

**Institut de Formation de Profession de Santé
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon
Formation Cadre de Santé**

**LA PLACE DE LA DIETETICIENNE
DANS LES
ETABLISSEMENTS DE SANTE**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme de Cadre de Santé

Option Diététicienne

Corinne BUISSON

Promotion 2014 / 2015

Directrice de Mémoire

Madame Sylvie GUIGON

Sociologue à l'Université de Franche Comté Besançon

**Institut de Formation de Profession de Santé
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon
Formation Cadre de Santé**

**LA PLACE DE LA DIETETICIENNE
DANS LES
ETABLISSEMENTS DE SANTE**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme de Cadre de Santé

Option Diététicienne

Corinne BUISSON

Promotion 2014 / 2015

Directrice de Mémoire

Madame Sylvie GUIGON

Sociologue à l'Université de Franche Comté Besançon

*Aux miens, qui ont cru en mes possibilités, et plus
particulièrement à mes filles qui ont su faire face à mon absence.*

Je voudrais remercier sincèrement toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail d'initiation à la recherche :

- Particulièrement Madame Sylvie Guigon, ma Directrice de Mémoire pour son accompagnement.
- Les professionnels de Santé qui ont bien voulu répondre à mes questions lors des entretiens.
- Ma famille et mes amis qui m'ont soutenue tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Sommaire

Table des matières

Introduction	25
1 Cadre contextuel	32
1.1 Histoire de la diététique de sa naissance à nos jours.....	32
1.1.1 Naissance de la diététique en Grèce Antique.....	32
1.1.2 Diététique au Moyen Age.....	33
1.1.3 Développement de la science.....	34
1.1.4 La révolution agricole et industrielle du XVIIème.....	35
1.2 Naissance d'une profession	39
1.2.1 Historique.....	39
1.2.2 Évolution de la profession.....	40
1.2.3 Cadre réglementaire de la profession	45
1.2.3.1 Définition selon la loi du 30/01/2007 art.L4371-1.....	45
1.2.3.2 Exercice de la profession.....	45
1.2.3.3 Dispositions pénales.....	46
2 Cadre conceptuel et construction de l'objet	51
2.1 Définition de la recherche.....	51
2.2 Problématique.....	52
2.3 Hypothèse.....	52
2.4 Concept central : la reconnaissance.....	52
2.4.1 Les principales dimensions de la reconnaissance.....	52
2.4.2 Reconnaissance et motivation.....	54
2.4.3 La notion d'utilité.....	55
2.4.4 La reconnaissance comme éthique.....	55
2.5 Compétence et expertise.....	56
2.5.1 La compétence professionnelle.....	56
2.5.2 L'expertise.....	57
2.5.2.1 L'expertise, prolongement de la compétence	57
2.5.2.2 Complexité du rôle de l'expert.....	58
2.6 La culture professionnelle.....	59
2.6.1 Définition du mot culture.....	59
2.6.2 Importance et place de la culture collective.....	60
2.6.4 Culture professionnelle.....	61
2.7 L'identité professionnelle.....	63
3 Méthodologie	66
3.1 Choix de l'outil.....	66
3.2 Population choisie.....	66
3.3 Construction des canevas d'entretien.....	67
3.4 Déroulement des entretien.....	68
3.5 Les limites de l'enquête.....	68
3.5.1 L'échantillon.....	68
3.5.3 Limite du lieu.....	69

4 Analyse	71
4.1 Méthodologie de l'analyse.....	71
4.2 Comment la diététicienne est elle reconnue dans le monde de la santé ?.....	72
4.2.1 Le poids des représentations.....	72
4.2.2 Les a priori.....	74
4.2.3 Reconnaissance en santé publique.....	74
4.3 Comment la diététicienne est elle reconnue par les équipes de soins ?.....	76
4.3.1 Une histoire de culture.....	76
4.3.2 Les facteurs d'intégration dans l'établissement et dans les équipes de soins.....	78
4.3.2.1 La disponibilité.....	78
4.3.2.2 L'importance des transmissions.....	79
4.3.2.3 La relation de confiance avec le médecin.....	81
4.3.2.4 La relation de confiance avec le cadre.....	83
4.3.2.5 La personnalité de la diététicienne.....	84
4.3.2.6 Les compétences attendues.....	85
4.4 Les représentations des diététiciens sur leur intégration.....	85
4.4.1 Différences dues au genre.....	86
4.4.2 Différences dues à l'âge.....	87
4.4.3 Le cadre de santé : acteur important d'intégration.....	90
4.4.4 Le médecin : acteur à convaincre.....	90
4.4.5 Autres facteurs d'intégration pour les diététiciennes.....	91
4.4.6 Un sentiment d'utilité.....	92
5. Synthèse de l'analyse et confrontation à l'hypothèse de recherche	94
5.1 Rappel de l'hypothèse.....	94
5.2 La reconnaissance par le monde de la santé.....	94
5.3 La reconnaissance par les soignants.....	95
5.4 Travail de reconnaissance pour la profession	96
5.5 Conclusion par rapport à l'hypothèse.....	96
6.Enseignements tirés	98
6.1 En tant qu'étudiante.....	98
6.2 Pour ma future pratique de cadre de santé	99
Conclusion	102
Bibliographie.....	105
Annexe 1.....	108
Annexe 2.....	110
Annexe 3	113
Annexe 4.....	130

Introduction

Introduction

Le monde de la santé en France est en perpétuelle évolution. Les nombreuses lois qui se succèdent impactent directement l'hôpital dans son organisation de travail. La recherche d'efficience avec la réorganisation en pôles et la tarification à l'activité prévues par la loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoire), a profondément modifié le contexte social et institutionnel des établissements de santé.

La conjoncture actuelle demande en particulier la mobilisation des ressources humaines pour mieux travailler ensemble afin d'assurer la qualité et la pérennité des soins.

Cependant, les relations de travail sont loin d'être simples, elles sont souvent source de rivalités ou au contraire d'alliances, de jeux de pouvoir ou d'influences. Elles sont néanmoins un élément essentiel de l'organisation des soins à l'hôpital.

Chacun apporte sa pierre à l'édifice et participe plus ou moins directement à la prise en charge ou au parcours du patient mais il apparaît que pour chaque profession, il y a une notion complexe de territoire. Ce territoire professionnel semble relié à l'identité professionnelle, aux compétences spécifiques, voire à l'expertise d'une profession.

La construction de repères dans l'univers professionnel passe aussi par la reconnaissance du métier, du savoir-faire. Aujourd'hui, cette notion est souvent oubliée par les entreprises. L'hôpital, malgré ses valeurs humanistes, ne fait pas exception. La reconnaissance et le sens s'inscrivent de manière durable dans le métier dont une personne se

dote. Le besoin d'appartenance à une communauté se manifeste au niveau opérationnel du métier mais doit s'exprimer également au niveau institutionnel de l'entreprise.

La profession de diététicienne est une profession nouvelle, issue de l'après-guerre, et encore peu représentée au sein des établissements de santé.

Ma réflexion portera sur la place que cette profession peut y avoir.

Sur les 8500 diététiciens exerçant en France [1], 94 % sont des femmes. Aussi, contrairement aux règles grammaticales où le masculin l'emporte, j'ai décidé, en raison de cette indéniable majorité, d'utiliser le féminin pour désigner la profession dans ce mémoire.

Je souhaite étudier et comprendre les mécanismes qui influent sur les interactions professionnelles, les phénomènes d'intégration à un groupe de travail qui partage une culture professionnelle commune, celle des soignants. En parallèle, je souhaite également m'intéresser à l'évolution des représentations de la diététique et à celle du lien entre alimentation et santé en France.

On ne peut comprendre la place de la diététicienne dans les établissements de santé sans passer par l'histoire de la diététique et la constitution de la profession de diététicienne.

Dans un premier temps, mon travail consiste à présenter le cadre contextuel de la recherche en retraçant l'histoire de la diététique depuis la Grèce Antique à nos jours, puis il s'attachera à étudier la création puis l'évolution de la profession de diététicienne en la corrélant à la sociologie des professions.

D'emblée, pour moi, le choix de cette profession s'est fondé sur une envie de soigner, combinée à un goût prononcé pour la physiopathologie et un intérêt pour la nutrition.

Dûment diplômée, j'ai quitté mon Sud natal pour la Bourgogne où le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) m'a offert l'opportunité de mettre en

application mes connaissances en milieu thérapeutique. Au cours de mes vingt trois années d'expérience, j'ai découvert les multiples facettes du métier de diététicienne.

Ce qui s'impose d'emblée, c'est cette impression de faire partie d'une espèce inconnue et rare : seulement 18 diététiciennes sur 7003 professionnels au CHU dont 1117 médecins et 5234 personnels non médicaux dont la répartition est la suivante [2] :

Personnel administratif : 596 personnes

Personnel soignant et éducatif : 3540 personnes

Personnel médico-technique : 392 personnes

Personnel technique et logistique : 706 personnes

Les diététiciennes sont donc très peu nombreuses et, à l'instar des ergothérapeutes ou des psychomotriciens, leur rôle et leurs missions sont peu connus par les autres professionnels.

Claude Dubar [3] parle de formes identitaires : « L'identité est rendue possible par le fait qu'on se sociabilise mais elle est construite par une succession de récits de soi et une forme langagière par laquelle l'individu se raconte ».

Je vais donc me raconter.

Au cours de ma carrière, j'ai vécu deux expériences assez différentes qui m'ont fait m'interroger sur les conditions d'intégration d'une diététicienne à l'équipe de soins et sur les représentations de ce métier. Après quelques années de remplacements dans différents services, je suis nommée sur le poste de diététicienne en hépato-gastro-entérologie et en chirurgie digestive. L'intérêt du corps médical pour la nutrition dans ces deux services est alors très faible mais les médecins ne me sont pas hostiles. Les soignants, eux, sont plus sensibles à l'aide que la diététicienne peut leur apporter lors des réalimentations en chirurgie et pour comprendre les différents régimes en hépato-gastro-entérologie.

Pendant 13 ans, je me spécialise afin d'améliorer ma pratique en digestif et propose ma collaboration et mes compétences pour faire évoluer le régime sans résidus en montant un projet après une étude sur 50 patients dans les deux services. Je m'intéresse aux patients souffrant de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et participe à des congrès avec les médecins du service pour aborder le côté nutritionnel de leurs traitements. En chirurgie, je collabore avec le cadre de santé et le chef de service afin de rédiger un protocole de réalimentation pour toutes les opérations qui y sont pratiquées.

Je remarque au cours de ces années que pour faire évoluer la nutrition dans ces services, il faut être force de propositions puis argumenter ses idées pour lutter contre le désintérêt poli ou une réticence au changement à peine voilée... **Je commence à m'interroger sur la place de la diététicienne** dans ce type de services et ressens alors une baisse de motivation dans ma pratique quotidienne.

Cela me conduit sans doute à demander, dès que l'opportunité apparaît, une mutation pour le pôle de gériatrie en 2005.

Dès mon arrivée, je ressens la différence : sous la férule d'un chef de service charismatique et humaniste, l'interprofessionnalité semble appliquée dans tout le pôle. D'emblée, on m'accueille favorablement en comprenant l'intérêt du rôle de la diététicienne et de ses missions auprès des personnes âgées. L'approche pluridisciplinaire, concrétisée par des réunions de synthèse où chaque professionnel a la parole pour apporter ses compétences propres dans la prise en charge des patients, me plaît aussitôt.

Rapidement, je me forme à la prise en charge spécifique de la personne âgée et les médecins m'incitent à former en retour, les soignants sur la prise en charge nutritionnelle. Je prends très vite goût à la formation et aux échanges avec les professionnels. Je me sens en confiance et véhicule à mon tour « la fibre gériatrique » en intervenant auprès des nouveaux arrivants sur le pôle ou auprès des professionnels inscrits à l'Université de Bourgogne dans le cadre

du DIGUB (Diplôme Interprofessionnel de Gériologie de l'Université de Bourgogne).

Au fil des années, je m'épanouis pleinement dans mon travail.

J'ai l'impression d'être vraiment utile, à la fois aux patients et aux soignants et deviens peu à peu cette experte dont parle François Tochon [4] « une personne avec un processus d'improvisation qui devint naturel. Il ne s'agit pas d'un manque de préparation, mais plutôt d'une aptitude à exceller dans un domaine intériorisé, au point de pouvoir se libérer du contenu et se consacrer pleinement au contexte d'interaction ».

La préparation au concours d'entrée en IFPS (Institut de Formation de Professions de Santé) me fait me questionner sur ma pratique. Je fais alors le constat de ces deux approches très différentes de la diététique au cours de ma carrière et m'interroge sur leur étiologie.

Pourquoi la place de la diététicienne est elle aussi évidente en gériatrie alors qu'en secteur digestif j'ai dû lutter pour faire reconnaître mon travail ? Quels sont les facteurs qui influencent cette reconnaissance ? La spécialité médicale ? Les gériatres comme les pédiatres sont reconnus comme ayant une prise en charge plus globale de leurs patients que les autres médecins et chirurgiens ; cela facilite-t-il la coopération ?

Mon expérience de diététicienne m'a aidée à construire mon objet d'étude et à formuler l'hypothèse de mon travail de recherche que vous découvrirez dans le cadre conceptuel.

J'aborde ensuite l'approche des concepts qui se dégagent de ma réflexion et de l'analyse des entretiens réalisés.

Je précise pour ce faire, la méthodologie de recherche utilisée pour interroger les professionnels de santé.

J'explore ensuite les entretiens effectués de manière qualitative en réalisant une analyse thématique qui crée du lien entre la vision conceptuelle des auteurs et les propos des personnes interrogées.

Enfin, je confronte les résultats obtenus à mon hypothèse de départ, puis j'expose les enseignements tirés de ce travail d'initiation à la recherche et le conclue.

Cadre contextuel

1 Cadre contextuel

1.1 Histoire de la diététique de sa naissance à nos jours

1.1.1 Naissance de la diététique en Grèce Antique

Le mot de diététique vient du grec « diaita » qui signifie « art de vivre ».

Chaque époque, chaque culture a eu sa diététique qui était parfois loin de ressembler à celle d'aujourd'hui...

Chez les grecs, l'alimentation faisait partie d'une hygiène de vie où la diététique était considérée comme pouvant soigner. Au 5ème siècle avant JC (Jésus Christ), Hippocrate évoque longuement l'influence des aliments sur le fonctionnement du corps humain et édictait les premières recommandations alimentaires. Il classe les aliments selon quatre principes : chaud, froid, sec et humide.

Un siècle plus tard, Platon nous dit «... que la diététique soit ta première médecine » et il ajoute « et si la maladie t'atteint, le régime convenable te donnera la meilleure chance de guérison. »

Épicure au 3ème siècle avant JC, développe la philosophie du plaisir de manger et de la convivialité : « ... le sage n'est pas celui qui choisit la nourriture la plus abondante mais la plus savoureuse. »

Le Livre des propriétés des aliments est probablement le premier traité de diététique arabe, écrit au 9ème siècle après JC par Yuhanna Ibn Masawayh plus connu sous son nom latin de Jean Mésumé ou Mésumé le Vieux. [5] Ce traité appelé Kitâb Khawass al-aghdhiya est un texte court qui décrit les propriétés médicales de 140 aliments, classés en 8 sections : 12 sortes de graines, 30 légumes, 25 fruits, 29 sortes de viandes, les membres des animaux, 12 laitages, 14 poissons, 13 épices et aromates. Certaines propriétés sont diététiques alors que d'autres sont thérapeutiques, rendant ce texte intéressant pour l'histoire de la diététique et des médicaments. Ibn Butlan (vers 1001 – 1063) a écrit le Taqwim al -Sihha bi al-asbad al-sitta qui est un manuel de santé à destination du public, présentant les règles d'hygiène

et de diététique pour conserver la santé. Il a rencontré un vif succès en Orient et en Occident où l'on peut en retrouver des ouvrages dans les bibliothèques espagnoles.

1.1.2 Diététique au Moyen Age

La période moyenâgeuse Française s'inspire de ce manuel et reprend les concepts de base d'Hippocrate en les complétant : il y a toujours le froid, le chaud, le sec et l'humide mais s'y ajoutent le délicat et le grossier, les 4 éléments : eau, terre, feu et air ainsi qu'une grande diversité de tempéraments. En 1256 Aldebrandin de Sienne décrit dans le « régime du corps » que le veau est une viande facile à digérer car « chaude et moite ». Il considérait la digestion comme « une cuisson des aliments par la chaleur du corps ». Selon de nombreux auteurs de l'époque, la diététique devait s'adapter aux fluctuations saisonnières et aux tempéraments des individus. Ainsi, le printemps était considéré comme sanguin, l'été comme colérique, l'automne comme mélancolique et l'hiver flegmatique. Le régime alimentaire devait alors corriger l'effet des saisons et rétablir l'équilibre des humeurs. En été, on conseillait des nourritures légères et rafraîchissantes comme les fruits mais aussi comme les poussins au verjus...

Deux grandes tendances se sont dessinées au cours du Moyen âge :

- Jusqu'au XVIème siècle, il fallait faire correspondre son alimentation à son tempérament.
- Après le XVIème siècle, il fallait corriger l'humeur dominante en rétablissant l'équilibre : les nourritures froides et humides étaient alors pour les colériques, les chaudes et sèches pour les flegmatiques.

L'usage des épices et des condiments comme la moutarde ou le verjus (jus de raisin vert très acide), le vinaigre ou le sucre ainsi que l'adaptation des cuissons occupent une place privilégiée dans l'alimentation au Moyen âge jusqu'au début du XVIIème siècle. En Europe, c'est à cette époque que l'alimentation se transforme : avant, les nobles et les bourgeois des mondes chrétiens et islamiques mangeaient des purées épaisses, beaucoup d'épices, des sauces

salées-sucrées, des légumes cuits et des vins chauds. Le sucre assaisonnait tous les plats.

1.1.3 Développement de la science

A la fin du XVIIème siècle, on consomme moins d'épices et plus de graisses, tels le beurre et l'huile d'olive, qu'on met dans les sauces. Les fruits et légumes crus sont réhabilités, le sucre n'agrémente plus que les desserts en fin de repas.

Pourquoi ce changement ?

L'arrivée des denrées en provenance du Nouveau Monde n'explique pas le changement car à part la dinde rapidement adoptée parmi nos volailles, les français n'utilisent pas ou très peu ces nouveaux aliments. On utilise les mêmes produits qu'avant mais on les prépare différemment.

Les raisons de cette transformation relèvent plutôt d'une évolution des idées sur la nutrition et la diététique, fondées sur l'évolution de la chimie et de la médecine.

Selon Jean Louis Flandrin [6] « le corset des prescriptions diététiques se serait relâché au XVIIème siècle avec le développement de la science. Les chimistes substituèrent l'image d'une dissolution des aliments par les acides à celle de la cuisson dans l'estomac. La première conséquence fut l'inversion radicale des prescriptions médicales des épices auxquelles on prêtait la vertu d'aider à cuire les aliments dans l'estomac et qui furent soudain suspectées d'irriter cet organe. »

La gastronomie prend également le pas sur l'opulence : il ne s'agit plus pour les classes supérieures de montrer leur statut par la quantité mais par le raffinement de la nourriture.

Massimo Montanari [7] spécialiste de l'alimentation du Moyen âge à la Renaissance, parle « **de correspondance entre la qualité de la nourriture et la qualité de la personne.** »

L'art de la table fait son apparition : « les banquets se caractérisent par la beauté de la table, des nappes et de la vaisselle, la bonne compagnie et les

conversations plaisantes ; la musique, les spectacles et le raffinement des manières ».

La Révolution Française, loin de faire disparaître les us et coutumes de l'aristocratie, fait du **repas un symbole de l'excellence bourgeoise accessible à tous.**

Selon Jean Pierre Poulain [8], on assiste à une « cannibalisation métaphorique de la noblesse par les bourgeois ». Les auberges montent en gamme de qualité et deviennent restaurants.

Mais à l'heure de l'abolition des privilèges, plus qu'auparavant, la personne doit **affirmer sa qualité par son mode d'alimentation**, par l'importance qu'elle lui accorde, par le temps qu'elle lui consacre.

En démocratisant le goût et en favorisant la distinction sociale de la bourgeoisie, la Révolution de 1789 va transformer l'acte alimentaire en tradition culinaire partagée par le plus grand nombre.

Jean Pierre Poulain [8] affirme « qu'en traversant la société dans un mouvement descendant, le modèle gastronomique participe, au-delà des jeux de différenciation sociale, à la construction de l'identité française. » Les plaisirs de la table s'en trouvent généralisés à toute la société.

1.1.4 La révolution agricole et industrielle du XVIIIème

La révolution agricole et industrielle modifie les habitudes des français : en se développant, l'industrie agro-alimentaire permet de réduire le temps et le personnel nécessaire à la confection des repas.

Mais c'est surtout **l'apparition de la médecine hygiéniste qui bouleverse la diététique** et l'entraîne vers le champ sanitaire en faisant le lien entre intoxications microbiennes et nourritures malsaines.

En découvrant, par observation, la notion de contamination, le Docteur Semmelweiss inaugure la santé publique. Les travaux de Louis Pasteur renforceront cette notion de santé publique sur le plan du dépistage, de la vaccination et de l'organisation sanitaire.

De grandes découvertes sont également faites à l'époque concernant la qualité

sanitaire des aliments :

- Les vitamines sont mises en évidence après une étude du scorbut chez les marins (vit C)
- Les enzymes sont découvertes par Payen en 1833.
- Les protéines par Mulder en 1835

Vers 1850, les chimistes savent qu'il existe trois grandes familles de nutriments dans les aliments : protéines, lipides et glucides. La base de la nutrition actuelle est posée, les politiques de prévention et l'organisation moderne des systèmes de soins se développent : l'Assistance Publique est créée en 1850.

L'idéal républicain se manifeste dans le discours nutritionnel en prônant pour tous les règles d'une bonne hygiène diététique et de régularité des repas à travers l'instruction publique, les écoles, les hôpitaux et les casernes. Les banquets de la 3ème République participent à la construction d'une mémoire nationale passant par la valorisation du patrimoine culinaire des régions, renforçant l'idée que la cuisine est l'une des manières d'incarner l'identité de la France.

