALITÉ, DE SÉCURITÉ ET ÉLECTRONIQUES

Le système de santé canadien met l'accent sur l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des clients. Afin de positionner les diététistes pour le futur, un cadre bien défini devra être conçu dans le but de mesurer l'impact des nouvelles mesures sur la nutrition et de démontrer leur efficacité. Des données probantes selon lesquelles les diététistes constituent des membres essentiels des équipes de soins de santé sont nécessaires, particulièrement en période de compressions budgétaires.

Dans le but d'atteindre les cibles de prévention et de gestion des maladies chroniques et d'améliorer la qualité des soins, la sécurité du client et la coordination des soins, les systèmes de santé canadiens sont de plus en plus informatisés. Les dossiers médicaux électroniques (DME) et les dossiers de santé électroniques (DSE) sont des termes souvent utilisés de façon interchangeable. Toutefois, les DME sont souvent définis comme des dossiers utilisés pour documenter les soins aux clients dans les hôpitaux et les environnements de soins ambulatoires, alors que les DSE prennent des renseignements dans les DME et permettent le partage des renseignements médicaux entre les professionnels des soins de santé œuvrant dans de multiples contextes de soins utilisés par une personne[21]. Une étude de 2007 a révélé que seulement 23 pour cent des médecins canadiens utilisent les DME, comparativement à plus de 90 pour cent aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni[22]. EEncore moins de diététistes documentent régulièrement à l'aide de DME.

Avec l'évolution imminente des DME, des occasions de positionner la diététique en tant que discipline s'offrent à nous. De plus, la possibilité nous est donnée de créer une base permettant de faciliter la collecte et l'agrégation des données, et l'analyse et l'interprétation des résultats, et ce, dans le but de mesurer les résultats de nos interventions et de créer des données probantes visant à soutenir notre pratique. Par l'entremise des DME, il sera possible de noter les tendances en matière de soins aux clients de même que les résultats associés aux diagnostics, objectifs et interventions nutritionnelles et ainsi d'orienter la pratique.

Les DME donnent l'occasion d'évaluer les résultats chez les clients à partir de données discrètes saisies lors de rencontres avec le client. Cependant, pour rassembler les données, des champs de données communs sont requis. Comme dans toutes les sciences de la santé, les diététistes utilisent différents termes pour parler du même concept. L'infrastructure de l'information nécessite des terminologies telles que la Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED-CT) et la Classification internationale des maladies (CIM) afin de structurer la terminologie dans les DME. La TIDN constitue la première terminologie complète sur la nutrition pour la communication du PSN et favorise la transition vers les DME. Le PSN peut également soutenir les systèmes d'aide à la décision et ceux fondés sur les connaissances que l'on trouve dans les DME. Par ailleurs, afin d'implanter solidement la TIDN au Canada, celle-ci a été traduite en français.

LES COMPÉTENCES DES DIÉTÉTISTES

Il existe au Canada des énoncés de connaissances et de compétences en diététique qui sont utilisés par les ordres professionnels des diététistes provinciaux, par le programme d'agrément national de même que dans la formation et l'enseignement en diététique. De plus, un processus de création d'un ensemble national d'énoncés de connaissances et de compétences intégré et mis à jour est en cours. Les énoncés de compétences existants sont assez flexibles pour inclure les concepts du PSN. Cependant, si les diététistes au Canada adoptent le modèle du PSN, il est possible que certains concepts précis qui lui sont propres soient considérés dans le futur. Le modèle du PSN appuie les compétences en diététique en fournissant une définition plus précise des normes de soins de même que plus de précision quant aux attentes. Il peut donc soutenir l'enseignement et la formation en diététique, les programmes de formation et l'excellence en matière de pratique.

NCP-SL International Work Group June 2013
06.3
11/13

VISION POUR LA PRATIQUE DE LA DIÉTÉTIQUE

En 2007, Les diététistes du Canada, par l'intermédiaire d'une consultation de ses membres, ont développé Vision 2020, qui définit l'avenir souhaité pour la profession de diététiste.

VISION 2020
L'avenir souhaité pour la profession de diététiste

- Les diététistes sont des leaders en promotion de la santé.
- Les diététistes jouent des rôles diversifiés, enrichissants et nouveaux.
- La profession de diététiste s'autogère et s'autorenouvelle.
- L'enseignement de la diététique est accessible, flexible, inclusif et innovateur.

Le modèle du PSN aide les diététistes à jouer un rôle de leaders dans l'amélioration de la santé nutritionnelle de la population canadienne et les aidera à réaliser le projet de Vision 2020. Qui plus est, l'implantation du PSN favorise une visibilité et une perception améliorées des diététistes dans l'équipe de soins de santé. Actuellement, il se peut que les diététistes ne documentent pas clairement les problèmes, les interventions et les résultats relatifs à la nutrition. De plus, les lacunes en ce qui concerne la documentation peuvent mener à des suppositions erronées par les autres membres de l'équipe. Grâce à une documentation plus claire, les autres professionnelles de la santé comprendront mieux la contribution des diététistes aux soins du client et au plan de traitement. Par ailleurs, les études sur les résultats fondés sur la pratique démontreront les atouts des diététistes et aideront à améliorer leur possibilité de faire valoir leurs compétences dans divers milieux de pratique.