1.1.5 Les débuts de la nutrition en santé publique

Après la première guerre mondiale, le pays qui est en plein essor industriel est confronté aux problèmes d'alcoolisme et de maladies infectieuses qui deviennent des enjeux de santé publique majeurs.

En 1937, l'État s'intéresse donc aux conditions de vie et à l'alimentation des « classes laborieuses » dans un souci initial d'améliorer la rentabilité. Le Comité International de Nutrition de la Ligue des Nations exprime ainsi la nécessité de concevoir des politiques alimentaires nationales et internationales.

Les problèmes de ravitaillement et d'alimentation générés par la seconde guerre mondiale sont étudiés par la section nutrition du CNRS (Centre National de Recherche Scientifique) dirigée par André Mayer et André Chevallier.

D'abord domiciliés à Paris, ils passent en zone libre à Marseille et, avec l'équipe d'experts américains en nutrition de la fondation Rockefeller, ils fondent en 1940 l'Institut de Recherches d'Hygiène qui diligentera les premières enquêtes de nutrition et santé publique. André Chevallier étudiera notamment les besoins nutritionnels des jeunes et des femmes enceintes pour que le gouvernement de Vichy puisse leur adapter la distribution alimentaire. C'est à lui que l'on doit l'apparition des premiers produits diététiques grâce à sa collaboration avec l'industrie agro-alimentaire à qui il fera fabriquer des biscuits vitaminés chocolatés adaptés aux nourrissons et aux jeunes et distribués dans les rations françaises. Son expertise sera requise pour représenter la France à la Commission de Nutrition de Berlin chargée d'inspecter l'état nutritionnel des zones occupées.

1.1.6 Prise de conscience en France de l'importance d'une alimentation saine

Les trente glorieuses ont eu pour corollaire de passer d'une période de rationnement alimentaire à celle de la pléthore et de nouvelles priorités se dessinent pour les chercheurs en nutrition.

Le rapport du sénateur Mac Govern publié en 1977 dans « Dietary Goals for the United States » alerte les pouvoirs publics en constatant que l'alimentation des américains a radicalement changé en une cinquantaine d'années avec des conséquences importantes et souvent très graves sur la santé.

Trop de matières grasses, trop de sucres et de sel ont un lien direct avec les maladies du cœur, le cancer et l'obésité. Le rôle direct des facteurs nutritionnels dans le déterminisme de ces maladies sera mis en évidence et de nouvelles disciplines apparaîtront : nutrition humaine, microbiologie alimentaire, qualité et hygiène des produits **dans lesquels les diététiciennes trouveront leur place pour les traduire en conseils pratiques auprès de la population.**

De nombreux acteurs de la nutrition voient le jour à cette époque :

- Le CFES Comité Français d'Éducation pour la Santé qui deviendra

l'actuel INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) en 2002 et dont la principale mission est de concevoir et de mettre en œuvre les grandes actions de promotion de la santé en France.

- En 1992, le **CNERNA** (Centre National de coordination des Études et Recherches sur la Nutrition et l'Alimentation) qui est un des laboratoires du CNRS, devient un groupement scientifique réunissant le ministère de l'économie et des finances, le ministère de l'agriculture, celui de la santé, l'INRA (Institut National de la Recherche Agronomique), l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), et le CNEVA (Centre National d'Études Vétérinaires et Alimentaires). Le but de ce groupement est de réfléchir sur les crises alimentaires et d'élaborer des repères utiles aux politiques sanitaires alimentaires.
- Le **CREDOC** (Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie) est un organisme d'études et de recherches au service des acteurs de la vie économique et sociale. Né en 1954, c'est dans les années 90 qu'il mène ses plus grandes missions de conseil et de recherche sur la société française et le comportement des individus en tant que consommateurs ou encore comme membres de la société civile.
- La loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'Homme entraîne la création de l'**AFSSA** (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments) pour répondre à la crise de la vache folle.

En juin 2000, à la demande du secrétariat d'État à la santé, un groupe de travail réuni par le Haut Comité de Santé Publique publie un rapport qui dresse un état des lieux de la situation nutritionnelle en France en 2000.

Des recommandations pour la mise en place d'une politique nutritionnelle de santé publique en France sont proposées.

Ce rapport marque un tournant majeur de l'orientation de la politique de santé publique en France en **reconnaissant pour la première fois la nutrition comme priorité de santé publique** (thème prioritaire de santé publique choisi en 2000 par la présidence française de l'Union Européenne).

En effet, il met en évidence l'ampleur des enjeux humains, sociaux et économiques des nombreuses maladies dans lesquelles des facteurs nutritionnels sont impliqués : les maladies cardio-vasculaires, qui sont la première cause de mortalité en France, les cancers, l'obésité, l'ostéoporose, le diabète et la cholestérolémie trop élevée, et justifie la mise en place d'une **politique nutritionnelle de santé publique en France**.

Il est estimé que ces pathologies coûtent 5 milliards d'euros par an et la part attribuée à la mauvaise alimentation atteindrait 800 millions d'euros. C'est ce rapport qui verra la naissance en 2001 du tout premier PNNS : Plan National Nutrition Santé initié par le secrétaire d'État à la Santé et le Directeur Général de la Santé. Son action est programmée jusqu'en 2005 et son objectif est d'améliorer les déterminants de santé de l'ensemble de la population française en agissant sur leur nutrition.

Le programme a été prolongé en 2006 puis en 2011, le dernier est valable jusqu'en 2015.

Plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement ou totalement atteints, comme la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, la réduction de la consommation de sel ou de sucre, l'augmentation de la consommation de fruits chez les adultes. Pour autant, ces améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toutes les composantes de la population et les inégalités sociales de santé se sont creusées dans le domaine de la nutrition.

1.2 Naissance d'une profession

1.2.1 Historique

Le CNERNA (Centre National d'Études et de Recommandations sur la Nutrition et l'Alimentation) est un laboratoire créé en 1946 au sein du CNRS.

Jean Trémolières, alors jeune médecin biologiste, participe à des études dans plusieurs pays d'Europe et jette les bases de la nutrition et de la diététique moderne. Avec Lucie Randoin, chercheur biologiste spécialiste des vitamines, ils créent la profession de « spécialistes en alimentation rationnelle » qui deviendra rapidement la profession de diététiciennes.

La première école de diététiciennes voit le jour en 1949 à Marseille dans un établissement privé : « La Cadenelle ». Sous l'influence de Jean Trémolières, la diététique s'implante peu à peu dans les structures hospitalières :

- En 1952, le premier service de diététique se crée à l'Hôtel Dieu de Marseille.
- La première structure de recherche pluridisciplinaire en nutrition à l'Hôpital Bichat à Paris deviendra une équipe de référence sous sa direction.

Les chercheurs en nutrition s'intéressent à la physiologie et à la physiopathologie qui ouvrent la voie de la diététique thérapeutique.

Cette voie avait déjà été explorée depuis 1902 au Canada où les premières « diététistes » s'intéressaient à l'alimentation de la population féminine exclusivement.

On retrouve également des diététiciennes aux États-Unis et au Japon en 1920, en Allemagne et en Grande Bretagne en 1930, aux Pays Bas en 1935. Il s'agirait dans la plupart de ces exemples d'une spécialisation du métier d'infirmière (nurse) dans le domaine de la nutrition **alors que ce n'est pas le cas en France.**

Historiquement hospitalière et féminine, la profession de diététicien se diversifie.

1.2.2 Évolution de la profession

La pratique en cabinet libéral se développe, la diététicienne est alors le plus souvent complémentaire du médecin de ville qu'il soit généraliste ou

nutritionniste. Sa présence au sein des collectivités territoriales tend à prendre une place prépondérante en réponse aux différents programmes de prévention de santé publique (obésité de l'enfant,...)

Elle s'ouvre peu à peu aux hommes et de nouveaux métiers émergent dans l'industrie agro-alimentaire, ou dans les agences de communication par exemple. Mais la profession a du mal à se faire reconnaître malgré la création très tôt de son association représentative : l'ADLF (Association des Diététiciennes de Langue Française) par Jacqueline Farquet en 1954.

Voici un tableau récapitulatif des actions de l'association et les principales évolutions concernant la profession et sa formation. [9]

Date	Réglementation	Formation
1962	1ères démarches parlementaires auprès des députés 1ère proposition de texte transmis au Conseil d'État	Demande de révision du programme du BTS
1970	Sollicitations régulières de rencontres avec les ministères de la Santé et de l'Éducation Nationale	
à	Première participation de l'ADLF aux réunions du Centre National des Professions de Santé	Mise au point d'un enseignement de formation continue avec l'Université de Nancy
1980		Ouverture du D.U.de diététique Supérieur (1975)
1985	Énième rapport remis aux ministères sur l'exercice de la profession	1981 : Première réflexion commune d'un prolongement des études en 3 ans pour le BTS et le DUT
	Parution de la circulaire DH/8D/85-86 du 4 mars 85 relative aux missions des diététiciens	

1986	hospitaliers Insertion de la profession dans le Code de la Santé	Ouverture d'une Maîtrise des Sciences et Techniques (MST) accessible aux diététiciens de Nancy
1988	Parution des décrets d'application de la loi du 17 janvier 1986 sur la protection du titre de Diététicien	Obtention d'un numéro d'agrément de formation continue à l'ADLF (journées d'études et journées annuelles pour ses adhérents en 1988)
1989	Intégration des diététiciens hospitaliers aux corps professionnel des rééducateurs de la fonction publique hospitalière (décret N°89- 609 du 01/09/89)	
1992	Intégration des diététiciens de collectivités dans le corps des rééducateurs territoriaux (décret N°92- 863 du 28/0892)	
1994	Participation de l'association à l'élaboration du 1er rapport GUY- GRAND sur l'alimentation en établissement de santé	Organisation des premières journées annuelles de formation au sein de l'association selon les différents secteurs d'activités (hospitalier, libéral, collectivités)
1995		Ouverture aux diététiciens hospitaliers à la formation des cadres de santé (décret du 18/08/1995)
	Intégration du corps des diététiciens à la commission	

interprofessionnelle du
Conseil Supérieur des
Professions
Paramédicales (CSPPM)

1998

Rejet par le Conseil d'État
du décret d'actes pour la
profession malgré l'avis
favorable de l'Académie
de Médecine pour
absence de base
réglementaire.

2002

Mobilisation nationale des
diététiciens auprès des
députés et sénateurs
locaux pour la demande
réglementation

Nouveau document sur la
profession remis aux
instances intitulé
« Constats et souhaits »

Intégration de l'ADLF dans
le Comité de Pilotage du
PNNS

Sortie du rapport
KREMPF sur l'évolution
du métier de diététicien
en France

Organisation par
l'association de 4
journées itinérantes sur
l'encadrement des
stagiaires en diététique

Participation à la réflexion
au sein de l'UIPARM
(Union Inter
Professionnelle de
Rééducateurs et Médico-
Techniques) sur la
création de la 1ère année
commune des études de
santé

Avis défavorable de
l'ADLF sur la création des

		licences professionnelles comme solution à la réforme des études initiales (BTS et DUT)
2003	Rencontres « Petit déjeuner » organisées par l'ADLF avec des politiques pour avancement du dossier sur la réglementation	Parution du rapport DEBOUZIE excluant les diététiciens dans la réforme des études des professionnels de santé
	Élargissement du mode d'interventions (conférences de presse, communiqués...) et des contacts de l'association (rencontre avec le Président de la Fédération Hospitalière de France)	
2004		Rencontre diverses avec syndicats, enseignants des BTS et DUT, ministères pour exposer les préoccupations de la profession.
2005	Avance significative avec la parution d'un projet de loi présentant les textes sur la réglementation	Participation de l'ADLF à la phase de concertation de la réforme des études des professions de santé lancée conjointement par les ministères de la Santé et de l'Éducation Nationale

Et enfin :

Publication de la loi N°2007-127 (p 1937) du 1er février 2007 concernant la réglementation de la profession dans ses articles 14 et 15.

1.2.3 Cadre réglementaire de la profession

Après l'adoption du projet de loi par l'Assemblée Nationale en novembre 2006, l'ADLF a largement communiqué auprès certes, de ses adhérents mais aussi auprès des différentes instances. Le 8 janvier 2007, le Sénat adopte à son tour le texte de loi. Le 11 janvier 2007 au soir, le Parlement adopte définitivement le texte de loi (n°650) ratifiant l'ordonnance relative à l'organisation de certaines professions de santé. Les articles 14 et 15 de ce texte de loi traitent de la reconnaissance de la profession de diététicien. Le 23 mai 2007, ouverture des inscriptions au fichier ADELI.

1.2.3.1 Définition selon la loi du 30/01/2007 art.L4371-1

Est considérée comme exerçant la profession de diététicien toute personne qui, habituellement dispense des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, participe à l'éducation ou la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un bilan diététique personnalisé et une éducation diététique adaptée. Le diététicien contribue à la définition, à l'évaluation et au contrôle de la qualité de l'alimentation servie en collectivité ainsi qu'aux activités de prévention en santé publique relevant du champ de la nutrition.

1.2.3.2 Exercice de la profession

Art. L. 4371-2 : seules peuvent exercer la profession de diététicienne et porter le titre de diététicienne, accompagné ou non d'un qualificatif, les personnes titulaires du diplôme d'État mentionné à l'article L. 4371-3 ou titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 4371-4.

Art L4371-3 : le diplôme mentionné à l'article L. 4371-2 est le diplôme d'État français de diététicien. Les modalités de la formation, ses conditions d'accès, ses modalités d'évaluation ainsi que les conditions de délivrance du diplôme d'État sont fixées par voie réglementaire.

Il reste tout de même des « ajustements » importants à faire car la dénomination D.E (Diplôme d'État) n'est cependant pas applicable pour les diplômés actuels délivrés par le ministère de l'Éducation Nationale et dont la durée de formation est de 2 ans (BTS et DUT).

Néanmoins, (et fort heureusement), le législateur précise que les titulaires des diplômes sus-cités, peuvent exercer la profession...

Depuis plusieurs années, l'ADLF dénonce la durée insuffisante et le programme incomplet des cursus de formation actuels, La réflexion sur la réforme des études est en cours mais n'a toujours pas abouti à ce jour.

A noter : le terme « nutritionniste » est un qualificatif qui ne définit pas une profession et qui peut être utilisé par toute personne (médecin, ingénieur, diététicien...) ayant une formation en nutrition. L'ADLF choisit alors en 2007 de modifier son appellation en **AFDN (Association Française des Diététiciens Nutritionnistes)**.

1.2.3.3 Dispositions pénales

L'exerce illégal de la profession de diététicien est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. L'usage sans droit de la qualité de diététicien est puni comme délit d'usurpation de titre prévu à l'article 433-17 du Code Pénal.

Si une première étape est atteinte sur un plan législatif, un certain nombre de textes manquent à la profession en regard des autres professions auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, etc) tels que décrets d'actes, référentiel d'activités...

1.2.3.4 Éthique et déontologie

En l'absence de texte, au niveau national, l'association a élaboré une charte et un guide de bonnes pratiques. Un code international d'éthique a été élaboré par les diététiciens afin de définir des valeurs et standards moraux idéaux et

d'harmoniser les pratiques de la profession.

1.3 Ce que nous dit la sociologie des professions

Selon Jacques Ion [10], l'identité professionnelle, est ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécialité à l'extérieur. Les identités professionnelles supposent un double travail d'unification intérieure et de reconnaissance extérieure ».

Dans le chapitre précédent, je vous ai relaté la lutte des diététiciennes pour faire reconnaître leur profession mais il est intéressant de constater qu'elles l'ont également fait selon des règles sociologiques.

Selon Wilensky en 1964, la définition d'une profession repose sur 6 critères acquis successivement :

- La profession doit être exercée à plein temps,
- Elle doit comporter des règles d'activités,
- Elle doit comprendre une formation et des écoles spécialisées
- Elle doit posséder des organisations professionnelles
- Elle doit comporter une protection légale du monopole
- Elle doit avoir établi un code de déontologie.

Il s'agit à l'époque, d'une définition fonctionnaliste reprise en 1988 par Abbott [11] qui parle de « mise en histoire d'une définition a priori ». Il précise que la présence d'une association de professionnels permet une réflexion sur soi, une séparation entre compétents et incompétents. Un des grands buts de l'association est de s'assurer la protection de l'État législateur.

Pour Hughes et les interactionnistes, les professions sont analysées à la fois comme des processus subjectivement signifiants et comme des relations

dynamiques avec les autres. Dans « Men and their work » [12], Hughes explicite la division morale du travail entre professions et occupations dans les pays anglo-saxons. Tout emploi (occupation) entraîne une revendication pour être autorisé (licence) à exercer certaines activités qui lui seront réservées en limitant la concurrence et en obtenant une sécurité de l'emploi. Il cherche ensuite à revendiquer une mission (mandate) de manière à fixer ce que doit être la conduite spécifique des autres à l'égard des domaines (matters) concernés par son travail.

Tout emploi on l'aura compris, cherche à stabiliser son domaine, son territoire et sa définition en se faisant reconnaître par les autres et devenir une profession. L'obtention de la licence et du mandate sont donc primordiaux mais pour Hughes et les interactionnistes, il faut également au groupe professionnel une carrière (carrer) qu'il définit comme « une suite d'alternatives conditionnée par la division du travail, elle même évolutive ».

La profession des diététiciennes a réuni tous ces éléments afin d'être reconnue en tant que telle. Le décret d'actes n'est à ce jour toujours pas validé par le législateur et le diplôme d'État souffre encore de l'exception due aux diplômes délivrés par le ministère de l'Éducation Nationale et non par celui de la Santé comme pour les autres professions paramédicales.

La profession est bien représentée et défendue par les bénévoles de l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes qui se battent pour la faire évoluer. Une des raisons, et non des moindres, pour lesquelles la profession de diététicienne souffre d'un manque de reconnaissance dans le milieu de la santé est la durée des études.

Faute d'un dialogue entre ministères, les diététiciennes françaises sont encore sous le joug d'études courtes comme le BTS et le DUT. Force est de constater que ces formations n'offrent pas assez de stages et que ceux-ci sont peu contrôlés, que le programme d'enseignement est insuffisant. Les programmes et les validations de ces deux diplômes souffrent d'une grande disparité et il y a beaucoup trop de centres de formation publics ou privés en France dont la

qualité laisse parfois à désirer...

Aujourd'hui la profession est en attente d'une seule formation pour un seul métier avec un seul diplôme. Elle souhaite rejoindre les autres professions paramédicales dans le cursus européen LMD (Licence Maîtrise Doctorat) avec une formation initiale universitaire pour obtenir un grade licence pour tous les diététiciens avec un diplôme d'État validé par le ministère de la santé donnant le droit d'exercer.

Cadre conceptuel et construction de l'objet

2 Cadre conceptuel et construction de l'objet

2.1 Définition de la recherche

Le rôle et la place de la diététicienne dans une équipe de soins en établissement hospitalier ne sont pas les mêmes d'un service à l'autre. Parfois, la diététicienne est parfaitement intégrée au sein d'une équipe pluridisciplinaire et la coopération se passe au mieux, parfois, son rôle semble limité par les représentations que les autres professionnels ont du métier de diététicienne.

- Quelles sont ces représentations ? Influencent elles la coopération entre les différents acteurs soignants ?
- Quelle est l'identité professionnelle des diététiciennes ? Quel est leur champ de compétences ? Leur expertise ?
- Quels facteurs influent sur la coopération entre les différents acteurs d'une équipe ?
- Comment le cadre de santé peut il aider la diététicienne à trouver sa place au sein de l'équipe de soins ?
- Quels sont les mécanismes à l'œuvre sur les interactions entre professionnels et plus particulièrement entre les diététiciennes et les autres acteurs d'une équipe ?
- La reconnaissance de la place de la diététicienne passe t-elle par une meilleure connaissance de son métier par les autres professionnels ?

Je dégage ainsi ma problématique :

2.2 Problématique

Quelle est la place de la diététicienne dans les établissements de santé ?

J'émetts alors l'hypothèse suivante :

2.3 Hypothèse

L'acceptation de la place de la diététicienne se fait par un double processus :

- Par le travail du groupe professionnel des diététiciennes sur la reconnaissance et la préservation de leurs compétences
- Par l'acceptation par les équipes de soins de ces compétences et du lien entre alimentation et santé.

2.4 Concept central : la reconnaissance

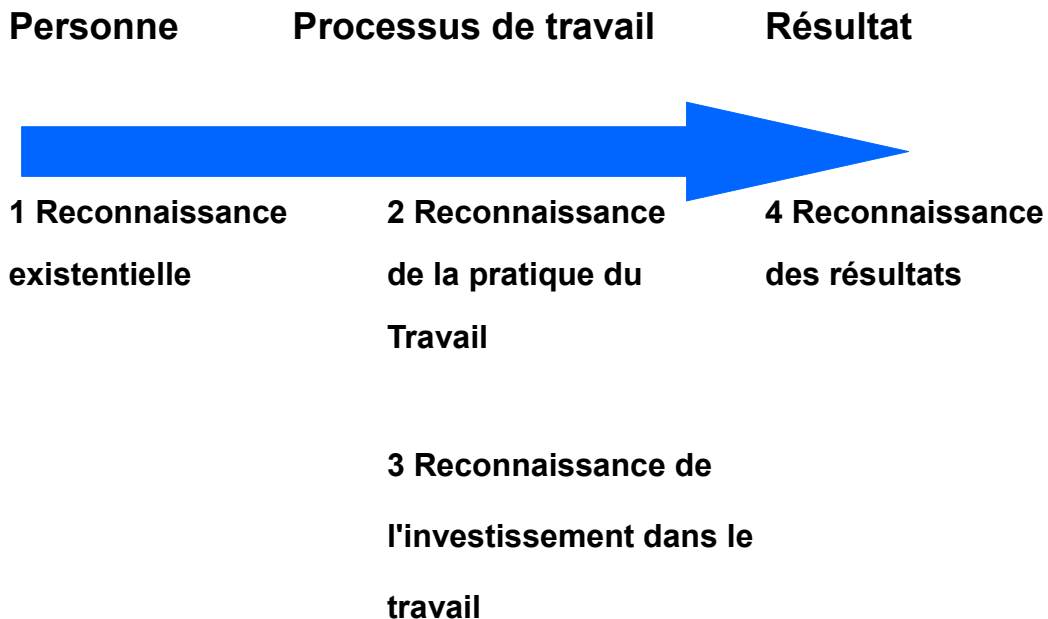
Thème récurrent dans ce travail de recherche, je me devais d'explorer la littérature sur ce sujet.

2.4.1 Les principales dimensions de la reconnaissance

Jean Pierre Brun [13], qualifie la reconnaissance d'objet insaisissable car multidimensionnel.

La reconnaissance est pour lui à la fois individuelle et collective, quotidienne et ritualisée ; elle concerne autant la personne que le travail ; elle peut être financière ou symbolique.

Il existe quatre dimensions principales dans la reconnaissance :



- **La reconnaissance existentielle** s'intéresse aux personnes en tant qu'individus ou en tant que collectif de travail. Le management participatif en favorisant la concertation, favorise la reconnaissance. Elle s'exprime dans les rapports humains du quotidien : saluer les agents le matin quand on arrive, les remercier pour leur implication dans un groupe de travail etc...
- **La reconnaissance de la pratique** du travail fait ressortir les compétences, les qualités professionnelles des agents. C'est la valorisation de l'autonomie, de la créativité, de la prise d'initiative. Elle prend en compte les valeurs et les principes moraux qui guident une organisation comme l'égalité, la justice ou la responsabilité sociale. C'est la forme la plus éthique de la reconnaissance.
- **La reconnaissance de l'investissement** permet de valoriser un travail de longue haleine qui n'apporte pas encore de résultats tangibles. Elle porte sur la motivation, l'effort et l'engagement fournis par l'individu. Elle est souvent de nature symbolique mais est indispensable notamment

pour valoriser le travail de l'ombre ou certaines tâches ingrates.

- **La reconnaissance des résultats** est plus concrète car elle s'appuie sur des chiffres ou des données observables, mesurables et contrôlables. Elle est souvent considérée comme une récompense et peut se manifester par une prime, un avancement, plus de responsabilités... On parle également de reconnaissance instrumentale.

Pour Jean Pierre Brun, la reconnaissance est aussi un jugement posé sur la contribution de la personne, tant en matière de pratique de travail que l'investissement personnel et de mobilisation. Elle porte sur la pratique professionnelle, sur l'engagement individuel et sur la mobilisation du collectif. Elle consiste en une évaluation mais aussi une célébration des résultats obtenus. Elle peut revêtir plusieurs formes : individuelle ou collective, privée ou publique, pécuniaire ou statutaire...

2.4.2 Reconnaissance et motivation

La reconnaissance peut être une puissante forme de motivation interne, celle qui correspond au travail en train de se faire.

Selon Claude Lévy-Leboyer [14], « il y a des tâches que nous ne voudrions jamais faire, et d'autres que nous sommes prêts à faire sans récompense. Outre les récompenses au mérite, le travail répond ainsi à trois besoins : le souhait d'évaluer ses compétences en se confrontant à la réalité, de manière à se sentir efficace et à fonder son identité et sa valeur dans la société ; la volonté de défendre la cohérence de l'image de soi avec ses activités professionnelles, les valeurs de son métier et leurs significations ; le désir profond de construire l'estime de soi et de la fonder sur ses réalisations professionnelles. »

La motivation interne, si elle n'est pas reconnue peut engendrer stress, baisse de l'estime de soi et risques psycho-sociaux.

2.4.3 La notion d'utilité

Christophe Dejours [15] nous relate l'exemple de cet employé qui tombe malade après que ses supérieurs hiérarchiques l'ont mis « au placard ». Il s'est alors senti inutile et cette non-reconnaissance a directement influé sur son état psychologique et physique.

De nombreux travaux de recherche, d'études sur la santé au travail démontrent combien la reconnaissance au travail joue comme un facteur de prévention des risques psycho-sociaux.

La notion de reconnaissance renvoie à soi et à l'autre. Elle est un trait d'union de la relation partenariale.

2.4.4 La reconnaissance comme éthique

Jean Marie Revillot [16] décrit deux approches qui peuvent se caractériser par la reconnaissance comme devoir et par la reconnaissance comme éthique. La première part du principe que chaque être humain attend de l'autre une approbation sociale, une légitimité dans un rôle spécifique. Il existe alors en tant qu'être légitime, digne de respect et d'attention. Cependant, cette reconnaissance peut être dévoyée de son rôle initial si elle est conditionnée par la réponse des acteurs. Si un manager ne reconnaît un agent que dans le but qu'il produise mieux ou plus en ne visant que l'efficacité au travail, alors, la reconnaissance perd de son sens.

La reconnaissance comme éthique est reliée aux actions que l'on peut faire en fonction de ses propres capacités. Elle se base sur la responsabilité, l'estime de soi et la sollicitude pour autrui. Jean-Marie Revillot nous dit que « le mouvement de la reconnaissance est toujours en boucle entre reconnaître et être reconnu ». Sans la reconnaissance de soi et de l'autre, la décision éthique devient morale ou déontologie. La reconnaissance de soi passe par l'utilisation du « je » et l'acceptation de ses avis et de ses responsabilités.

Paul Ricoeur précise qu'après l'estime de soi, la deuxième composante de la visée éthique est la sollicitude. « Où chacun aime l'autre en tant que ce qu'il est.

En retour de la sollicitude sur l'estime de soi, le soi s'aperçoit lui même comme un autre parmi les autres. »

Nous avons convenu que pour se faire reconnaître, il fallait faire preuve de ses propres compétences. Je vous propose d'étudier le concept de la compétence et celui très proche, de l'expertise.

2.5 Compétence et expertise

2.5.1 La compétence professionnelle

Il s'agit d'un concept central ayant été traité par de nombreux auteurs dont le célèbre Guy Le Boterf [18]. En 1988, le Conseil National du Patronat Français (CNPF) en a donné la définition suivante que je trouve assez consensuelle : « La compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, savoir faire, expériences et comportements, s'exerçant dans un contexte précis Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validable. »

Dans la majorité des définitions de la compétence, on retrouve quatre grands domaines en interaction constante :

- Les connaissances académiques : elles sont indispensables mais insuffisantes si elles ne s'articulent pas entre elles pour former des savoirs. Les savoirs englobent aussi les méthodes et les procédures, ils guident l'action et doivent être régulièrement actualisés pour suivre les évolutions scientifiques et sociétales.
- L'expérience : elle est forgée par la confrontation du professionnel à des situations complexes, hétérogènes. Elle n'est pas un empilement de situations. Pour être réinvestie dans d'autres contextes, elle doit être mobilisée c'est-à-dire faire l'objet d'une analyse réflexive.
- L'intelligence sociale : c'est la capacité d'une personne à s'adapter aux situations variées, à gérer les principales dimensions du cadre de travail.

Cela requiert entre autres, de savoir lire, décrypter et comprendre le contexte dans lequel elle évolue. L'intelligence sociale est basée sur une bonne connaissance du milieu concerné sous tous ses aspects : réglementaire, humain, matériel, spatial, ressources...

- Le comportement du professionnel : il est basé à la fois sur les valeurs de la profession, sur des valeurs personnelles et sur la personnalité du sujet. La relation soignant-soigné est la dimension humaine, centrale dans les actes des diététiciennes. De fait, leur comportement et leur attitude revêtent un rôle important pour la prise en charge du patient (empathie, écoute, compréhension...) et pour le travail en équipe (respect, solidarité, tolérance...). Le comportement professionnel repose aussi sur une bonne connaissance de soi : capacités, savoirs, confiance en soi. Dans ce sens, le comportement est une dimension importante de la compétence. Il n'y a pas de compétence en soi, il y a des compétences par rapport à une finalité et à un champ d'actions. Elle est indissociable de l'activité car sa structure même est d'être opératoire. Agir en compétence, n'est pas un processus standardisé. Il est remis en question à chaque nouvelle situation. L'élaboration de chaque action met en œuvre des mécanismes cognitifs qui permettent de s'adapter en permanence. La compétence peut être collective, elle repose alors sur une équipe dont tous les membres sont compétents, organisés entre eux et visent une même finalité.

2.5.2 L'expertise

2.5.2.1 L'expertise, prolongement de la compétence

Pour certains auteurs, l'expertise se situe dans le prolongement de la compétence, c'est la phase ultime.

Ce premier courant de pensée est repris par de nombreux auteurs qui décrivent un professionnel expert comme quelqu'un qui aurait engrangé suffisamment de

situations pour les appréhender de façon synthétique, en avoir une reconnaissance intuitive, se centrer rapidement sur les aspects importants de la situation, sans formuler d'hypothèse non productive et prendre immédiatement des décisions adaptées, avec une marge d'erreur infime.

Selon François Tochon [4] « l'expert fonctionne cognitivement sur un mode synthétique. Il doit donc faire un travail de métacognition pour retrouver la façon dont il combine ses connaissances et procède à leur mise en œuvre ».

Cette capacité renvoie à ce que Guy Le Boterf [18] nomme le « savoir faire cognitif »

2.5.2.2 Complexité du rôle de l'expert

La deuxième courant de pensée est basé sur la théorie d'Ericsson [19], chercheur en psychologie à l'université de Floride. Il présente une approche toute différente. Elle est développée par un grand nombre de chercheurs dont André Didierjean [20], professeur à l'Université de Franche Comté, qui axe ses recherches sur la psychologie de l'expertise. Pour eux, l'expertise ne dépend pas tant de l'expérience en elle même, que de l'effort permettant de dépasser les compétences acquises, pour aller au-delà. L'expert a un esprit critique et une motivation à l'origine de l'effort entrepris, pour lui permettre d'aller plus loin que la compétence. Il se forme et s'entraîne en permanence dans un domaine précis. Il se distingue par la façon dont les connaissances sont organisées dans sa mémoire. Dans ce sens, il n'y a pas d'expertise collective. Pour ces auteurs, il y a rupture épistémologique entre la compétence et l'expertise. Si la compétence est la base indispensable sur laquelle se construit l'expertise, elle est insuffisante pour la justifier, même après de nombreuses années d'expérience. L'expert est surtout axé sur l'anticipation, l'ouverture, la formalisation des pratiques et la recherche. Il a une responsabilité à la fois de faire progresser son domaine clinique, d'être agent de changement et de transférer les savoirs. Si le contexte garde son importance, il n'est plus un élément central dans l'expertise.

La complexité et la diversité du rôle de l'expert en font une fonction à part entière, voire une profession, toujours dans un champ très ciblé. L'expert n'est

pas lié à un contexte, il est lié à la clinique qu'il maîtrise ce qui lui permet de conserver sa neutralité. Pour Philippe Roqueplo, l'expert outre sa dimension cognitive, a une dimension sociale. Il doit répondre aux sollicitations et mettre son expertise au service des personnes qui le demandent. On ne s'autoproclame pas expert. « La relation entre l'expert et le demandeur d'expertise constitue le point central d'une vision sociale de l'expertise. L'expert doit être crédité d'une légitimité. Cette reconnaissance peut s'appuyer sur des signaux forts, objectifs, comme la détention d'un titre ou d'un label, ou sur des signaux faibles, subjectifs, comme la réputation ou l'image. »

Je vous propose maintenant d'aborder la notion de culture pour mieux comprendre ce qu'est la culture soignante et comment les experts en nutrition que sont les diététiciennes peuvent en faire partie.

2.6 **La culture professionnelle**

2.6.1 **Définition du mot culture**

Selon l'UNESCO (United Nations Educational Scientific and Cultural Organisation) la culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. » [22]

Selon le Petit Larousse au plan individuel, la culture est l'ensemble des connaissances acquises, l'instruction, le savoir d'un être humain. Au plan collectif, la culture représente également l'ensemble des structures sociales, religieuses, etc... et les comportements collectifs tels que les manifestations intellectuelles, artistiques qui caractérisent une société. La culture comprend ainsi trois grands groupes de manifestations : l'art, le langage et la technique. Son étymologie provient du latin « colere » : habiter, cultiver ou honorer. Elle suggère que la culture se réfère en général à l'activité humaine.

Selon Thomas Ford Hout [23] une conception de la culture consiste à la regarder comme formée de 4 éléments qui sont transmis de génération en apprenant : les valeurs (idées sur ce qui semble important dans la vie), les normes (attentes sur la façon dont les personnes doivent se comporter dans diverses situations, notions de sanctions pour imposer les normes), les institutions (structures de la société dans lesquelles les normes et les valeurs sont transmises) et les artefacts (qui dérivent des valeurs et des normes d'une culture).

2.6.2 Importance et place de la culture collective

On distingue à travers le monde, les cultures écrites et les cultures orales. La langue, écrite ou orale, joue ainsi un rôle essentiel dans l'élaboration d'une forme de connaissance sociale, qui est la pensée du sens commun, socialement élaborée et partagée par les membres d'un même ensemble social ou culturel. On appelle quelquefois cette connaissance commune une représentation sociale.

2.6.3 Culture d'entreprise

Historiquement c'est aux États-Unis que l'expression apparaît pour la première fois, dans les années soixante dix. Il s'agissait alors pour les entreprises américaines, de faire face à une concurrence japonaise de plus en plus agressive et de trouver un moyen de mobiliser leur personnel. Le thème de la culture d'entreprise devait permettre, pensait-on, de mettre l'accent sur l'importance du facteur humain dans la production.

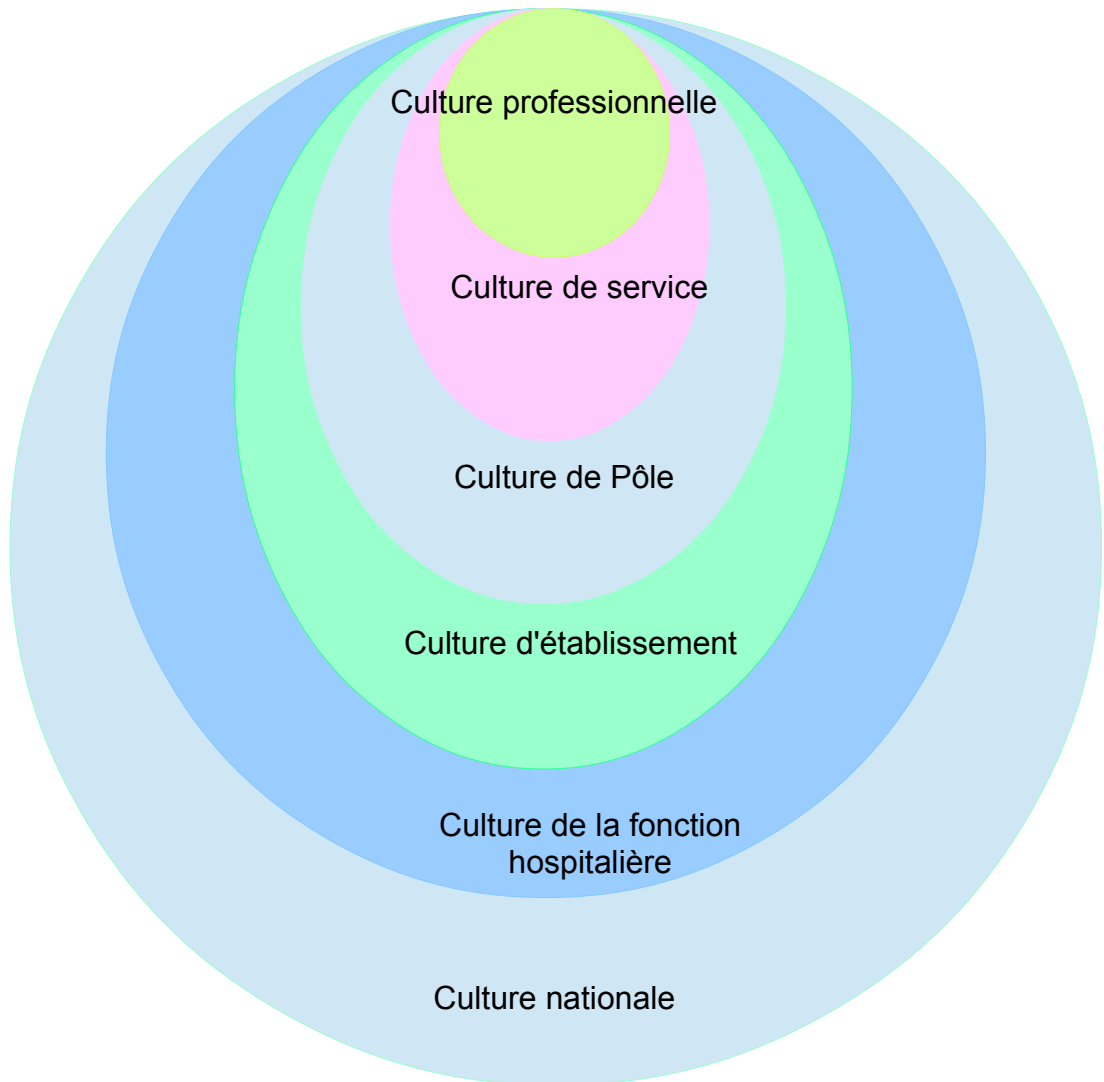
Selon Denys Cuche [24] en période de crise « l'image que les salariés pouvaient avoir de leur entreprise comme institution forte, destinée à perdurer indéfiniment, se dégrade peu à peu et s'effondrera avec l'irruption de la crise économique... Il s'agit donc pour les équipes de direction dans les années 80, de réhabiliter l'entreprise à travers un discours humaniste, afin d'obtenir des salariés des comportements loyaux et efficaces... On voit bien le bénéfice symbolique que les directions d'entreprise tirent d'une telle notion. Pour ces dernières, la culture de l'entreprise ne dépend pas directement des salariés,

elle leur préexiste en quelque sorte et s'impose à eux. Ne pas adhérer à la culture de l'entreprise, c'est donc d'une certaine façon s'exclure de l'organisation.... Or les sociologues mettent en évidence un univers culturel hétérogène dans la notion de culture d'entreprise, en rapport avec l'hétérogénéité sociale des différentes catégories de travailleurs. Ces derniers n'arrivent pas démunis culturellement dans l'entreprise. Ils y importent dans certains cas des cultures de métier, parfois une culture de classe. Un certain nombre d'études ont montré l'importance de ces cultures dans l'organisation des comportements des salariés dans l'entreprise. Pour les sociologues, si la notion de culture d'entreprise a un sens, c'est pour désigner le résultat des confrontations culturelles entre les différents groupes sociaux qui composent l'entreprise. Elle se construit dans leurs interactions ».

2.6.4 Culture professionnelle

L'hôpital possède une tradition historique qui lui donne une culture avec des valeurs traditionnelles, couplées à celles du service public. Cependant la taille de la fonction publique hospitalière ne permet pas une identification à une entreprise mais plutôt simplement à des valeurs qui, elles mêmes sont en mutation et ne semblent plus convenir aux professionnels, ce qui laisse la place à des sous-cultures qui, si elles s'intègrent dans la culture globale de l'hôpital, n'en sont pas moins des éléments de différenciation au sein de cette organisation.

Représentation des différentes sous-cultures à l'hôpital [25]



Les concepts de reconnaissance, de compétence participent du grand concept de l'identité mais il n'est pas mon concept central qui reste la reconnaissance de la profession des diététiciennes. Je me dois toutefois de l'aborder mais je le ferais suivant un angle d'approche précis dans ce prisme énorme qu'est l'identité professionnelle.

2.7 L'identité professionnelle

Pour Renaud Sainsaulieu [26], l'identité professionnelle se définit comme la « façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, **l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes** ». L'identité serait un processus relationnel d'investissement de soi (investissement dans des relations durables, qui mettent en question la reconnaissance réciproque des partenaires), s'ancrant dans « l'expérience relationnelle et sociale du pouvoir ».

L'identité professionnelle des diététiciennes passe forcément par leur reconnaissance par les autres corps professionnels des établissements de santé.

Claude Dubar [27] généralise l'analyse de Renaud Sainsaulieu avec la notion d'identité sociale. Il reconnaît avec lui que l'investissement dans un espace de reconnaissance identitaire dépend étroitement de la nature des relations de pouvoir dans cet espace et la place qu'y occupe l'individu et son groupe d'appartenance. Le cadre théorique proposé par R. Sainsaulieu privilégie la constitution d'une identité professionnelle par l'expérience des relations de pouvoir. Or les individus appartiennent à des espaces identitaires variés au sein desquels ils se considèrent comme suffisamment reconnus et valorisés : ces champs d'investissement peuvent être le travail, mais aussi hors travail. Il se peut aussi qu'il n'existe pas pour un individu d'espaces identitaires dans lequel il se sente « reconnu et valorisé ».

Bien souvent, les diététiciennes doivent créer elles-mêmes cet espace identitaire en démontrant aux autres professionnels leurs compétences pour favoriser valorisation et reconnaissance.

Pour Claude Dubar, l'espace de reconnaissance de l'identité sociale dépend très étroitement de **la reconnaissance ou de la non-reconnaissance des savoirs, des compétences et des images de soi**, noyaux durs des identités par les institutions. La transaction entre d'une part, les individus porteurs de désirs d'identification et de reconnaissance, et d'autre part, les institutions

offrant des statuts, des catégories et des formes diverses de reconnaissances peut être conflictuelle. Les partenaires de cette transaction peuvent être multiples : les collègues de travail, la hiérarchie de l'institution, les représentants syndicaux, l'univers de la formation, l'univers de la famille, etc.

Dans le contexte socio-économique contraint que l'on connaît depuis ces dernières années, les établissements de santé font souvent le choix de recruter des métiers porteurs d'une forte identité professionnelle et les diététiciennes ne semblent malheureusement pas encore en faire partie...

La construction d'une identité professionnelle est basée sur ce que Peter Berger et Thomas Luckmann [28] nomment la « socialisation secondaire » : l'incorporation de savoirs spécialisés (savoirs professionnels). Ce sont des machineries conceptuelles comprenant un vocabulaire, des recettes (ou des formules, propositions, procédures), un programme et un véritable « univers symbolique » véhiculant une conception du monde mais qui, contrairement au savoir de base de la socialisation primaire, sont définis et construits en référence à un champ spécialisé d'activités.