Recherches futures

Il est nécessaire de poursuivre la recherche sur le modèle du PSN afin d'évaluer son niveau d'impact sur la qualité des soins et sur les résultats. De plus, une validation plus approfondie de la TIDN est nécessaire dans les divers contextes au Canada, notamment en soins pédiatriques et intensifs, et dans les environnements de santé publique. En outre, à l'aide de la recherche, on doit évaluer la perception des diététistes canadiens en ce qui concerne l'utilisation du PSN et les obstacles à une implantation réussie. L'un des obstacles potentiels est le temps requis pour mettre en œuvre le PSN et la TIDN, mais une fois que ce sera fait, la productivité pourrait être améliorée. Finalement, des recherches sont nécessaires pour comprendre l'impact des soins en nutrition sur l'efficacité des diététistes dans différents milieux.

Conclusion

Le PSN et la TIDN sont applicables dans divers milieux de la pratique de la diététique au Canada. Les diététistes canadiennes devraient considérer les avantages de la mise en œuvre du modèle du PSN dans leur pratique. Dans le milieu en constante évolution qu'est celui des soins de santé, il sera essentiel de démontrer l'importance des diététistes. Ce modèle aidera à orienter la pratique de la diététique de manière à ce qu'elle produise un effet optimal sur les résultats de santé des clients. Des directives seront nécessaires dans le futur pour appuyer l'application du modèle aux contextes de santé publique. En outre, de multiples types de possibilités de formation et d'outils devront être disponibles, y compris ceux destinés à des domaines spécialisés des soins aux clients. Enfin, l'adoption du modèle, y compris de la terminologie normalisée, offre l'occasion d'élever la pratique à un niveau supérieur et de soutenir la qualité des soins en nutrition, la pratique fondée sur des données probantes et la recherche.

NCP-SL International Work Group June 2013
06.3
12/13

References

1. Lacey K, Cross N. A problem-based nutrition care model that is diagnostic driven and allows for monitoring and managing outcomes. J Am Diet Assoc 2002;102(4): 578-89.
2. Lacey K, Pritchett E. Nutrition care process and model: ADA adopts a road map to quality care and outcomes management. J Am Diet Assoc 2003;103(8):1061-72.
3. Trombley LE, Driscoll E, Rodrigues LM. Effectiveness of nutrition intervention in meeting outcome goals in clients with HIV/AIDS. J Am Diet Assoc 2008;108(9): A-9.
4. Harrington B, Bowling E, DiChello S. Clinical dietitian perception of the nutrition care process. Future Dimensions in Clinical Nutrition Management. 2009;28(1).
5. American Dietetic Association. Nutrition care process part II: using the international dietetics and nutrition terminology to document the nutrition care process. J Am Diet Assoc 2008;108(8):1287-93.
6. American Dietetic Association. Nutrition care process and model part I: the 2008 update. J Am Diet Assoc 2008;108(7):1113-7.
7. American Dietetic Association. International dietetics & nutrition terminology (IDNT) reference manual: standardized language for the nutrition care process. 3rd ed. Chicago, IL: American Dietetic Association; 2011.
8. American Dietetic Association. Pocket guide for international dietetic & nutrition terminology (IDNT) reference manual: standardized language for the nutrition care process. 3rd ed. Chicago, IL: American Dietetic Association; 2011.
9. Trombley L. Measuring clinical outcomes – how to start. Future Dimensions 2008;28(3):6-8.
10. Hakel-Smith N, Lewis N, Eskridge KM. Orientation to nutrition care process standards improves nutrition care documentation by nutrition practices. J Am Diet Assoc 2005;105(10):1582-9.
11. Lacey K. Teaching ADA's nutrition care process and nutrition diagnoses: one educator's story of a work in progress. Topics in Clinical Nutrition 2006;21(3): 169-75.
12. Charney P. The nutrition care process and standardized language of dietetics: implications for the nutrition support dietitian. Support Line 2006;28(2):16-9.
13. Hakel-Smith N, Lewis NM. A standardized nutrition care process and language are essential components of a conceptual model to guide and document nutrition care and patient outcomes. J Am Diet Assoc 2004;104(12):1878-84.
14. Corado L, Pascual R. Successes in implementing the nutrition care process and standardized language in clinical practice. J Am Diet Assoc 2008;108(9):A-42.
15. Emery EA. Nutrition diagnosis and intervention: a case report. J Am Diet Assoc 2007;107(8):A-22.
16. Gardner-Cardani J, Yonkoski D, Kerestes J. Nutrition care process implementation: a change management perspective. J Am Diet Assoc 2007;107(8):1429-33.
17. Suen LF. Challenges in implementing the nutrition diagnosis statement in acute care hospitals. J Am Diet Assoc 2008;108(9):A-20.
18. Woscyna GR. Integrating nutrition diagnosis into the dietetic internship program curricula at the University of Nebraska Medical Center. J Am Diet Assoc 2007;107(8):A-66.
19. Connell C, Molaison EF. Internship preceptors perceptions and use of the nutrition care process. J Am Diet Assoc 2008;108(9):A-20.
20. Kotter John P. The eight-stage process of creating major change. In: Leading Change. USA: Harvard Business School Press;1996.
21. Garets D, Davis M. Electronic medical records vs. electronic health records: yes, there is a difference. A HIMSS Analytics™ White Paper, [En ligne], mise à jour le 26 janvier 2006. [http://www.himssanalytics.org/docs/WP_EMR_EHR.pdf] (Consulté le 16 juin 2009).
22. Davis K, Doty MM, Shea K, Stremikis K. Health information technology and physician perceptions of quality of care and satisfaction. Health Policy. [En ligne], 2008. [http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/In-the-Literature/2009/Jan/Health-Information-Technology-and-Physician-Perceptions-of-Quality-of-Care-and-Satisfaction.aspx] (Consulté le 16 juin 2009).