Méthodologie

3 Méthodologie

3.1 Choix de l'outil

Pour pouvoir comprendre et analyser ce que les professionnels enquêtés déclarent à propos de la place de la diététicienne, une analyse qualitative basé sur une méthode inductive est la plus à même de fournir des réponses. J'opte donc pour des entretiens exploratoires individuels, semi-directifs qui permettent un recueil de données et une représentation la plus complète possible des facteurs qui influencent l'intégration et la reconnaissance de la diététicienne dans les établissements de santé.

3.2 Population choisie

Lors d'un cours de Jean Marie Revillot, Docteur en Sciences de l'Éducation et enseignant vacataire à l'IFPS de Besançon, nous avons abordé sous la forme d'exercices, les relations éthiques entre le cadre de santé et les équipes de soins. Chaque groupe devait présenter une situation où un étudiant avait eu le sentiment d'apporter quelque chose à autrui, de rendre service, ou d'être utile à un patient ou à un soignant.

C'est dans ce contexte que LC, une des étudiantes cadre a fait part de son expérience auprès d'une diététicienne, en tant que faisant fonction cadre en EHPAD. Cette dernière avait du mal à s'intégrer auprès des soignants et l'intervention du cadre de santé a permis de faire reconnaître son travail, a facilité la collaboration avec les professionnels et permis ainsi son intégration. J'ai donc demandé à LC son accord pour faire partie des personnels que j'allais interroger.

Dans le but d'avoir des expériences et des récits les plus variés possibles, j'oriente mes recherches suivant deux critères : la connaissance du métier et la qualité des relations avec les diététiciennes.

Je sélectionne un établissement suffisamment important pour avoir un panel le plus représentatif de professionnels répondant à ces deux critères.

Je recherche alors :

- Une diététicienne bien intégrée dans les services de soins
- Une diététicienne qui a plus de difficultés pour s'intégrer
- Un cadre de santé qui collabore peu avec les diététiciennes
- Une aide-soignante qui a de bonnes relations avec les diététiciennes
- Une aide-soignante qui a peu de relations avec les diététiciennes
- Un médecin qui a l'habitude de travailler avec les diététiciennes
- Un directeur des soins qui a peu de contacts avec elles.

Le directeur des soins est la première personne que j'interroge et c'est lui qui m'adresse au cadre de santé de l'équipe diététique du CHU sélectionné, qui sera une personne ressource pour moi.

Elle choisit alors pour moi, deux membres de son équipe correspondant à mes critères, m'indique le nom du médecin, celui du cadre de santé ainsi que ceux des deux aides-soignantes à contacter.

3.3 Construction des canevas d'entretien

J'ai construit mes grilles d'entretien pour pouvoir répondre à mon hypothèse qui est que l'acceptation de la place de la diététicienne se fait par un double processus :

- par le travail du groupe professionnel des diététiciennes sur la reconnaissance et la préservation de leurs compétences.
- par l'acceptation par les équipes de soins de ces compétences et du lien entre alimentation et santé.

Il m'a semblé évident de séparer les diététiciens des autres professionnels afin

d'aborder les deux aspects de mon hypothèse.

Mes grilles d'entretien (annexe 2) se basent sur des questions ouvertes permettant aux professionnels interrogés de s'exprimer librement sur les thématiques abordées.

3.4 Déroulement des entretiens

Les entretiens sont enregistrés au moyen d'un dictaphone afin d'en faciliter la retranscription et, l'anonymat est garanti aux participants. Tous se sont déroulés sur le lieu de travail des professionnels sauf celui de LC qui s'est déroulé à l'IFPS. Ils ont duré en moyenne une heure et se sont fait sur le mode d'une conversation libre pour permettre une expression la plus naturelle.

3.5 Les limites de l'enquête

3.5.1 L'échantillon

Afin de pouvoir interroger les différents professionnels, j'ai demandé une autorisation au directeur des soins puis aux cadres de santé pour organiser les rencontres. Tout s'est déroulé dans des délais assez rapides sauf pour l'aide-soignante sélectionnée comme ayant de bons rapports avec la diététicienne. Il s'agit d'une aide-soignante responsable de la prise des repas dans le service d'hépatogastro-entérologie et qui est l'interlocuteur privilégié de la diététicienne. Nous avons convenu d'un premier rendez-vous à la fin d'une période de congés mais elle n'a pu l'honorer en raison d'un congés maladie. J'ai alors à plusieurs reprises repris contact avec le cadre de santé pour lui demander de nous planifier d'autres rendez-vous mais l'aide-soignante a par deux fois prolongé son arrêt maladie. En son absence, son travail était réparti entre les aides-soignantes de secteur peu habituées qui n'ont pas de relation privilégiée avec la diététicienne. Le cadre de santé m'a déconseillé de les inclure dans mon enquête et la contrainte de temps alourdissant la situation, j'ai choisi d'abandonner cet entretien. Je le regrette surtout en regard de l'entretien avec l'autre aide-soignante qui s'est révélé comme je le craignais, assez pauvre

en matière d'analyse.

3.5.2 Ma posture

Novice dans la conduite d'entretien, mon apprentissage s'est fait au fur et à mesure de ce travail de recherche. La principale difficulté reste de respecter les questions de mes grilles d'analyse sans me laisser emporter par la discussion. Prise entre le souci de ne pas influencer la personne interrogée et la nécessité de recadrer ou de relancer la conversation à certains moments, j'ai peut être parfois limité la spontanéité de mes interlocuteurs.

3.5.3 Limite du lieu

La plupart des entretiens se sont déroulés dans des bureaux en tête à tête, dans de bonnes conditions sauf celui avec l'aide-soignante de neurologie qui a eu lieu dans un coin de la salle de pansements où il y avait un fort passage. Alors que le cadre de santé m'avait sélectionné cet agent comme étant motivée par l'aspect alimentation auprès des patients, j'ai clairement eu l'impression qu'elle n'avait pas été prévenue de ma venue et qu'elle avait peu de temps à me consacrer. De fait, l'entretien n'a duré que 38 minutes et nous avons été interrompues à plusieurs reprises par d'autres agents qui se sont mêlés de la conversation...

Analyse

4 Analyse

4.1 Méthodologie de l'analyse

L'analyse permet de traiter les informations données et de confronter les résultats obtenus avec l'hypothèse de travail initiale.

Après les avoir retranscrites, j'ai classé les informations recueillies lors des entretiens afin de dégager des thématiques et de clarifier les données.

Cela m'a permis de donner du sens aux différents discours.

J'ai ainsi dégagé trois grandes thématiques :

- La reconnaissance de la profession de diététicienne dans le monde de la santé ;
- La reconnaissance de la diététicienne par les équipes de soins ;
- Les représentations des diététiciennes sur leur intégration dans les équipes de soins.

J'ai ensuite travaillé de façon à comparer les données à l'intérieur des différents groupes professionnels : j'ai déterminé un premier groupe composé des diététiciens, un second composé des aides-soignantes, des cadres de santé, du médecin et du directeur des soins.

Afin de respecter leur anonymat et pour rendre compréhensibles les éléments de l'analyse, j'ai appliqué les abréviations et les codes couleurs suivants :

- **Diet 1** et **Diet2** pour les diététiciens,
- **CDS1** et **CDS2** pour les cadres de santé,
- **AS** pour les l'aide-soignante,
- **DS** et **Méd** pour le directeur des soins et le médecin.

	Type d'établissement	Age	Sexe	Situation familiale	Enfants	ancienneté	diplôme
Diet1	CHU	28	M	Célib.	0	8	DUT
Diet2	CHU	39	F	Mariée	2	18	BTS
DS	CHU	59	M	Marié	3	32	CAFDES
Méd	CHU	37	F	Mariée	2	8	Doctorat médecin
CDS1	EHPAD	43	F	Séparée	3	4	DE IDE
CDS2	CHU	38	F	Mariée	2	16	DE CDS
AS	CHU	43	F	Mariée	3	21	DE AS

J'ai synthétisé les principaux déterminants sociaux demandés aux personnes lors des entretiens dans le tableau ci-dessus.

4.2 Comment la diététicienne est elle reconnue dans le monde de la santé ?

4.2.1 Le poids des représentations

Selon Michèle Jouet Lepors [29] qui cite Herzlich, « la représentation sociale est un mode spécifique de connaissances. Dans un groupe social donné, la représentation d'un objet correspond à un ensemble d'informations, d'opinions, et de croyances relatives à cet objet. La représentation va fournir des notions prêtes à l'emploi, et un système de relations entre ces notions permettant aussi, l'interprétation, l'explication, et la prédiction. Travailler sur une représentation, c'est : « observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales, et de modèles culturels, est pensé et vécu par des individus de notre société ; étudier comment s'élabore, se structure logiquement, et psychologiquement, l'image de ces objets sociaux ».

Le moins que l'on puisse dire c'est que le métier de diététicienne est peu ou mal connu. Les informations, opinions et croyances qui lui sont relatives ne correspondent pas toujours à la réalité que vivent les diététiciennes.

Je vous propose de découvrir ensemble les représentations des professionnels interrogés sur le terrain.

Parmi ces derniers, il y a ceux qui font un **lien avec les mesures anthropométriques** :

AS « c'est vague, c'est vague le métier de diète, enfin je sais pas y a une... déjà euh... Vaguement...je pense Ah oui c'est par rapport au poids, la taille, l'indice de masse corporelle mais après je peux pas vous dire exactement...

Diet1 « A l'hôpital on a tous des représentations, nous c'est la pomme ou la balance, l'infirmière c'est la piqûre... »

D'autres pensent que le rôle de la diététicienne est souvent limité à **l'élaboration ou au choix des menus** :

CDS1 : « ce n'est pas que celle qui vient faire choisir le menu... c'était mes représentations au début où j'ai travaillé »

Méd : « on fait peut-être pas assez appel à elle, elle n'est pas là juste pour faire les menus »

La diététicienne peut également apparaître comme un « outil comptable de calories » :

Méd : « en néphrologie par exemple, le patient fait systématiquement un registre alimentaire, il y a un calcul de calories tout ça, mais du coup, la diète elle ne rencontre même pas le patient ou très peu, et du coup je me dis que c'est dommage, qu'il y a parfois des mauvaises utilisations... »

Le poids des représentations peut parfois être **perçu très négativement** au point de faire dire à

Diet2 : « je crois qu'il faudrait re-communiquer sur notre travail parce que ... **je crois même qu'il faudrait qu'on change de nom...** Parce que les gens dans

leur tête, une diététicienne, on peut faire un sondage dans la rue, **on a une image négative** ».

4.2.2 Les a priori

Enfin, certains soignants ont l'impression que la diététicienne ne fait « que passer » et faute de savoir ce qu'elle fait exactement, **ne la considère pas comme une personne avec qui on peut collaborer.**

CDS1 « c'est vrai que pour moi, elle ne faisait pas partie de l'équipe, elle passait de temps en temps dans le couloir point. Ce n'était pas quelqu'un qui était ressource pour moi en tant qu'infirmière et du coup, je ne voyais pas en tant que cadre en quoi je pouvais travailler avec.

Le manque de collaboration ressenti ou réel avec certains professionnels **peut faire penser que la diététicienne a un rôle mineur :**

CDS2 : « c'est un travail en tous cas qui n'est pas en première ligne par rapport à moi, moi j'ai peu de relations avec elle. C'est vraiment un travail qu'elle fait avec l'enfant, sa famille, elle partage ses informations avec le médecin ou avec les auxiliaires de puériculture mais après... C'est pas du **travail invisible** mais moi je le prends un peu comme ça aussi et j'ai un peu du mal à évaluer si elle est performante, pas performante enfin bon... »

4.2.3 Reconnaissance en santé publique

Il est des domaines dans lesquels le rôle de la diététicienne est plus évident pour les professionnels des établissements de soins.

La lutte contre les maladies cardio-vasculaires, l'obésité et le diabète engagée par les pouvoirs publics à travers les nombreuses campagnes du PNNS (Plan National Nutrition Santé), implique un rôle actif de la diététicienne pour le médecin.

Méd : « Nous, dans notre établissement, elle a un vrai rôle à part entière parce que dans le diabète de type 1 elles font quasiment...on fait l'insulinothérapie

fonctionnelle donc elles savent compter les glucides, elles savent trouver la quantité d'insuline pour les glucides, donc c'est vraiment un pivot. »

Le directeur des soins souligne **le travail de prévention en santé publique** des diététiciennes :

DS : « il y a une sensibilisation aussi, de la population à l'interaction entre l'alimentation et la santé. Et là, on note très bien une évolution comportementale par rapport à ça et on note, j'allais dire, une évolution des exigences des usagers, ce qui est une bonne chose d'ailleurs, ce dont je ne me plaindrais pas. »

La prise en charge de la dénutrition dans les établissements de soins fait également partie des domaines où les soignants et les dirigeants reconnaissent un rôle prépondérant à la diététicienne.

DS « D'ailleurs, il y a eu un gros travail sur l'aspect évaluation de l'état nutritionnel des patients à l'entrée, tout ça s'est fait en collaboration avec les diététiciennes »

Méd : « Et puis elles travaillent aussi dans le service sur la dénutrition et les plaies de pieds. Donc elles sont vraiment très très présentes... »

CDS1 « Je dirais qu'elle a un rôle quand même assez important justement dans tout ce qui est dénutrition parce qu'en EHPAD c'est quand même des choses assez importantes. »

AS « on a déjà eu une diététicienne ici pour les... tout ce qui était de la dénutrition donc qui est très important et on voit aussi pour l'alimentation entérale. »

4.3 Comment la diététicienne est elle reconnue par les équipes de soins ?

4.3.1 Une histoire de culture

La culture professionnelle fait partie de la culture d'entreprise, certains auteurs parlent de sous culture ou de micro-culture. Pour Denys Cuche [24], « si la notion de culture d'entreprise a un sens, c'est pour désigner le résultat des confrontations culturelles entre les différents groupes sociaux qui composent l'entreprise. »

A l'intérieur d'une même organisation, plusieurs groupes sociaux diffusent perpétuent consciemment ou non, des caractéristiques spécifiques à leur appartenance à un métier, à une classe d'âge, ou en fonction de leur genre. Ces sous-cultures peuvent entrer en contradiction entre elles ou avec la culture de l'organisation.

Cela m'a particulièrement interpellée car lors de mes entretiens, deux personnes m'ont parlé de culture avec deux visions diamétralement opposées. **Tout d'abord, le cadre de santé qui avance une culture du soin non partagée :**

CB Par contre, je voudrais revenir sur quelque chose qui m'a un peu interpellée, vous avez dit « j'ai l'impression qu'on n'a pas la même culture de base , vous entendez quoi exactement par là ?

CDS2 Ben en fait, c'est au niveau du langage et puis de la manière, comment dire ça... **Nous on est dans le soin et la diététicienne elle, n'est pas dans le soin, c'est la culture du soin.**

CB Vous pensez que **les diététiciennes ne sont pas vraiment des soignants ?**

CDS2 Oui, je les mettrais plus, enfin je sais pas dans quoi... plus des **techniciens** ; je verrais plus un côté technique à la diététicienne et pas cette sensibilité de je ne sais quoi qu'il y a dans le soin surtout en HOP (Hémato Onco Pédiatrie) C'est assez présent, et souvent, elle est un peu ressentie comme l'empêcheuse de tourner en rond parce qu'il y a des règles, des choses,

en disant ben oui là il va falloir monter l'alimentation alors que le gamin il ne supporte pas du tout et qu'il s'est mis à tout dégoûter l'entérale etc... Alors les filles elles ne comprennent pas elles disent : il vomit déjà et puis elle augmente encore parce qu'on a l'impression qu'elle ne voit que les calories et pas ...

CB Et pas le côté humain de la prise en charge du patient ? »

La seconde personne qui a abordé le concept de culture professionnelle est le Directeur des Soins qui lui, trouve des points communs en terme de formation initiale concernant l'éducation thérapeutique, l'approche du patient, et le soin relationnel avec ce dernier.

CB « Connaissez vous le métier de diététicienne ? Ses compétences ? Sa formation ?... »

DS «Concernant la formation, j'avoue très humblement que je ne suis pas un expert de la formation diététicienne, je connais les grandes lignes euh, d'autant que, j'ai une personne dans ma famille qui a fait cette formation mais je ne saurais pas vous préciser le nombre d'heures exactes bien sûr.

Par contre, les grandes compétences qui sont acquises, je pense que je les maîtrise évidemment. Ce qui paraît indispensable d'ailleurs quand on travaille avec... euh mais c'est vrai que c'est un métier... et aussi, c'est parce que j'ai la chance de travailler avec votre collègue et élève Madame X, qui fait que je me suis aussi intéressé un peu plus à cette formation.

Et on voit bien que, et **ça c'est un élément important à repérer, en terme de culture du soin, j'allais dire la formation diététicienne c'est peut être une qui se rapproche le plus de la formation infirmière.** Parce que vous avez effectivement anat, physio et bien sûr l'aspect diététique mais aussi l'aspect éducation thérapeutique, l'approche du patient, l'aspect soin relationnel et cætera. **Tout cela sont des éléments qui nous sont communs tant du côté soignant infirmier que...** Par contre, si on faisait la comparaison avec d'autres filières comme manip radio par exemple ou laborantin, on n'a pas cette structuration et cette approche, cet accompagnement du patient de la même façon. Voilà ce que je pourrais dire sur la vision de la profession de

diététicienne si je ne vais pas trop vite ? »

Pour comprendre et interpréter ces deux entretiens opposés, il faut préciser que le cadre de santé collabore assez peu avec l'équipe diététique malgré un temps de travail adapté au nombre de patients du service.

Cela faisait partie de ma méthodologie pour obtenir un maximum de renseignements que de rencontrer un cadre de santé ayant une bonne collaboration avec les diététiciennes et un cadre ayant des relations plus... délicates.

La représentation du métier de diététicienne par CDS2 est probablement influencée par une **mauvaise expérience** car lorsque je lui demande quels sont les facteurs pouvant influencer sur l'intégration de la diététicienne, elle me répond d'emblée « la personnalité de la diététicienne ».

4.3.2 Les facteurs d'intégration dans l'établissement et dans les équipes de soins

4.3.2.1 La disponibilité

Tous les acteurs interrogés semblent d'accord pour dire que le temps de présence de la diététicienne dans un service est un élément important pour faciliter son intégration.

DS : « Quand vous n'êtes présente que quelques heures par semaine dans une unité évidemment il est difficile de croiser tout le monde, déjà le contact avec les équipes médicales y est plus que succinct, ce que l'on comprend, et puis de même avec les para-médicaux, il n'est pas toujours avec les mêmes puisque le turn-over étant ce que l'on sait... c'est effectivement pas très facile de s'intégrer à une équipe soignante. »

L'aide soignante de neurologie le souligne aussi en parlant du diététicien qui n'était présent qu'à 5% dans le service :

AS « il passe de temps en temps, ça fait un moment que je l'ai pas vu mais après... »

En réponse le diététicien de neurologie explique qu'il n'a pas l'impression de pouvoir faire un travail de qualité en aussi peu de temps :

Diet1 « dans un service de neurologie où on n'a que 5 % c'est impossible qu'on soit reconnu parce qu'on n'a pas de temps pour être présent dans le service et faire des choses. Donc la reconnaissance passe par notre pratique et la rigueur de notre pratique et la validité de cette pratique là. Donc si on n'a pas le temps, la reconnaissance c'est impossible. »

Le cadre de santé en EHPAD souligne que le bureau ouvert de la diététicienne favorisait les échanges et qu'elle appréciait grandement sa disponibilité.

CDS1 « Quand j'avais des questions, des demandes ou des réflexions, ben soit je l'appelais, soit j'allais dans son bureau. Son bureau était toujours ouvert donc on pouvait tout le temps y aller. Et puis, autrement, on prenait aussi, souvent la pause ensemble ; donc au moment du café, voilà, souvent, c'était là qu'on s'interpellait de façon informelle, voilà... Pour moi, c'est quelqu'un qui est disponible, pour les collègues mais aussi pour les patients. »

Le médecin apprécie également d'avoir suffisamment de temps diététique dédié à son service.

Méd « Donc elles sont vraiment très très présentes : elles sont là à la visite, elles sont là, nous en hôpital de jour, il y en a quasiment une qui est là en permanence. Donc voilà, dans les rôles nous, c'est vraiment un vrai pivot.»

4.3.2.2 L'importance des transmissions

La prise en charge holistique du patient nécessite dialogue et coopération entre les différents professionnels qui gravitent autour de lui. La coordination des acteurs dépend également de la fluidité de leurs rapports.

Méd « elle doit être à l'écoute de son patient, s'adapter à lui... et qu'il y ait un retour après sur l'équipe soignante pour qu'on sache où on en est tous... »

Le cadre de santé parle de transmettre du sens aux équipes afin de leur expliquer les actions mises en place par la diététicienne :

CDS1 « Qui transmet aussi les informations en temps et en heure. Il y a aussi en communication hein, voilà, qu'elle puisse donner du sens, expliquer le pourquoi, épauler les équipes. Voilà, il y a aussi tout ce rôle éducatif qu'elle transmettait aux patients et aux familles et aux soignants. »

Le second cadre de santé a elle l'impression que la communication n'est pas bonne entre elle, son équipe et la diététicienne.

CDS2 « Je pense qu'au niveau communication ça peut vite devenir compliqué et je pense que la communication c'est important entre l'équipe et la diététicienne que ça puisse être fluide, que les transmissions puissent être faites, qu'elle écrive dans le dossier de soins qu'on sache un peu ce qu'elle a fait, ce qu'elle a donné...qu'on ait le même socle d'informations parce que des fois on a l'impression qu'elle n'a pas dit la même chose, enfin voilà il y a des choses ça peut quand même des fois être compliqué... »

Elle semble souffrir d'un manque d'information sur la prise en charge des patients du service par la diététicienne qui ne réfère qu'au médecin ou traite directement avec les auxiliaires de puériculture et bien sûr, le patient et sa famille.

CDS2 «Moi j'ai peu de relations avec elle. C'est vraiment un travail qu'elle fait avec l'enfant, sa famille, elle partage ses informations avec le médecin ou avec les AP (auxiliaires de puériculture) mais après... »

Les transmissions de la diététicienne doivent se faire à deux niveaux : oralement auprès des équipes bien sûr, mais également par écrit pour laisser une trace pérenne et disponible pour les différents acteurs et accessible par tous.

CDS2 « Parce que autant l'équipe apprécie bien tout ce qui est oral parce que comme ça elles ont l'information, mais si c'est pas écrit quand on cherche l'information deux jours après on ne l'a plus et donc moi je suis plutôt basée sur

l'écrit donc l'oral c'est bien pour l'équipe mais si on veut savoir ce qui s'est passé, l'écrit ça dure...»

Pour qu'un message passe bien, il faut que l'émetteur et le récepteur parlent le même langage, c'est une des bases de la communication. La diététicienne doit adapter son message à son public quel qu'il soit et cela fait partie de notre formation initiale. Il subsiste cependant parfois des incompréhensions :

CDS2 « Oui et puis de l'accessibilité à la connaissance parce qu'elles ont des fois les connaissances et elles pensent que l'AP elle percute de ce qu'elles disent mais les AP n'ont pas non plus le même niveau, la même sensibilité par rapport à l'alimentation... quand c'est des nouvelles, elles ont un peu plus de mal, pouvoir expliquer... »

4.3.2.3 La relation de confiance avec le médecin

On a pu le constater dans les propos du médecin comme dans ceux des diététiciens, la relation de confiance entre ces deux professionnels est capitale pour que la diététicienne trouve sa place dans l'équipe soignante.

Cette confiance ne fait pas partie des acquis lors de l'arrivée d'une diététicienne dans un service de soins, elle doit la gagner en faisant la preuve de ses compétences et de son expertise en nutrition.

Toutes les spécialités médicales ne se valent pas en terme de relation de confiance : il semble que pour les diabétologues la relation diète-médecin soit d'une évidente complémentarité :

Méd « c'est comme dans certains services d'ortho où la kiné a vraiment sa place parce que c'est des métiers qui vont ensemble ; et bien nous je pense que c'est un petit peu pareil avec les diététiciennes. »

Malgré des progrès récents, notamment depuis la valorisation de la dénutrition,

les chirurgiens restent peu sensibilisés à la nutrition.

DS « La problématique du chirurgien c'est de réussir sa chirurgie et de faire vite tourner le lit pour des raisons de T2A. La problématique nutritionnelle j'allais dire, est à la marge, cependant, depuis peu, je me réjouis de constater un progrès en chirurgie, on commence à entendre « on va surseoir à l'intervention si elle n'est pas urgente, on va d'abord stabiliser la situation nutritionnelle et quand le patient sera mieux, eh bien on pourra intervenir ». »

Diet2 « On propose des solutions nutritionnelles évidemment mais alors, on n'a pas toujours un médecin puisque c'est des chirurgiens donc déjà moi, je ne vois jamais de chef, je n'ai jamais vu un chef, je ne sais même pas qui c'est. »

Pour d'autres spécialités médicales, l'importance de la nutrition est plus évidente et du coup, la place de la diététicienne également.

DS « par contre en gériatrie la culture est complètement différente parce qu'on sait très bien, enfin tous les gériatres le savent, que la composante nutritionnelle est fondamentale pour la santé de la personne âgée. »

La nutrition entérale n'est pas enseignée dans les études médicales et bien souvent, les anesthésistes-réanimateurs mis à part, la plupart des médecins ne savent pas quoi ni comment la prescrire. Les diététiciens sont formés aux nutriments artificielles, souvent ce sont eux qui gèrent les stocks et les commandes des produits et forment le personnel soignant concernant les bonnes pratiques avec ces produits spécifiques. Cependant, encore aujourd'hui, les diététiciennes ne peuvent prescrire la nutrition entérale et doivent soumettre aux médecins des protocoles de nutrition qu'ils valident et prescrivent sur les plans de soins. Bien souvent, les médecins font confiance aux diététiciennes et s'en remettent à leur expertise dans ce domaine pour le bien du patient.

Diet1 « Il faut montrer à un médecin qui n'y connaît pas grand chose, nous on a la chance ici d'avoir des médecins assez humbles qui reconnaissent ne pas

savoir... Ils ne savent pas donc ils nous demandent et voilà. Donc si on prouve qu'on est capable de répondre et d'argumenter, je pense qu'il y a une confiance qui s'installe. Et c'est une vraie confiance car les protocoles de nutrition artificielle ils sont validés par confiance quoi, ils n'y connaissent rien. »

Cette relation de confiance se crée par le travail de la diététicienne mais aussi par l'ouverture d'esprit du médecin.

Méd « Après, il faut aussi que l'équipe médicale laisse la place à la diététicienne et lui fasse confiance. »

4.3.2.4 La relation de confiance avec le cadre

L'étude empirique m'a démontré l'importance de la relation entre les cadres de santé et la diététicienne. C'est grâce à l'intervention de **CDS1** que la diététicienne a pu s'intégrer auprès des soignants dans les différents services de l'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes). L'intervention du cadre de santé a permis de clarifier la situation entre la diététicienne et le médecin pour repartir sur de bonnes bases.

CDS1 «... quand on faisait une relève, voilà elle posait des questions par rapport à la dénutrition par exemple de quelqu'un et le médecin la renvoyait assez brutalement... Je l'ai incitée à aller voir le médecin et moi je suis allée voir le médecin en souterrain en lui disant « est-ce que tu te rends compte là comme tu agis avec elle ? Moi je trouve que ce n'est pas très professionnel, on voit bien qu'elle a envie de s'investir et à chaque fois tu la... quelque part, je trouvais qu'il la.. ; aux yeux de l'équipe, il la rabaisait voilà. Je lui disais « comment veux tu qu'elle trouve sa place et qu'on puisse avancer ensemble ? » A partir de là, elle est allée, elle, l'interpeller, ils ont eu une longue discussion et à partir de là, il pensait même à la convier quand on faisait des relèves, voilà. Et je trouvais qu'autant au départ, j'avais peut être ce rôle, un petit peu, de lien, autant après le lien, il se faisait tout seul quoi. »

Quand il y a des difficultés relationnelles entre la diététicienne et l'équipe de soins, le cadre est souvent un interlocuteur incontournable. Cependant, son positionnement peut aussi influencer sur la qualité de cette relation.

CDS2 avoue qu'elle ne s'investit pas dans sa relation avec la diététicienne et cela peut poser problème pour collaborer avec les auxiliaires de puériculture. D'autant plus qu'elle reconnaît qu'elles sont dans un service fermé pour protéger les enfants qui y sont hospitalisés mais également fermé sur lui-même de par son fonctionnement à huis clos.

CDS2 « Moi je ne suis pas directement concernée par les relations de la diététicienne avec les AP... On est très centrés sur nous-même, donc c'est d'autant plus compliqué de pouvoir montrer patte blanche ici. C'est pourquoi l'intégration peut parfois être compliquée hein... Si elles ont décidé qu'elles ne voulaient pas quelqu'un quoi... c'est pas toujours la faute de la diététicienne, c'est l'interaction »

4.3.2.5 La personnalité de la diététicienne

Pour qu'il y ait intégration, on en a parlé, il faut que s'établisse une relation de confiance. Cependant cette confiance ne peut exister que s'il y a dialogue entre les professionnels. Si ce dernier est empêché pour une raison de caractère trop tranché ou de personnalité particulière, l'intégration sera plus difficile.

CB « Quels sont les acteurs / facteurs qui peuvent selon vous influencer sur l'intégration de la diététicienne ?

CDS2 La personnalité de la diététicienne.

CB En première ligne ?

CDS2 (rires) C'est vrai, c'est très personne dépendant parce que moi j'en avais connu une en psychiatrie et puis ça avait changé et on avait vraiment vu que c'était personnalité dépendant parce qu'il y en a qui ont une espèce de rigidité due à la jeunesse ou au manque d'expérience j'en sais rien... »

4.3.2.6 Les compétences attendues

La diététicienne est un professionnel qui doit faire preuve d'autonomie car elle travaille souvent seule, en direct avec les équipes de soins. Ces dernières attendent une bonne collaboration, de la disponibilité, une ouverture d'esprit, une vision transversale du parcours de soins du patient. Son expertise en nutrition est également requise ainsi que de bonnes capacités de communication, et un bon relationnel avec les équipes, les familles et les patients dans un but pédagogique.

DS « c'est sa compétence professionnelle de façon à selon la situation et la problématique du patient, à apporter la meilleure solution en terme d'alimentation. Mais il n'y a pas que ça évidemment, il y a aussi toute la coopération avec les équipes soignantes et là ça nécessite en terme de compétence, une capacité relationnelle importante parce qu'il est vrai que parfois ça ne simplifie pas les choses, il y a des impératifs d'alimentation qui vont compliquer la mission des équipes et ça nécessite effectivement cette capacité de relation d'aide on va l'appeler comme ça... »

CDS1 « Et bien j'attends, une bonne collaboration comme avec tous mes collègues, euh, j'ai envie de dire, une collaboration dans l'éducation diététique, dans le suivi des résidents. Pour moi, c'est quelqu'un qui est disponible, pour les collègues mais aussi pour les patients. Qui transmet aussi les informations en temps et en heure, qui... c'est dur hein une bonne diététicienne ! Il y a aussi en communication hein, voilà, qu'elle puisse donner du sens, expliquer le pourquoi, épauler les équipes. »

4.4 Les représentations des diététiciens sur leur intégration

Émile Durkheim [30], définit l'intégration comme « un processus par lequel l'individu participe à la vie sociale. Cette participation s'opère grâce à l'intégration des individus dans plusieurs instances : familiale, religieuse,

groupes professionnels. Ces instances prédisposent l'individu à vivre en société. L'intégration est donc le résultat de cette socialisation. »

Diet1 et Diet2 sont très différents dans leur approche de l'intégration dans les services de soins.

Ces différences de conception peuvent principalement s'expliquer par deux déterminants sociaux qui sont le sexe et l'âge.

4.4.1 Différences dues au genre

Cette analyse se veut résolument non sexiste, mais il semble que Diet1 par son côté très analytique et ses arguments concernant ses priorités parmi les différents interlocuteurs (et accessoirement parce qu'il est un homme...) ait un côté plus masculin que Diet2.

Contrairement à celle-ci, le prendre-soin n'a pas été sa mission première lorsqu'il a choisi son métier.

Diet1 a fait un choix d'orientation dans ses études de biologie pour s'orienter vers la diététique et obtenir son DUT.

Diet1 « Pas du tout une vocation c'était une réorientation, j'ai choisi. Moi j'ai fait mon IUT à Nancy donc il y avait 4 options, j'étais plutôt parti pour faire analyse biologique parce que c'était la bio qui me...et puis au dernier moment, je me suis inscrit, je me suis dit pourquoi pas ? »

Il semble attiré par la recherche scientifique puisqu'après avoir fait un D.U. (Diplôme Universitaire) de nutrition artificielle, il co-dirige une thèse de pharmacologie portant sur la nutrition parentérale.

Il aime la logique et s'investit dans ses fonctions en gardant une démarche cérébrale : ayant en charge le service de soins palliatifs, il s'est inscrit dans un Master de philosophie et éthique en fin de vie.

Pour lui, le médecin a un rôle central dans l'intégration du diététicien.

Diet1 « Et ma pratique a été ensuite..., j'ai pu aller plus loin et ça m'a amené

une autre approche par rapport au patient, par rapport à la réflexion médicale, réflexion commune qu'on peut avoir avec les médecins à propos de patient. Je pense que s'il y a un bilan, je le discute en premier lieu avec le médecin parce que moi je vois la situation par rapport à mon filtre, un filtre diététicien. L'objectif est de faire la synthèse avec le médecin, avec sa vision globale en fait et puis on peut discuter d'une prise en charge ou on discute de la prise en charge, il la valide et ensuite moi je fais mon boulot, »

Diet1 se considère comme un expert en nutrition et semble avoir de bonnes relations avec les équipes de soins et plus particulièrement les médecins quand il est reconnu pour ses compétences spécifiques de diététicien.

Ce genre de comportement semble aussi, plus largement répandu chez les hommes diététiciens que chez les femmes.

Pour **Diet2**, l'intérêt pour la diététique est apparu très tôt : dès l'âge de 14 ans elle souhaitait faire ce métier :

« je m'étais renseignée sur ce métier et je trouvais que c'était intéressant donc voilà depuis la 4ème j'ai voulu faire ça... Ma mère a essayé de me décourager mais même jusqu'en terminale on a voulu que je fasse prof d'allemand mais voilà, non je veux faire diététicienne et je ne regrette pas du tout d'avoir choisi ce métier. »

Diet2 a ressenti également au tout début de sa carrière l'envie d'être soignant :

« quand j'ai fait mon premier stage j'ai compris qu'on pouvait aider les autres, avoir un rôle important dans le soin et c'est ça qui m'a vraiment plu. En fait je me suis dit je veux travailler à l'hôpital. »

4.4.2 Différences dues à l'âge

A 28 ans, **Diet1** fait partie de la génération Y pour qui, il faut un équilibre entre vie privée et vie professionnelle, qui sont plus mobiles et font moins de concessions que les générations X ou Baby-boomeurs qui les ont précédés.

Il ne se voit pas comme maillon d'une longue chaîne de travail mais comme une valeur ajoutée pour l'entreprise et devant être considéré comme telle :

Diet1 « Moi j'essaie de donner un avis de qualité, argumenté, raisonné, basé sur un bilan, un diagnostic. S'il vous intéresse eh bien on le partage ; si ça vous intéresse pas eh bien moi je ne participe pas et on n'en parle plus. Je concentrerai mon temps ailleurs. Donc si vous avez un besoin, j'y répond volontiers et il y a moyen de faire des choses très intéressantes si ça intéresse pas, je ne vais pas plus loin quoi, je ne vais pas m'épuiser... »

Diet2 qui a plus d'expérience a pu constater l'évolution du métier de diététicienne :

« Finalement mes stages dont un ici, m'ont fait voir que finalement on avait une place importante dans le soin ce qui n'a fait que s'accroître et se renforcer puisque quand même on a beaucoup évolué en 20 ans. On ne travaille plus aujourd'hui comme on travaillait il y a encore 10 -15 ans. »

Elle s'est formée lorsqu'elle travaillait en diabétologie à l'éducation thérapeutique et cela lui a permis de faire évoluer sa pratique dans la prise en charge du patient :

« Donc j'ai fait aussi beaucoup d'éducation thérapeutique et je trouve que c'est ça qui m'a permis d'évoluer dans mon travail. La prise en charge du patient est devenue complètement différente le jour où on a travaillé avec l'éducation thérapeutique quoi. »

Pour **Diet2**, **le patient est au cœur de ses préoccupations**, elle aime suivre son parcours pour lui apporter ses compétences du début à la fin et même parfois au delà...

« Moi c'est surtout le patient qui m'inquiète quoi, parce que je me dis : c'est quand même dommage de nous faire venir et puis finalement on n'en fait pas plus... du coup, on le voit à un moment T et moi ce qui me frustre, c'est que j'aime bien m'occuper du patient du début jusqu'à la fin. Je vais jusqu'à l'ordonnance, j'appelle la pharmacie pour être sûre qu'ils ont donné le bon

produit tout ça... »

Dans la retranscription écrite de notre entretien, je relève que **Diet2** emploie très souvent le mot « **échange** » qui semble au cœur de ses préoccupations :

Diet2 « je trouve que lorsqu'il y a un vrai échange, même si on n'est pas d'accord parce que bon c'est comme ça dans le travail, c'est intéressant d'en parler, d'exposer... »

Dans le service de chirurgie cardio vasculaire, elle se sent en difficulté car elle ne parvient pas à établir cette communication basée sur l'échange :

Diet2 « C'est un service où on n'arrive pas à faire quelque chose de coordonné. Il n'y a pas d'échange. »

CB « Il n'y a pas d'échange avec les médecins ? Avec les cadres ? Avec les infirmières ? »

« A peu près avec tout le monde. »

Malgré sa plus grande expérience, **Diet2** ne semble pas se positionner en tant qu'experte comme **Diet1** mais plutôt comme **négociatrice** avec les équipes de soins pour **échanger** sur la solution nutritionnelle qui sera la plus adaptée au patient.

D'ailleurs, dans le service où elle ressent des difficultés d'intégration, elle précise que c'est parce que souvent, on ne l'appelle que très tardivement :

Diet2 « Ils donnent des compléments sans les délivrer, et ils nous font un bon quand vraiment ils ne peuvent plus rien faire pour le patient.

Voilà, on arrive vraiment en bout de course, donc forcément quand on arrive ben soit des fois il n'y a pas de solution possible, soit c'est la sonde naso gastrique ou une nutrition voilà quoi... »

4.4.3 Le cadre de santé : acteur important d'intégration

Quand je demande aux diététiciens du CHU quels sont les acteurs permettant leur 'intégration, tous les deux me citent le cadre de santé.

Diet1 « les acteurs qui peuvent aider à nous intégrer ? Le cadre de santé du service référent je pense... je pense qu'une bonne relation avec le cadre ça ne peut que favoriser. Bon le cadre du service diététique aussi parce que je pense qu'il va aider à l'intégration de son collègue diététicien. »

Diet2 « Les médecins, les cadres parce que voilà, et bien évidemment les soignants mais c'est quand même médecins et cadres qui font que... si le médecin il vous appelle jamais, l'infirmière elle va vous appeler de temps en temps mais elle va pas non plus y penser tout le temps. »

4.4.4 Le médecin : acteur à convaincre

Cependant, l'un comme l'autre conviennent que pour s'intégrer il est un acteur incontournable à convaincre : le médecin.

Diet2 « Moi la pneumo c'est pareil, j'ai commencé de rien ; la diététicienne pour eux c'était... et si ma place, je l'ai faite bon, bien sûr il a fallu y travailler, c'est grâce aux médecins et grâce à la muco je pense parce que ça a été reconnu l'intérêt de la diététique, et la prise en charge diététique dans la mucoviscidose. Il faut faire ses preuves, ça ne se fait pas comme ça du jour au lendemain, mais une fois que c'est démontré, une fois qu'on est intégré, il n'y a plus de soucis, mais c'est vrai que oui, le corps médical joue énormément. »

Diet1 « Le médecin déjà, je pense que oui parce que c'est lui qui va aussi accueillir et comme il accueille nos avis et notre expertise et c'est lui qui fait les prescriptions voilà il va nous solliciter donc je pense que le médecin est

vraiment central. »

4.4.5 Autres facteurs d'intégration pour les diététiciennes

Pour s'intégrer dans un établissement de santé, les diététiciennes ont bien compris qu'il fallait participer aux instances de ce dernier. Elles ont la possibilité de participer à la **CSIRMT** (Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques) prévue par le Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 en se présentant aux élections du collège des représentants des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Outil prévu par la circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et la nutrition dans les établissements de santé, le **CLAN** (Comité de Liaison Alimentation Nutrition) permet et facilite les liens et les interactions entre les besoins nutritionnels du patient, les services cliniques, les professionnels de la diététique et de la restauration.

Il est donc une instance de prédilection pour les diététiciennes.

CB « tu penses que le CLAN peut aider les diététiciennes à se faire connaître par les autres professionnels ? »

Diet1 « Oui parce que dans le CLAN il y a plusieurs euh, il y a des médecins donc forcément ça permet de diffuser un peu toute la notion nutrition à l'hôpital et je crois que ça ça aide. Et puis ensuite comme là, le président du CLAN, il est moteur pour un projet dans lequel les diététiciens peuvent s'investir par exemple ce projet d'état des lieux. Et puis ensuite il peut mettre en route des formations c'est central oui effectivement. »

Diet2 « Oh oui oui, le CLAN a beaucoup aidé dans le rôle qu'on a aujourd'hui sur la dénutrition ça c'est clair, en plus on a eu le Docteur P. qui était très investi. Donc oui oui je pense que le CLAN c'est important. Ça nous a aidé au début quand on a commencé à dépister la dénutrition donc ça oui c'est un élément moteur aussi. »

4.4.6 Un sentiment d'utilité

Christophe Dejours [15], psycho-clinicien du travail, décrit ainsi l'utilité : « Les agents se mobilisent dans leur travail car ils espèrent en échange de leur contribution, une rétribution. Contrairement à ce que l'on croit, la rétribution principale est symbolique ou morale : la reconnaissance. Mais elle ne s'exprime pas n'importe comment. Il ne suffit pas d'une bonne tape dans le dos. Elle passe par deux grandes formes de jugement. Le premier est **le jugement d'utilité**, le deuxième celui de beauté. »

De reconnaissance en reconnaissance, on passe des caps et on gravit des échelons en construisant son identité. Cette dernière ne dépend pas que de soi mais également du regard des autres.

Pour Christophe Dejours, l'identité doit être confortée par l'amour dans le champs érotique et par le travail dans le champs social. **On a besoin de confirmation par le regard de l'autre.**

Lors de mon étude empirique j'ai pu confirmer l'importance de ce concept d'utilité dans les propos de [Diet2](#) :

« Quand vous voyez ce que vous leur apportez (aux patients) et ce que eux aussi vous apportent, vous vous dites que vous avez servi à quelque chose et que vous leur avez apporté peut être pas ce que vous aviez envie au départ mais ça c'est quand même riche aussi... Donc je trouve qu'ici, quand même, on a une chance, même pour les autres services de mes collègues, on est reconnu, on a un poids, on se sent utiles... »

Synthèse de l'analyse et confrontation
à l'hypothèse de recherche

5. Synthèse de l'analyse et confrontation à l'hypothèse de recherche

5.1 Rappel de l'hypothèse

L'acceptation de la place de la diététicienne se fait par un double processus :

- Par le travail du groupe professionnel des diététiciennes sur la reconnaissance et la préservation de leurs compétences ;
- Par l'acceptation par les équipes de soins de ces compétences et du lien entre alimentation et santé.

Il va de soi que les résultats obtenus dans mon analyse sont à relativiser par rapport à la faible taille de l'échantillon de personnes interrogées.

5.2 La reconnaissance par le monde de la santé

Le poids des représentations est encore bien lourd et il est un véritable frein à la reconnaissance de la profession des diététiciennes dans le monde de la santé.

Pour beaucoup, l'image de la diététicienne est encore associée à celle de surpoids et de régimes restrictifs. L'expression « à la diète » est tellement ancrée dans les esprits que **Diet2** suggère même que les diététiciennes changent de nom pour modifier leur image.

Cependant, on peut noter une **timide mais indéniable progression de la reconnaissance de la profession** dans le domaine de la santé publique **dans le cadre de la lutte contre la dénutrition** notamment chez les personnes âgées. En effet, contrairement aux maladies cardio-vasculaires ou au diabète que les médecins ont pu traiter avec un arsenal thérapeutique et accessoirement la prescription d'une nutrition adaptée, la correction de la dénutrition passe bien souvent par une prise en charge diététique personnalisée puisqu'il n'existe pas de traitement médicamenteux pour la soigner.

5.3 La reconnaissance par les soignants

On peut curieusement remarquer que ce sont le médecin et le directeur des soins qui reconnaissent la profession de diététiciennes comme faisant partie des soignants, partageant la même culture professionnelle.

L'aide-soignante et le cadre de santé CDS2 n'intègrent pas la diététicienne dans les équipes soignantes. J'émetts l'hypothèse que ces deux personnes ne connaissent pas vraiment le métier, le rôle ni les missions de la diététicienne.

On peut noter cependant que les facteurs d'intégration sont multiples :

- Un temps de présence suffisant de la diététicienne est indispensable afin que les soignants puissent comprendre son utilité dans la prise en charge du patient.
- La diététicienne doit savoir transmettre aux équipes par oral et de plus en plus par un écrit accessible à tous les acteurs.
- Le médecin a un rôle central : quand il est convaincu de l'intérêt de la coopération avec une diététicienne, l'intégration de celle ci est plus évidente.
- Le cadre de santé est un interlocuteur incontournable et, comme le médecin, il peut grandement influencer les relations de travail des équipes avec la diététicienne et favoriser ou non, son intégration.
- La personnalité même de la diététicienne compte pour beaucoup : il faut qu'elle fasse preuve d'ouverture d'esprit et d'une bonne adaptabilité aux interlocuteurs des différents services où cette professionnelle transversale travaille. Il faut également qu'elle fasse preuve d'un bon relationnel et de diplomatie pour pouvoir s'intégrer en démontrant son expertise auprès des différents interlocuteurs.

- Enfin, la diététicienne a tout intérêt à faire partie des instances le permettant que sont la CSIRMT et le CLAN.

5.4 Travail de reconnaissance pour la profession

Même si les deux diététiciens du CHU ont le sentiment d'être bien intégrés dans leur établissement, il reconnaissent qu'il y a encore d'énormes progrès à faire pour la reconnaissance de la profession.

Ils sont d'accord pour reconnaître l'importance du rôle du médecin et du cadre de santé dans l'intégration de leur place au sein des équipes de soins.

5.5 Conclusion par rapport à l'hypothèse

Je peux faire le constat que l'acceptation de la place de la diététicienne dans les établissements de santé est complexe.

L'étude empirique auprès des professionnels a démontré qu'elle dépendait de nombreux facteurs que je viens de citer.

L'image de la profession souffre encore de représentations négatives qui mettront du temps à évoluer.

L'étude, faite dans le cadre contextuel, de l'évolution de la profession depuis sa création met en lumière des blocages empêchant une meilleure reconnaissance des diététiciennes. En premier chef, la réforme indispensable des études pour être au même niveau que les autres professions para-médicales et ensuite une reconnaissance par le législateur du rôle et des missions des diététiciennes et de leur intérêt dans les enjeux de la politique nutritionnelle nationale.

Ma double hypothèse de départ m'apparaît donc confirmée à ce jour.

Après avoir confronté l'hypothèse de travail à l'analyse des entretiens, je vais exposer les enseignements tirés de ce travail de recherche.

Enseignements tirés

6. Enseignements tirés

6.1 En tant qu'étudiante

Ce qui m'a surtout plu dans l'élaboration de ce mémoire c'est la recherche documentaire et la lecture de nombreux ouvrages et articles qui m'ont fait découvrir l'abord conceptuel et la richesse de l'étude bibliographique.

La découverte de la sociologie m'a séduite et je pense poursuivre mes lectures sur le sujet en abordant plus tard d'autres auteurs que je n'ai pas eu le temps d'approfondir au cours de mes recherches.

Le partage de ce laborieux travail de fourmi qu'a été la déconstruction puis la reconstruction de mes représentations initiales avec mes amies étudiantes et ma directrice de mémoire, m'a souvent servi de garde-fou pour ne pas m'égarer dans la multitude de concepts intéressants qui apparaissait au fur et à mesure de mes lectures.

Ayant toujours eu une attirance pour l'histoire, j'ai beaucoup apprécié de pouvoir faire des recherches sur l'évolution de la diététique depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours.

Cependant cette initiation à la recherche a également été un moment de réflexion et de remise en question personnelle. En m'interrogeant sur la place de la diététicienne, j'ai passé au crible les différentes situations rencontrées au cours de ma carrière et ainsi, j'ai eu l'impression de prendre du recul pour mieux appréhender le sujet sur un plan plus global : la reconnaissance d'une profession et son intégration dans la catégorie des soignants.

Les entretiens avec les professionnels ont également été riches d'enseignements. J'ai dû mettre en œuvre mes capacités d'écoute active, de reformulation en me gardant de tout jugement ou avis afin de permettre l'expression spontanée de mes interlocuteurs. Cela ne s'est pas fait sans mal, j'ai pu constater une progression entre le premier et le dernier entretien.

Au cours du premier, j'avais tendance à me laisser emporter par les questions de mon interlocuteur et regrette de ne pas avoir approfondi certaines de ses réponses. Au fil des entretiens, maîtrisant mieux mes questionnaires, j'ai pu diriger plus facilement la conversation de façon neutre et posée. Cela m'a servi notamment pour interroger le cadre de santé 2 dont les réponses ont souvent heurté ma sensibilité de soignante.

L'analyse de toute la matière rapportée par ces entretiens m'a parfois décontenancée : je ne savais pas par où commencer malgré la confection d'un double tableau thématique. J'ai pu apprécier la clairvoyance professionnelle de ma directrice de mémoire qui m'a alors guidée pour éviter que je ne me disperse.

Ce travail m'a demandé un investissement important et une bonne gestion du temps afin de le mener à bien en parallèle avec les nombreux autres travaux et évaluations au cours de cette année de formation de cadre de santé.

Il m'a apporté également une vision plus globale sur les enjeux relationnels entre les différents acteurs évoluant autour du patient et de sa prise en charge.

6.2 Pour ma future pratique de cadre de santé

Le thème de ce travail de recherche m'a été inspiré par mon expérience professionnelle en tant que diététicienne principalement mais également par ma courte expérience de faisant fonction de cadre de santé. Là encore, la question de la place de la diététicienne s'est posée sur un plan plus global, au niveau de l'institution.

La recherche que j'ai menée devrait permettre au futur cadre de santé que je serai, d'aborder les problèmes liés aux interactions entre professionnels de façon plus objective. Mes connaissances, acquises au cours de cette année de

formation et au fil de ce travail, m'aideront à résoudre les tensions inévitables dans le cadre de l'interdisciplinarité.

La profession de diététicienne mérite d'être mieux connue et reconnue par les autres professionnels évoluant dans les établissements de santé.

Le cadre de santé se doit d'en assurer la promotion au sein de l'institution et auprès de ses pairs.

Il est important que le cadre de santé leur fasse part des informations relatives à l'évolution des pratiques professionnelles des diététiciennes dans le but d'améliorer les interactions avec tous les professionnels.

Souvent interface entre les services de soins et le secteur restauration, j'aurai en tant que cadre de santé, à travailler en collaboration avec de nombreux partenaires autour des thématiques portant sur l'alimentation et la nutrition des patients.

Les capacités d'écoute, d'empathie et d'analyse que j'ai développé au cours de ce travail seront alors certainement mises à contribution.

Mes compétences en communication seront également requises pour promouvoir la reconnaissance de la profession en argumentant lors d'entretiens avec la hiérarchie, les médecins ou les directions.

Il est fort probable que l'équipe de diététiciennes que je vais encadrer ait encore à prouver ses compétences dans son travail quotidien pendant quelques années. Il sera de mon rôle de cadre de santé de les accompagner afin que leurs activités soient identifiées au même titre que d'autres activités de soins.

Pour finir, le dernier enseignement tiré pour ma future pratique professionnelle de cadre de santé sera d'inscrire la profession de diététicienne dans la culture des soignants en faisant connaître à tous l'intérêt qu'une prise en charge nutritionnelle adaptée peut apporter au patient.

Conclusion

Conclusion

Mon travail de recherche m'a appris que la reconnaissance est un jugement posé sur la contribution de la personne, tant en matière de pratique de travail que d'investissement personnel et de mobilisation.

La soif de reconnaissance se trouve au cœur de tout être humain, elle touche l'intimité et l'estime de soi, mais aussi les relations avec les autres qui influent sur la place que l'on peut avoir dans la société.

Cette place au sein des équipes de soins, les diététiciennes doivent la conquérir en prouvant leurs compétences spécifiques aux autres professionnels.

Fort heureusement, ces derniers sont plus sensibilisés qu'auparavant à l'importance de la nutrition dans la préservation de cet état de complet bien-être physique mental et social que l'on appelle la santé.

L'analyse empirique faite dans ce travail de recherche confirme donc mon hypothèse de départ même s'il s'agit d'un regard microscopique en regard de la taille de l'échantillon de la population interrogée.

La problématique initiale qui est « quelle est la place de la diététicienne dans les établissements de santé » a évolué au cours de ce mémoire et s'est plutôt centrée sur la reconnaissance de la profession.

Il y a tellement de choses à faire encore dans ce domaine.

L'association française des diététiciennes nutritionnistes milite pour une reconnaissance au niveau national. Un des grands enjeux de ces prochaines années sera de faire évoluer le métier en commençant par agir sur sa source même, c'est à dire la formation initiale.

Non seulement il faut harmoniser cette formation au niveau Européen, mais également la mettre au même niveau que celle des autres professions paramédicales en rejoignant une formation universitaire en trois ans.

Le travail de recherche que j'ai réalisé pendant plusieurs mois, m'invite à explorer le domaine des relations interprofessionnelles et l'intéressant concept de coopération.

Faute de temps, et parce qu'il fallait cibler ma recherche, je regrette de n'avoir pas pu approfondir ce sujet.

Il pourrait donc être l'enjeu d'une nouvelle problématique : « **comment le cadre de santé diététicienne peut elle favoriser la coopération de son équipe transversale avec les équipes de soins ?** »

Bibliographie

Bibliographie

- 1 – AFDN Association Française des Diététiciens Nutritionnistes
<http://www.afdn.org/chiffres.html>
(consulté le 3/10/2014)
- 2 – Centre Hospitalier Universitaire de Dijon <http://www.chu-dijon.fr/page.php?url=menu/rejoignez-le-chu> (consulté le 3/10/2014)
- 3 – Dubar Claude, La crise des identités. L'interprétation d'une mutation, Puf, « le lien social », 2000. 174p.
- 4 – Tochon François, « l'enseignant expert », Paris, Nathan, 1993. 189p.
- 5 - Oldcook http://www.oldcook.com/medieval-livres_dietetique_arabe
(consulté le 4/11/2014)
- 6 – Flandrin Jean Louis, Histoire de l'alimentation, Fayard, 1996, 650p
- 7 – Montanari Massimo, La faim et l'abondance, histoire de l'alimentation en Europe, Seuil, 1998. 325p
- 8 – Poulain Jean Pierre, Manger aujourd'hui : attitudes, normes et pratiques, Privat, 2002. 203 p
- 9 – AFDN Association Française des Diététiciens Nutritionnistes
<http://www.afdn.org/evolution-metier-dieteticien.html> (consulté le 24/11/2014)
- 10 – ION Jacques, Le travail social à l'épreuve du territoire, Paris, Dunod, 1996, 160p
- 11 – Dubar, Tripiet et Boussard, Sociologie des Professions, Armand Colin, 2013, 247p
- 12 – Hughes Everett, Men and their work, Forgotten books, 1981. 112p
- 13 - Brun Jean-Pierre, « La reconnaissance au travail », Les grands dossiers des Sciences Humaines 9/2008 (N°12), p64
- 14 – Lévy-Leboyer Claude, « les vrais ressorts de la motivation », Les grands dossiers des Sciences Humaines 9/2008 (N)12), p50
- 15 – Dejours Christophe, http://www.sciendeshumaines.com/de-la-reconnaissance-a-l-estime-de-soi_fr_38.htm. (consulté le 13/12/2014)
- 16 - Revillot Jean-Marie, « La relation de proximité des cadres de santé : quel

impact sur la santé et la reconnaissance au travail ? », Soins Cadres supplément au n°86, Mai 2013.

17 – Ricoeur Paul, Les paradoxes de l'identité, l'information psychiatrique, 1996 ; 3 201-6

18 – Le Boterf Guy, De la compétence, essai sur un attracteur étrange, Ed organisation, 1995. 113p

19 - Ericsson (A) & (N) Charness « Expert performance : its structure and acquisition » American Psychologist, N°49 – 1994

20 – Didierjean André, l'intelligence de l'expert, « L'essentiel, cerveau et psycho », N°9, Avril 2012

21 - Roqueplo Philippe, Entre savoir et décision, l'expertise scientifique, Éditions INRA, 1997. 112p

22 – Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, 26/07 – 6/08/1982.

23 - Hault Thomas Ford, Dictionary of Modern Sociology, Littlefield Adams, 1969. 408 p

24 – Cuche Denys, la notion de culture dans les sciences sociales, collection repères, 1996. 101p

25 - Dapremont Alexandre. Cultures professionnelles et interdisciplinarité. IFCS de Nancy : IFCS 2013 p22

26 – Sainsaulieu Renaud, l'identité au travail, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 2ème édition 1985. 189p

27 – Dubar Claude, La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles, Armand Colin, 1998. 223p

28 – Berger Pierre, Luckmann Thomas, La construction sociale de la réalité, Paris, Méridiens Klincksieck, 1986. 187p.

29 – Jouet Lepors Michèle,
<http://www.cadredesante.com/spip/profession/recherche/La-theorie-des-representations.html>

30 – Durkheim Emile, Le suicide, rééd PUF, Paris, 1991. 226p

Annexes

Annexe 1

Canevas d'entretien pour Directeur d'établissement, Médecin, Cadre de santé Infirmier, Aide soignants.

1- Attachez-vous de l'importance à la qualité de l'alimentation ?

Relance :

Si oui, pourquoi ? Cela a t'il évolué depuis ces dernières années ? La qualité de l'alimentation a t'elle un coût pour vous ?

Si non, pourquoi ?

2- Que pensez-vous de la qualité des repas servis dans votre établissement ?

Relance :

Qualité ? Goût ? Adaptation aux patients ?

3- Connaissez-vous le métier de diététicienne ?

Relance :

Quel est son rôle dans votre établissement ? Catégorie de personnel ? Effectif du service diététique ? Nom de leur responsable ? Études et parcours ?

Localisation ? Numéro de téléphone ?

4- Êtes-vous en relation avec une diététicienne ?

Relance :

- **si oui**, comment travaillez-vous avec elle ? Quand faites-vous appel à elle ? Simple appel ? Prescription médicale ? Est-elle attachée à votre service ? Est-ce important ? Son bureau est il situé dans le service ? La contactez-vous facilement ? La voyez-vous souvent ? Avez-vous un bon contact avec elle ?
- **Si non**, pour quelles raisons ? Pas de besoin identifié, pas d'organisation ?

5- Quelle place accordez vous à la diététicienne ?

Relance :

- Considérez-vous que la diététicienne fait partie de l'équipe de soins ?
- **si oui**, avez-vous toujours travaillé avec une diététicienne ? Comment s'est faite son intégration à l'équipe ? Participe t'elle aux visites ? Aux transmissions ciblées ? Aux réunions de synthèse ? Aux réunions d'équipe ?

6- Pensez-vous que la diététicienne soit aujourd'hui un soignant important dans la prise en charge des patients ?

- Y a t'il assez de diététiciennes dans votre établissement ? Est elle assez disponible ? En faudrait-il une dans chaque service de soins ?
- **Si non**, comment considérez-vous la diététicienne ? A quel autre professionnel peut-on la comparer ? Pourquoi ?

7- Pour vous, qu'est-ce qu'une bonne diététicienne ? Qu'en attendez-vous ?

Relance :

Qualités requises ? Expertise ? Formation ?

Annexe 2

Canevas d'entretien auprès des diététiciennes

1- Comment êtes-vous devenue diététicienne ?

Relance :

Vocation ? Hasard ? Choix scolaire ?

2- Qu'est-ce qui vous a attirée pour faire ce métier ?

Relance :

Envie de soigner ? D'éduquer les gens ? Aimez-vous votre métier ?

3- Quel a été votre parcours professionnel ?

Relance :

En quelle année avez-vous commencé à travailler ? Où ? Dans quel secteur ?

Dans quel service ?

Avez-vous changé de lieu d'affectation ? Est-ce vous qui avez choisi vos lieux d'affectation ?

4- Quel est l'effectif du service diététique dans votre établissement ?

Relance :

Avez-vous de bonnes relations avec vos collègues ? Votre responsable hiérarchique ? Où est situé votre bureau ?

5- Êtes-vous rattachée à un service de soins en particulier ? A plusieurs ?

Relance :

Cette affectation vous convient-elle ? Qui a décidé de cette affectation ? Y a-t-il une mobilité organisée au sein du service diététique ?

Seriez-vous prête à changer de poste ? Pour quoi ? Pour quelle autre affectation ?

6- Que pensez-vous de l'interdisciplinarité ?

Relance :

Considérez-vous que l'on tienne compte de votre avis dans la prise en charge des patients ? Tracez-vous dans le dossier médical du patient ? Vos actes et vos écrits sont-ils pris en considération par les médecins ? Les autres soignants ?

7- Avez-vous l'impression d'être intégrée dans une équipe de soins ?

Relance :

- **si oui**, comment s'est fait cette intégration ? Y a-t'il eu quelqu'un qui l'avait initiée avant vous ? Depuis quand y a-t'il une diététicienne dans cette équipe ? Quels sont les signes d'une bonne intégration ?
- **Si non**, pourquoi ? Cela vous gêne-t'il ? Que faudrait-il faire pour favoriser votre intégration ?

8 – Depuis votre entrée dans le métier et depuis l'arrivée dans le service où vous êtes actuellement, est-ce que vous considérez que votre place a évolué ?

9 - Quels sont les acteurs qui peuvent influencer sur l'intégration de la diététicienne ?

Relance :

La direction ? Les médecins ? Les cadres de santé ? Le cadre de santé diététique ?

10- Y a-t'il un CLAN dans votre établissement ? En faites-vous partie ?

Relance :

Quelles sont les actions que le CLAN a mis en place ?

Pensez-vous que le CLAN puisse aider les diététiciennes à se faire connaître par les autres professionnels ?

10 – Selon vous que faudrait-il faire pour que les diététiciennes soient mieux connues et reconnues dans les établissements de santé ?

Relance : Communication ? Formation du personnel ? Augmentation du nombre ?

Annexe 3

Préambule :

Bonjour, je fais un travail de recherche pour comprendre quelle est la place des diététiciens dans les établissements de santé et comment elle se fait. Merci d'avoir accepté de répondre à mes questions, m'autorises tu à enregistrer notre conversation pour que ce soit plus facile pour moi de la retranscrire ?

CB Alors, donc, comment es tu devenu diététicien ? Est ce que c'était une vocation , est ce que c'était un hasard, un choix scolaire ?

Diet1 Pas du tout une vocation c'était une réorientation, j'ai choisi moi j'ai fait mon IUT à N. donc il y avait 4 options, j'étais plutôt parti pour faire analyse biologique parce que c'était la bio qui me...et puis au dernier moment, je me suis inscrit, je me suis dit pourquoi pas ? Et puis ensuite mes études se sont très bien passées et puis je pense qu'après j'ai tout de suite été embauché au CHU donc ça a été le CHU qui m'a donné des opportunités et des postes qui me convenaient tout à fait : l'oncologie d'une part et puis les soins palliatifs avec le chef de service qui me proposait de bosser sur une étude c'était bon, voilà...

CB un choix naturel ?

Diet1 ça s'est fait naturellement, des opportunités comme ça et ça s'est poursuivi

CB donc, tu ne regrettes pas ?

Diet1 Non non non

CB ce qui t'a attiré du coup, pour ce métier c'était l'envie de soigner ? L'envie d'éduquer ? C'était quoi ? Finalement c'est quoi qui t'a orienté vers la diététique plutôt que la biologie ?

Diet1 Ben j'ai découvert ce qu'était le métier pendant les études et j'ai eu de la chance que ça puisse me correspondre. J'ai pu avoir des capacités d'empathie et faire en sorte que ça puisse devenir pour moi une pratique et un métier donc ça s'est fait, je me suis découvert au fur et à mesure aussi parce que ce n'était pas du tout...

CB c'était quand même tourné vers les gens il y a un côté soignant en toi ou pas spécialement ?

Diet1 Pas spécialement, je me le suis découvert après ; le contact avec la personne, ça c'était quelque chose. D'autre part c'était la sensation que dans la profession, il y avait beaucoup à faire. Où il y a tout à faire au niveau de la reconnaissance. Il y a vraiment ce travail là qui m'intéresse aussi beaucoup.

CB d'accord.

Diet1 donc j'essaie de prendre part à des activités : la délégation régionale de l'AFDN par exemple, je vais essayer d'aller de l'avant et d'essayer d'apporter des choses, d'unifier... voilà c'est ce qui se dégagait. Et puis la troisième chose c'est que la recherche avance beaucoup il y a des choses à faire au niveau de la recherche et des connaissances aussi.

CB C'est intéressant, du coup, ton parcours ? Tu n'as pas travaillé ailleurs ? Pas d'autre établissement ça a été direct le CHU ? Tu es originaire de la région ou...?

Diet1 non pas du tout : Champagne Ardennes.

CB d'accord. Vers Troyes ou ... ?

Diet1 Chaumont, entre Chaumont et Saint Dizier en fait.

CB Ah oui. Alors c'est depuis quelle année que tu as commencé à travailler au CHU ?

Diet1 Depuis 2007 ça fait 7 ans ½

CB Au début c'était dans quel secteur, dans quels services ?

Diet1 Beaucoup plus de petits temps dans beaucoup plus de services ; j'avais peut-être 5 ou 6, 6 services en fait.

CB C'était bien morcelé !

Diet1 J'ai dû faire preuve aussi... mais ça ne me dérangeait pas parce qu'au final l'activité et la population changeait donc ça me permettait de voir plusieurs pathologies plusieurs pratiques. Au départ, et puis maintenant, ce faisant, avec un peu plus de recul, pouvoir se concentrer et faire des choses un peu plus élaborées dans moins de services, c'est plus intéressant.

CB Donc aujourd'hui, tu n'as plus que combien de services ? Tu me disais 4 services ? L'ORL, la gastro, les soins palliatifs et l'onco ?

Diet1 J'ai 4 services

CB l'effectif du service diététique global c'est ? Vous êtes combien sur le CHU ?

Diet1 C'est une très bonne question. Il y a deux personnes arrivées récemment, deux postes en plus de créés mais en ETP, je n'ai pas du tout le chiffre en tête. Peut être voir avec MNL

CB ton bureau toi, il est ici ?

Diet1 Oui moi je suis ici.

CB d'accord, c'est des bureaux en open-space c'est ça ? Et ça ne te dérange pas ?

Diet1 Euh, on a été pendant les travaux à deux par bureau et les conditions étaient quand même plus optimales, y a pas à dire. Bon j'ai une capacité à me concentrer malgré le bruit, mais c'est quand même, en fin de journée, beaucoup plus compliqué. Surtout quand il y a à lire des choses pour se concentrer c'est quand même... on fait avec mais l'open-space ce n'est pas le format le plus adapté je pense. Même si il y a des choses d'équipe qui se passent, bon on s'est rendus compte qu'on était dans nos bureaux, qu'on était dans un service et que ça n'entravait pas du tout la communication, on se déplace et je pense que...

CB après je pense que c'est un choix stratégique d'encadrement, vous êtes les seuls dans la région...

Diet1 à être en open-space comme ça ?

CB oh oui sur D, elle sont vraiment très réparties au niveau géographique.

Diet1 Ah oui, il n'y a pas de lieu commun c'est ça ?

CB du tout.

Diet1 l'idéal serait un lieu commun séparé avec des petits bureaux. Nous sommes donc les deux extrêmes...

CB Ton affectation actuelle te convient elle ? Qui en a décidé ? **Diet1** Eh bien au départ quand je suis arrivé il y avait deux postes. Donc il y avait, j'ai été recruté en fonction du profil recherché en fonction des postes mais c'est ce qui

m'a tout de suite convenu en fait avec l'oncologie et puis le côté recherche et puis en fait ça s'est affiné, on en a discuté de savoir quel service je voulais...

CB donc tu en as discuté avec MNL ?

Diet1 oui oui c'était un consensus.

CB d'accord.

Diet1 chacun s'y retrouve.

CB il y a une mobilité qui est organisée au sein du service diététique ici ? Vous changez régulièrement ?

Diet1 non non non

CB ce n'est pas prévu ?

Diet1 on a nos spécialités et je pense ce qui fait la force des choses c'est qu'on est très spécialisés. On a une équipe de diabéto spécialisée du comportement alimentaire avec des formations spécifiques qui sont longues aussi, en éducation thérapeutique... Et puis d'autres personnes sont spécialisées en fonction de la spécialité médicale, qui traitent de nutrition artificielle par exemple. Parce que la force c'est le travail d'équipe et on consulte la personne dans le domaine où on n'est pas spécialisé. Mais il y a un vrai travail d'équipe comme ça, on se demande des avis en fait.

CB Alors c'est une force d'un côté, ça peut engendrer une lassitude d'autre part ? Quand on a fait 5 à 10 ans la même spécialité peut-être qu'on a envie d'aller voir ailleurs ?

Diet1 Après tout dépend les opportunités de formation offertes par

l'établissement. Moi je sais, je pense qu'on a la chance d'être dans un CHU et du coup, il y a un grand choix de formations. On a la chance d'approfondir nos connaissances, ce qui a pour effet d'approfondir et de diversifier et d'améliorer notre pratique clinique quotidienne quoi. Moi j'ai fait un DU ça a complètement changé ma façon de voir les choses...

CB Un DU de quoi ?

Diet1 De nutrition artificielle. Et ma pratique a été ensuite, j'ai pu aller plus loin et ça m'a amené une autre approche par rapport au patient, par rapport à la réflexion médicale, réflexion commune qu'on peut avoir avec les médecins à propos de patient. C'est ça, moi j'essaie d'aller toujours plus loin c'est comme ça que je vois un peu mes missions, les choses... Je ne me vois pas rester...

CB statique ?

Diet1 statique mais ça ce sont des choses qui me sont personnelles.

CB Après, il y a peut être des choses qui t'intéresseront plus tard, je ne sais pas moi, peut être la pédiatrie ou des choses complètement différentes ?

Diet1 Peut être ça je ne peux pas dire du tout c'est sûr...

CB Donc plus tard, est-ce que changer de poste c'est quelque chose que tu envisages ?

Diet1 Tout est possible, il y a d'autres horizons, on mûrit je pense qu'il y a plein de trucs.

CB Que penses tu de l'interdisciplinarité ?

Diet1 Essentielle. Surtout dans un CHU je pense. Nous elle fait partie de notre

quotidien, on est transversal donc on travaille avec l'aide-soignante, on travaille avec le psychologue, avec les médecins, on travaille avec tout le monde et c'est vrai qu'on ne peut pas se passer de l'avis des professionnels de santé qui entourent le patient aussi quoi. On gravite au même titre qu'eux autour du patient.

CB Et pour autant, est-ce que tu considères qu'on tienne compte de ton avis dans la prise en charge des patients ? Globalement dans les services où tu es ?

Diet1 Moi j'ai plutôt le sentiment que oui, en tous cas, je travaille pour. C'est à dire que si je pars de ce postulat là : moi j'essaie de donner un avis de qualité, argumenté, raisonné, basé sur un bilan, un diagnostic. S'il vous intéresse eh bien on le partage ; si ça vous intéresse pas eh bien moi je ne participe pas et on n'en parle plus. Je concentrerai mon temps ailleurs. Donc si vous avez un besoin, j'y répond volontiers et il y a moyen de faire des choses très intéressantes si ça intéresse pas, je ne vais pas plus loin quoi, je ne vais pas m'épuiser...

CB tu ne vas pas te battre contre des moulins à vent ?

Diet1 après, ce n'est pas non plus parce qu'ils ne m'entendent pas que je vais aller dire... je ne baisse pas les bras pour autant c'est que ... j'essaie d'attirer l'attention aussi. Quand je vois un bilan catastrophique je ne peux pas laisser les choses telle qu'elles parce que le médecin s'en fiche, je vais quand même alerter. Ensuite je vais passer aussi l'alerte...

CB alors tu alertes le médecin ou tu alertes aussi les infirmières, tu alertes qui dans ces cas là ?

Diet1 je pense que s'il y a un bilan, je le discute en premier lieu avec le médecin parce que moi je vois la situation par rapport à mon filtre, un filtre

diététicien. L'objectif est de faire la synthèse avec le médecin, avec sa vision globale en fait et puis on peut discuter d'une prise en charge ou on discute de la prise en charge, il la valide et ensuite moi je fais mon boulot, je fais redescendre ça à l'infirmière, à l'aide-soignante, ce qu'il en relève : il y aura une nutrition artificielle, c'est validé, il y aura des compléments oraux voici lesquels et puis j'en parle à l'infirmière et à l'aide-soignante.

CB d'accord.

Diet1 Mais si j'attends de faire remonter mon bilan à l'infirmière s'il y a des retranscriptions, il y a des choses qui vont se perdre, qui vont se modifier, elle va pas forcément en parler ou beaucoup plus tard, différé dans le temps et c'est la catastrophe. Nous, chez nous il y a un avis médical, il y a une demande de consultation médicale qui est demandée, qui est faxée à nos services, on y répond de façon argumentée et on le discute avec le médecin, autant faire simple.

CB c'est directement le médecin ton interlocuteur ?

Diet1 après ça ne veut pas dire que notre bilan...

CB que ce n'est qu'avec lui, oui j'ai bien compris. Donc vos actes et vos écrits sont pris en considération par les médecins et les autres soignants. Est ce que vous avez un dossier informatisé ?

Diet1 il y a un plan de soin informatisé maintenant qui se généralise, là on arrive plutôt à la fin, donc j'essaie de tracer dessus et puis j'essaie autant que possible quand c'est des patients qui vont de toute façon revenir par exemple, en cancérologie. Quand il y a un bilan, je fais des bilans initiaux, ça c'est l'objectif en cancérologie de prendre en charge le plus tôt possible le patient atteint d'un cancer et on trace ces dossiers et nos compte-rendus dans le dossier médical informatisé par contre voilà, pour qu'il y ait une visibilité totale

et pour qu'en sorte, quand le patient revient, nos collègues puissent avoir directement accès au dossier médical informatisé. Alors que le plan de soin c'est quand le patient est là et c'est un peu perdu quand le patient est sorti, c'est plus lié à un séjour hospitalier.

CB donc vous n'avez pas spécialement de dossier diététique mais vous écrivez dans le dossier médical informatisé c'est ça ?

Diet1 Exactement Il y a les compte-rendus médicaux lors d'un séjour et nous on a un compte-rendu, un bilan nutritionnel ou un suivi d'alimentations artificielle enfin voilà en fonction de l'objet et qui sera visible tout le temps par toutes les personnes qui y ont accès.

CB Alors, est-ce que tu as l'impression d'être intégré dans une équipe de soin ? Dans l'un de tes services, est-ce que vraiment il y a un endroit où ça te paraît naturel quand tu y vas ? Cette impression de faire partie de l'équipe ou pas ?

Diet1 En soin palliatif c'est plus pour le côté recherche donc j'interviens plus ponctuellement, on me reçoit en staff éthique et je discute de situations complexes avec l'équipe mais c'est plus ponctuel, en oncologie, c'est de l'ambulatoire donc c'est difficile de créer des liens. Mais ORL et gastro c'est des vrais services conventionnels en plus j'y ai du temps donc là c'est vraiment l'équipe. C'est des collègues au même titre que mes collègues ici sur l'équipe diététique. On a vraiment une très bonne entente donc pour moi c'est important.

CB donc tu as cette sensation de faire partie de ces deux équipes là, qu'ils pensent à toi aussi bien qu'à un de leur collègue infirmier ?

Diet1 oui il y a aussi l'aspect festif.

CB d'accord , donc quels sont les signes de cette intégration selon toi ?

Diet1 Eh bien ça peut se traduire par l'accueil, par la réalisation aussi des actions qui ont été décidées. C'est à dire je sais pas : chez ce monsieur là on va mettre en place ça ça ça et je pense que pour que ça se passe bien il faut une bonne relation entre heu... la personne n'aura pas forcément envie de faire si la relation n'est pas bonne, exactement. Ça je pense que c'est un signe.

CB dans le suivi alors, de tes actions ?

Diet1 ouais et puis si, comment dire, si l'action a bien été mise en place si ce n'est pas marginalisé, voilà... et ensuite je participe, il y a souvent des cafés, des choses, on prévoit des choses aussi à notre tour, bon, on participe aussi à la vie du service quoi.

CB OK. Est-ce que tu participes aux visites, est-ce que tu participes aux relèves ?

Diet1 je participe aux relèves infirmières pas systématiquement mais quand j'ai un flux de patient important dans un service comme en gastro, je participe aux relèves et là, je vais arriver à avoir des infos. C'est le lieu où je vais avoir le plus rapidement des infos, bon après je vais les mettre en ordre parce que c'est un lieu de relève avec toutes les pertes de transcriptions, de contre transcriptions mais ça c'est plutôt utile en général.

CB et les visites non ?

Diet1 les visites non parce que pfffou sûrement par manque de temps je pense, je n'ai que 20 % dans chaque service quoi. Donc le temps de voir les patients, d'écrire un peu dans le dossier informatisé, d'en discuter avec le médecin voilà. Quand j'ai un patient, il font appel à moi avec un bon de consultation et je vais voir le médecin par rapport à ce patient là.

CB c'est ponctuel.

Diet1 Et puis quand je vais le voir, s'il a des choses à me dire à propos d'un autre patient, on va en parler à ce moment là, et puis il n'hésitera pas à me téléphoner...

CB il y a un interlocuteur médical dans chaque service ou il y en a plusieurs ?

Diet1 plusieurs, il y a plusieurs internes plus la chef clinique aussi, avec qui on peut avoir des relations privilégiées et puis ensuite il y a les PH mais voilà ça dépend qui s'occupe de...

CB du patient ?

Diet1 je prends le référent médical du patient qui est là.

CB OK Depuis ton entrée dans le métier et depuis l'arrivée dans le service où tu es actuellement, est-ce que tu considères que ta place a évolué ? Est-ce qu'aujourd'hui tu te sens un peu plus à l'aise, est ce que tu as l'impression d'être mieux reconnu ?

Diet1 Oui ben forcément au début c'est compliqué ; j'étais en cancérologie donc faire face à un patient cancéreux avec la formation qu'on connaît très courte, c'était plutôt compliqué... mais je trouve que c'est les formations qui m'ont beaucoup aidé dans la relation avec le patient, on est beaucoup plus à l'aise quand on a un socle de connaissances plus solide et puis ensuite, mon rôle a évolué en fonction des formations que j'ai faites aussi parce que discuter de nutrition artificielle ou d'indications avec un médecin qui nous questionne à ce sujet là, forcément il faut connaître le sujet pour pouvoir en discuter. Donc je pense que ma place s'est faite aussi.

CB par ton expertise ?

Diet1 ouais et puis mon expertise a évolué et ma place aussi a évoluée. Il faut montrer à un médecin qui n'y connaît pas grand chose, nous on a la chance ici d'avoir des médecins assez humbles qui reconnaissent ne pas savoir... Ils ne savent pas donc ils nous demandent et voilà donc si on prouve qu'on est capable de répondre et d'argumenter, je pense qu'il y a une confiance qui s'installe. Et c'est une vraie confiance car les protocoles de nutrition artificielle ils sont validés par confiance quoi, ils n'y connaissent rien.

CB ça c'est pareil, c'est à part de l'entretien mais ce sera drôlement bien le jour où ce sera nous qui prescrirons...

Diet1 j'espère, c'est là où il y a tout à faire au niveau de notre profession c'est ça qui m'intéresse aussi : d'aider à œuvrer pour qu'il y ait une reconnaissance et qui passe par la refonte des études on y revient...

CB sans aller jusqu'à la refonte des études mais il y a des établissements où ils arrivent au niveau CME, au niveau des instances, à faire un accord, dans les contrats de coopération avec les médecins et il y a des endroits où ça marche très bien...

Diet1 ce sont des projets qui sont intéressants.

CB mais bon, ça demande de l'humilité de la part des médecins et ce n'est pas toujours facile...

Diet1 (rires) Ici, c'est un petit CHU et il y a l'esprit local. Parce qu'avec des collègues on s'est dit que ça paraît beaucoup plus facile que dans les lieux où on étaient en stage à Paris et N. où finalement l'échange avec le médecin on sentait que c'était une relation haute/basse alors qu'ici, il y a de l'écoute c'est très dépendant en fonction des établissements, des localisations....

CB c'est très très médecin dépendant mine de rien.

Diet1 oui

CB Alors quels sont les acteurs qui peuvent (on en parlait) influencer sur l'intégration de la diététicienne ou du diététicien ?

Diet1 les acteurs qui peuvent aider à nous intégrer ? Le cadre de santé du service référent je pense...

CB le cadre de santé du service diététique ou du service où tu intervies ?

Diet1 le cadre de santé du service dans lequel j'intervies, je pense qu'une bonne relation avec le cadre ça ne peut que favoriser. Bon le cadre du service diététique aussi parce que je pense qu'il va aider à l'intégration de son collègue diététicien. Ensuite je pense que vouloir s'intégrer c'est très diététicien dépendant aussi quoi, c'est une histoire de personnalité, c'est une histoire de connaissances pour être à l'aise c'est une histoire, enfin, je crois qu'il y a beaucoup de charges qui pèsent sur la personne même quoi, je pense. Et je pense que les diététiciens qui sont passés et qui ont eu des problèmes d'intégration, et qui ne sont pas restés au final, c'était des personnes avec une personnalité très singulière c'est le sentiment qui me vient comme ça.

CB tu en as rencontré ?

Diet1 oui oh oui, je pense qu'il y a des personnes qui choisissent le métier parce que les études sont courtes et on a le diplôme puis ben on se confronte aux choses et puis, bon il y a d'autres domaines que la clinique et l'hôpital. Ce n'était peut-être pas des domaines qui correspondaient à ces personnes là aussi, elle s'épanouiront peut-être dans d'autres secteurs, c'est ça qui est aussi intéressant chez nous, il y a beaucoup de secteurs d'activité.

CB Les médecins, les directeurs, tu penses que ça peut avoir un lien avec la faculté d'être intégrés ou non dans les équipes ?

Diet1 Le médecin déjà, je pense que oui parce que c'est lui qui va aussi accueillir et comme il accueille nos avis et notre expertise et c'est lui qui fait les prescriptions voilà il va nous solliciter donc je pense que le médecin est vraiment central. Je pense que la vision qu'a le médecin de nous est complètement biaisée et basée sur des représentations. A l'hôpital on a tous des représentations, nous c'est la pomme ou la balance, l'infirmière c'est la piquûre j'ai une collègue qui travaille là dessus et qui fait des formations c'est assez drôle. Je pense que le médecin, c'est pareil, il a des représentations de nous qui est complètement différente de la position qu'on peut prendre dans un secteur de soin qui est vraiment une activité clinique avec un bilan, un diagnostic, une proposition de conduite à tenir à discuter avec lui...

CB une démarche scientifique qu'il ne s'imagine pas forcément...

Diet1 voilà, exactement, il faut lui présenter notre manière de faire, d'une manière rigoureuse pour qu'il dise ah ben oui, il travaille comme ça c'est rigoureux, on peut en tenir compte ça se discute, c'est une démarche scientifique, moi je pense que c'est comme ça que j'ai un peu basé ma pratique, j'ai compris très vite qu'il fallait qu'on parle le même langage. Si on veut faire écho aux médecins, je pense qu'il faut parler : voilà y a ça parce qu'il y a tel élément, voilà il faut qu'il y ait un raisonnement scientifique basé sur des faits et sur des données objectifs, il faut qu'on parle...

CB oui, c'est une histoire de langage. Du coup, il y un CLAN dans votre établissement ? Est-ce que tu en fais partie ?

Diet1 Non, je n'en fais pas partie, c'est une autre collègue avec MNL.

CB D'accord, et c'est quoi les actions que le CLAN met en place ?

Diet1 Eh bien c'est ce projet de dépistage qui l'a occupé pas mal de temps parce que c'est passé par une phase de construction de projet, une phase test et puis là on arrive dans une phase active au premier mars. Ça ça a été chapeauté par le CLAN. Euh et puis, moi là je co-dirige une thèse de pharmacie que j'ai voulu orienté sur la nutrition parentérale histoire de faire un état des lieux en fait, et ça va être aussi en collaboration avec le président du CLAN va nous aider à réaliser cette étude là aussi.

CB un état des lieux sur la nutrition parentérale au CHU ?

Diet1 Exactement.

CB Versus la nutrition entérale ?

Diet1 Non pour l'instant c'est parentérale : combien de prescriptions, est ce qu'il y a l'indication, est ce que l'indication est respectée, est-ce qu'au niveau de la prescription, elle est conforme aux recommandations ? Les vitamines, les oligoéléments, la charge en lipides, histoire d'évaluer les pratiques de la nutrition parentérale.

CB d'accord.

Diet1 avec un questionnaire à destination des médecins pour évaluer leur perception du support en fait, pour essayer de trouver, le but c'est, on sait que c'est beaucoup prescrit la parentérale et on se bat contre ça donc il faut savoir déjà contre quoi on se bat et essayer de trouver des actions. L'objectif c'est de trouver des leviers d'amélioration, un guide pour aider le médecin dans sa prescription et puis faire évoluer les pratiques au final.

CB Intéressant. OK donc tu penses que le CLAN peut aider les diététiciennes à se faire connaître par les autres professionnels ou pas ?

Diet1 Oui parce que dans le CLAN il y a plusieurs euh, il y a des médecins donc forcément ça permet de diffuser un peu toute la notion nutrition à l'hôpital et je crois que ça ça aide. Et puis ensuite comme là le président du CLAN, il est moteur pour un projet dans lequel les diététiciens peuvent s'investir par exemple ce projet d'état des lieux. Et puis ensuite il peut mettre en route des formations c'est central oui effectivement.

CB Et selon toi qu'est-ce qu'il faudrait faire pour que les diététiciens soient mieux connus et reconnus dans un établissement de santé ?

Diet1 je pense qu'il faut laisser l'initiative d'exercer c'est à dire que dans un service de neurologie où on n'a que 5 % c'est impossible qu'on soit reconnus parce qu'on n'a pas de temps pour être présents dans le service et faire des choses. Donc la reconnaissance passe par notre pratique et la rigueur de notre pratique et la validité de cette pratique là. Donc si on n'a pas le temps, la reconnaissance c'est impossible.

CB c'est sûr que 5% ça ne paraît pas grand chose...mais c'est significatif ça veut dire que le service n'a pas envie de développer des relations avec le diététicien soit par méconnaissance soit qu'il y a d'autres priorités... et est-ce que tu penses que la formation du personnel ça pourrait jouer ? Vous en faites de la formation auprès des soignants ?

Diet1 Oui oui bien sûr parce que elle a déjà lieu : il y a des formations organisées par le CLAN donc il y a deux sessions par année où on forme les aide-soignantes par exemple donc je pense que oui, ça participe à développer notre champ, notre position quoi. On fait aussi beaucoup de formations par le réseau de cancérologie où on intervient il y a des sessions de formations d'un côté pour aider les aide-soignantes d'un côté pour aider les infirmières spécialisées qui travaillent dans les services d'oncologie où là aussi, on participe et on fait des topos. Donc on participe à élargir un peu le champ des

connaissances des personnels et l'objectif c'est de leur faire saisir toute l'importance de la nutrition en cancérologie qui est devenue on le sait pronostic. On essaie de les étonner par rapport à ça et de créer un questionnement pour qu'elles puissent se dire que ça a du sens de peser le patient et ce n'est pas que pour nous emmerder avec sa balance parce que c'est ça : si on n'explique pas moi, je me met tout à fait à la place des personnes à qui on dit il faut peser, il faut peser, si on n'explique pas le but : on pèse pour évaluer la nutrition entérale de Mr machin, pour un sevrage... Si on dit à une aide-soignante il faut peser eh bien oui, c'est rébarbatif, c'est chiant, il faut expliquer le sens...

CB d'où l'intérêt de donner du sens oui...

Diet1 les intégrer à la prise en charge nutritionnelle il faut qu'elles se sentent... donc oui la formation c'est essentiel.

CB On est allés au bout de mes questions donc je te remercie.

Annexe 4

Entretien avec le Docteur CK le 10/02/2015

CB : mon travail de recherche porte sur la place de la diététicienne en établissement de santé et sur la collaboration avec les autres professionnels dans ces établissements.

CK : je pense qu'on aurait pu vous donner...

CB : tous les noms ? (rires)

CK : les noms de médecins d'une part, on aurait pu vous donner tous les paramédicaux. Je pense qu'on aurait tous pu vous dire qu'on collaborait tous parce que chacun à notre niveau, on collabore, c'est vrai que, y compris les aides soignantes puisque c'est elles qui sont chargées de relayer pour la dénutrition c'est un petit peu un rôle qu'on leur avait attribué. Donc, voilà, je pense que dans notre service vous auriez pu demander (rires) un peu partout.

CB : c'est un peu facile, je me suis dit je ne vais pas prendre qu'un service, parce que justement il faut...

CK : non, je pense qu'il faut varier

CB : il faut essayer de voir euh...

CK : oui, et puis chez nous du coup c'est très biaisé

CB : voilà, parce que c'est pareil sur Dijon, la diabéto ça mange une bonne partie de l'effectif diététique

CK : oui oui oui c'est la base, enfin c'est la base, une partie...

CB : ça fait partie des grandes missions bien sûr donc c'est pour ça que j'ai essayé d'élargir un peu mon champ de vision pour aussi avoir des endroits où finalement... Je discutais, j'étais assez étonnée avec l'aide-soignante de neurologie qui ne voyait pas du tout l'intérêt d'une diététicienne dans un service de neurologie quand on sait qu'il y a (rires) euh tous les problèmes cardio-vasculaires... mais bon, ça fait aussi partie du jeu...

CK : mais oui c'est pour ça que c'est bien justement de voir large...

CB : alors, le canevas d'entretien est assez court, il est assez généraliste au

début... donc du coup : attachez vous de l'importance vous-même à la qualité de l'alimentation ?

CK : euh, oui. A la qualité, je ne sais pas parce que nous sommes maintenant dans le service sur une approche plus comportementale que qualitative je crois que voilà, la qualité, très globalement mais oui, on fait attention à l'alimentation dans nos pathologies.

CB : D'accord, et est-ce que vous pensez justement que la qualité globalement de l'alimentation a évolué depuis ces dernières années ? Est-ce qu'on y fait plus attention ? Est-ce qu'on y apporte plus d'intérêt ?

CK : alors, je pense que oui, je pense qu'on y apporte presque trop d'intérêt et qu'on a des messages qui changent tellement d'année en année que les patients sont perdus. Du coup, c'est pas facile de discuter avec les patients parce qu'ils sont noyés sous des tonnes d'informations.

CB : trop d'information ?

CK : moi c'est l'impression que ça me donne, on n'a presque plus des patients naïfs un petit peu, ils sont tous à chercher, à faire 5 fruits 5 légumes par jour...

CB : le fameux message du PNNS

CK : voilà ou l'huile d'olive c'est super du coup, on en prend 3 litres... enfin, je trouve qu'il y a eu tellement de messages... plus tous les messages de qualité bio... enfin je trouve que...voilà, trop de messages tuent le message y compris chez les enfants où des gamins qui n'ont pas de soucis particulier ont aussi en tête : 5 fruits 5 légumes, pas de sel pas de sucre, enfin voilà...

CB : ça ce sont les petits messages du PNNS qui passent à la télé dans les...

CK : donc je trouve presque qu'il y a trop, qu'on est presque un peu noyés sous tous les messages.

CB : et que pensez-vous de la qualité des repas servis dans votre établissement ?

CK : (rires) Alors, je pense que déjà, la forme, le fait que ce soit..

CB : la présentation en barquette ?

CK : la présentation est vraiment peu attirante. Je pense que pour des gens qui ont faim, je dirais qu'il n'y a pas de soucis ; je pense aux personnes âgées, les gens dénutris, là...il y a du travail à faire.

CB : c'est sûr...

CK : après, la qualité, c'est de la cuisine de grande quantité, c'est quand même peu attirant je dois dire...

CB Et au niveau du goût, est-ce que vous l'avez déjà goûtée ?

CK On mange la même chose au self, il me semble que c'est un petit peu mieux qu'auparavant, je crois qu'il y a quand même un effort de diversification. Après, on peut pas dire que ce soit très très... alléchant et puis quand on ouvre des barquettes ça sent franchement le plastique, ça c'est (grimace)...

CB Oui j'en avais discuté avec Monsieur Beaulieu, et ça semble être un problème.

CK Oui, je pense que dans les questionnaires de sortie des patients, l'alimentation revient souvent en point à améliorer on va dire...

CB Au niveau de la présentation...

CK Du goût aussi !

CB Il y aurait eu des essais de services à l'assiette qui ont été faits dans les services et qui n'ont pas été concluants parce que ça jouait trop sur l'organisation du personnel.

CK Mmmmh je vous avoue que je n'ai pas forcément de solution mais je trouve que dans le couloir quand on sent ce goût et qu'on ouvre ces barquettes (grimace), ce n'est pas très engageant.

CB Alors, connaissez vous le métier de diététicienne ?

CK Rire Je crois oui, oui oui plutôt bien.

CB Quel est son rôle dans votre établissement ?

CK Nous, dans notre établissement elle a un vrai rôle à part entière parce que dans le diabète de type 1 elles font quasiment...on fait l'insulinothérapie fonctionnelle donc elles savent compter les glucides, elles savent trouver la quantité d'insuline pour les glucides, donc c'est vraiment un pivot. Dans le diabète de type 2 on a un petit peu changé notre façon de voir les choses donc elle travaille plus sur le comportement alimentaire avec la méthode du GROS, elles sont quasiment toutes formées. On est sur cette approche un petit peu différente et comportementale. Pas que hein, parce qu'on a aussi de temps en temps des patients naïfs où on voit que c'est que du gras ou qu'en quantité

c'est... mais voilà, on essaie de travailler un peu sur les deux fronts, de ne pas être trop restrictif, de ne pas être dans un schéma...

CB « Il faut, il ne faut pas ? »

CK Voilà. Sinon, moi je fais une toute petite part de maladies métaboliques donc là c'est elles qui gèrent toutes les ordonnances qui partent à Paris et qui font le lien avec le patient tous les mois ou tous les deux mois.

CB Maladies métaboliques de l'enfant ?

CK Maladies métaboliques chez l'adulte. Donc on n'en a pas énormément : on a une petite file de 7 ou 8 patients mais quand il y a les ordonnances à refaire tous les mois, c'est des milieux sociaux un peu particuliers donc là elles sont là aussi. Et puis elles travaillent aussi dans le service sur la dénutrition et les plaies de pieds. Donc elles sont vraiment très très présentes : elles sont là à la visite, elles sont là, nous en hôpital de jour, il y en a quasiment une qui est là en permanence.

Donc voilà, dans les rôles nous, c'est vraiment un vrai pivot.

CB Est ce que vous connaissez l'effectif du service diététique au total ?

CK De l'hôpital ? Non. Je crois qu'on en a 3 et demi ? Attachées au service.

CB Le nom de leur responsable ?

CK Vous me l'avez dit hier... mais je suis très mauvaise en noms... je la vois, c'est Madame euh...

CB C'est Madame L

CK Oui c'est ça, Madame L !

CB Vous n'avez pas à faire spécialement à elle ?

CK Euh, non très rarement en fait. Parce que nos diététiciennes elles sont bien autonomes et c'est rare qu'on ait directement à faire à leur cadre.

CB Donc vous me disiez qu'il y a plusieurs diététiciennes rattachées à votre service, est-ce qu'elles ont un bureau dans le service ?

CK Non elles ont un bureau commun au service diététique avec les autres diététiciennes. Et puis il y a aussi Madame K qui fait partie de notre service et qui a une partie de son temps, la moitié, qui est détaché sur l'UTEP (unité transversale d'éducation thérapeutique). Donc Christine, on la voit un petit peu moins dans le service parce qu'elle est à l'UTEP. Elle a un rôle de coordination

en éducation thérapeutique sur l'hôpital.

CB Donc vous m'avez dit que les diététiciennes participent aux visites, aux transmissions ciblées ? Aux réunions de synthèse ? Aux réunions d'équipe ?

CK Oui, tout ça et elles communiquent à la SFD, elles font des communications avec nous, elles participent aussi au diabète gestationnel.

CB D'accord, elles font des consultations en diabète gestationnel ?

CK Alors, la première fois, le patient est vu en équipe pluridisciplinaire mais parfois c'est elles le premier interlocuteur et le suivi se fait par elles après par le journal alimentaire et les glycémies et si elle se rend compte qu'il y a un soucis, elle consulte le même jour qu'un des médecins qui fait le diabète gestationnel et si elle pense qu'il y a besoin d'insuline elle lui en parle.

CB D'accord.

CK Mais il y a des patients qui ne vont être suivis que par la diététicienne en diabète gestationnel.

CB Donc vous faites beaucoup de consultations externes ?

CK Oui. En diabète gestationnel quasiment exclusivement, on les voit en ambulatoire.

CB Est ce que vous considérez du coup, que la diététicienne fait partie de l'équipe de soin ?

CK Ah, oui totalement! Je pense que si vous aviez interviewé l'aide-soignante, l'infirmière, elles vous auraient dit la même chose. On s'appuie vraiment beaucoup sur les diètes, en tous cas voilà, dans le diabète il y a l'alimentation, l'activité physique, il y a le traitement donc tout est important.

Alors après, si on voit que le patient n'a pas besoin de la diététicienne, on fait beaucoup de travail à la carte donc s'il n'est pas demandeur, si ça l'intéresse pas ce jour là, on va pas forcer...

CB Oui, ils ne sont quand même pas tous vus par la diététicienne ?

CK Non. Si on les voit et qu'il n'y a pas de demande, que la petite exploration qu'on fait un petit peu au niveau de l'alimentation, on se rend compte que ces des gens qui mangent... qui n'ont pas de problème ni de comportement... qu'on voit la conjointe à côté qui est filiforme, on se dit qu'il doit y avoir... mais c'est vrai que c'est très ciblé, y a pas forcément la diététicienne mais quand on en a

besoin, on l'a.

CB Et du coup, elle est assez disponible ?

CK Oui.

CB Vous avez assez de temps diététique ?

CK On lutte avec la direction parce qu'on avait récupéré des temps qui sont payés par des associations après la direction trouve qu'on en a beaucoup et ils nous les embarqueraient bien ailleurs donc... on est vigilants en tous cas pour garder nos postes et pour ne pas se faire grignoter parce qu'elles sont des fois sur deux services. Les services de chirurgie ont tendance à nous les piquer (rires) à faire moins de choses que nous... Nous on a tendance... ben si il n'y a pas la diététicienne ben on va faire un petit peu... Eux c'est sûr, s'ils ont une nutrition parentérale forcément entre guillemets ça va être l'urgence du moment quoi.

CB Vous considérez qu'il y a assez de diététicienne dans l'établissement ou qu'il en faudrait plus ?

CK Dans l'établissement honnêtement, je peux pas vous dire. Je pense qu'au total il en faudrait un petit peu plus. Je crois que c'est dur quand même et qu'elles ont du boulot et puis je crois qu'on a proposé des réductions de postes...

CB Pour vous qu'est ce qu'une bonne diététicienne ?

CK C'est une diététicienne qui est à l'écoute du patient, qui va être centrée sur ses attentes à lui et pas sur un programme imposé. Elle va travailler en fonction de sa manière de manger et pas que de ce qu'il y a dans son assiette, ça ça en fait partie et j'aurais tendance à dire qui ne va pas entraîner du coup des comportements de déviance à cause de tous les régimes, les interdits.

CB D'accord, donc du coup, elle doit être à l'écoute de son patient, s'adapter à lui...

CK et qu'il y ait un retour après sur l'équipe soignante pour qu'on sache où on en est tous...

CB Donc une collaboration avec l'équipe soignante

CK donc une collaboration avec l'équipe soignante, c'est vrai que chez nous, elles tracent beaucoup.

CB C'est l'objet de ma question suivante (rires)

CK Eh ben voilà, il y a un bon retour, on a un dossier d'éducation papier dans lequel on intervient tous. Par contre quand elles les voient en ambulatoire, en consultations externes, elles tracent dans Axigate qui est notre logiciel.

CB Donc vous avez accès à tout ce qu'elles écrivent. Moi je suis en Hôpital de jour donc pour faire ma synthèse je lis ce qu'elles ont noté, parfois on se croise et elles me disent directement leurs avis sur le patient. Parfois j'ai eu l'impression que le patient avait envie de voir la diététicienne et puis elles reviennent et me disent « ben non, finalement c'est pas sa préoccupation pour l'instant, on a quand même parlé de ça et ça, ça l'interpelle mais pour l'instant il ne veut pas aller plus loin » On travaille vraiment beaucoup ensemble.

CB Et en dehors de la diabéto, pensez-vous que la diététicienne a également un intérêt ?

CK Oui elle a son rôle également en ville mais le problème c'est que pour le moment les consultations ne sont pas remboursées... mais en ville l'impression que ça me donne c'est qu'elles travaillent un peu plus toute seules et qu'il n'y a pas forcément de relation avec le généraliste quand elles sont en free-lance, c'est plus compliqué... Je pense qu'elle a également un rôle important dans tout ce qui est maison de retraite, maison de convalescence tout ça... mais bon, pareil, on ne fait peut être pas assez appel à elle ; pas juste pour faire les menus quoi.

CB Souvent, on ne connaît pas leur rôle vraiment, c'est des représentations

CK Ouais et puis dans des services on a l'impression, je vois qu'en néphrologie par exemple pour ne citer qu'eux, le patient fait systématiquement des registres alimentaires, il y a un calcul de calories tout ça mais du coup, la diète elle ne rencontre même pas le patient ou très peu, et du coup on se dit que c'est dommage quoi de faire tout ça...

CB C'est pour le plaisir d'avoir un chiffre sur un dossier ?

CK Oui, c'est un petit peu ça. Donc je me dis y a peut être des fois des mauvaises utilisations... Nous c'est des patients qu'après on a des fois en commun donc moi je vois bien et je me dis c'est dommage ce temps pris...

CB C'est dans la mise en commun avec le service de néphro où il y a une

diététicienne qui s'occupe plus particulièrement de la néphro ?

CK Ouais, mais, pffff, je trouve que les patients sont perdus... Alors c'est peut être parce que c'est compliqué, en tous cas ça m'apparaît compliqué par ce que m'en disent les patients. Donc on devrait pouvoir faire plus simple.

CB Oui, je pense qu'un message pour qu'il passe, il faut forcément qu'il soit clair...

CK Et puis qu'il soit expliqué...

CB Et qu'il soit explicite donc en néphro, même la restriction hydrique ça peut s'expliquer

CK Et même le potassium, enfin bon, on a vraiment l'impression que c'est compliqué selon les patients. Après, il faut aussi que l'équipe médicale laisse la place à la diététicienne et lui fasse confiance hein, ça ne va pas de soi

CB On s'aperçoit quand même, qu'on est souvent tributaires de l'intérêt que le médecin porte à la nutrition. J'ai bossé en chirurgie et ils n'ont que peu d'intérêt pour la nutrition...

CK Si ils en ont quand le patient n'est pas alimenté, alors là, ils se disent houla...

CB Ou quand il cicatrise mal... bon ça a peut être changé.

CK C'est pour ça, là effectivement vous venez en diabéto donc c'est bien parce que c'est la vision positive et c'est tant mieux hein...

CB Oui voilà mais je sais qu'il existe d'autres façons de voir les choses, la chirurgie c'est un exemple, la néphro ça peut être un exemple... Je suis passée de la chirurgie à la gériatrie et vraiment c'était le jour et la nuit : d'un côté on est très sectorisé, c'est à nous de faire notre place, il y a des médecins qui ont des spécialités comme ça qui sont des techniciens qui n'ont pas cette vision plus globale que vous pouvez avoir en endocrino ou qu'ont les gériatres et même les pédiatres.

CK Oui nous on est une équipe qui a été formée par Monsieur P qui a mis le rôle de la diététicienne en avant et avec Madame K qui a une personnalité aussi qui fait avancer les choses et c'est vrai que voilà quoi...

CB ça repose parfois sur des personnes

CK ça repose parfois sur des personnes et puis c'est des gens qui ont mis en

place l'insulinothérapie fonctionnelle avec les diététiciennes. Après il y a des binômes qui se font, on se fait confiance

CB On apprend à savoir un peu comment l'autre fonctionne...

CK Voilà et effectivement c'est comme dans certains services d'ortho où la kiné a vraiment sa place parce que c'est des métiers qui vont ensemble ; et bien nous je pense que c'est un petit peu pareil.

CB Et à votre avis, en passant par le cadre de santé (chez vous ça coule de source) pour faire mieux connaître le rôle de la diététicienne, son intérêt, est-ce que ça peut être utile ?

CK Je pense que si la cadre elle implique la diététicienne, ça peut être un bon moyen. Je vois chez nous on avait essayé d'impliquer les aides soignantes dans la dénutrition, je pense que ça passe aussi par la cadre. Oui je pense qu'elle est là pour faire attention à ce que tout le monde soit utilisé à bon escient...

CB Que tout le monde soit représenté et que ça fasse une équipe pluridisciplinaire finalement ?

CK Oui et peut être aussi par les projets communs, travailler ensemble.

CB Est-ce que les diététiciennes font des informations au personnel ?

CK Oui.

CB C'est sur des thèmes bien précis ?

CK Bof, je pense qu'il y en a eu sur l'insulinothérapie fonctionnelle la quantification des glucides, j'ai un souvenir de l'après-midi « on compte les glucides ensemble » euh et ben moi quand j'avais présenté en équipe la mucoviscidose, je dirais bien qu'il y avait une diététicienne, la diète de muco. Oui elles font des infos au personnel, il y en avait eu au moment où on a un petit peu travaillé sur la dénutrition des patients avec des plaies de pied. Donc si, si, régulièrement elles sont amenées à faire des mises au point. En tous cas c'est vrai qu'elles viennent au staff du jeudi qui était le staff commun et puis même aux relèves de temps en temps, elles viennent un petit coup.

CB Et ce staff, il y a d'autres paramédicaux qui viennent ?

CK Il y a la kiné, il y a l'assistante sociale, il y avait mais bon, c'est un peu plus compliqué parce qu'on a été restructurés, normalement infirmières et aide-

soignante. C'est les aide-soignantes justement qui présentaient les dossiers pour avoir un point de vue un petit peu différent du traitement et pour valoriser l'aide-soignante.

CB C'est étonnant ça

CK Oui c'est parce qu'on se rendait compte que les aide-soignantes, pas elles se mettaient en victimes mais c'est vrai que ce n'est pas toujours elles qui ont un rôle euh...

CB C'est une profession qui est souvent un peu dans l'ombre

CK Alors que souvent c'est elle qui connaissent presque mieux le patient parce que c'est elle qui, pendant la toilette échangent, en tant que proximité avec le patient c'est souvent elles qui sont le plus près.

CB Moi je sais qu'au niveau de l'alimentation souvent on fait un binôme avec les aide-soignantes parce que voilà elles sont plus proches... bon je ne dis pas que les infirmières ne s'intéressent pas à l'alimentation mais c'est l'aide-soignante qui sert les plateaux, qui débarrassent..

CK On peut s'appuyer sur elles, quand il y a des patients qui viennent et qui ont des plaies de pied, pendant 48 h c'est elles qui vont noter les ingestas.

CB Vous avez des fiches aussi pour noter les ingestas et elles sont bien remplies ?

CK Ben c'est plus difficile depuis la restructuration, c'était très bien fait avant qu'on fusionne avec la dermatologie donc du coup des aides-soignantes mixtes et puis elles ont des patients très lourds parce qu'on a mixé deux services. C'est deux services d'hospit donc qui dit hospit dit patients très âgés très lourds et du coup il y a des choses qui passent à la trappe, voilà...

CB Très bien, je pense que j'ai fait le tour de mes questions donc je vous remercie pour votre disponibilité et pour avoir répondu à ce questionnaire.

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon

IFPS – Formation cadre de santé

44 chemin du sanatorium

25030 BESANCON CEDEX

LA PLACE DE LA DIETETICIENNE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Corinne BUISSON

Année de formation : 2014 / 2015

Option : Diététicienne

Résumé : La construction de repères dans l'univers professionnel passe aussi par la reconnaissance du métier, du savoir-faire. Aujourd'hui cette notion est souvent oubliée et l'hôpital, malgré ses valeurs humanistes, ne fait pas exception. La reconnaissance et le sens s'inscrivent de manière durable dans le métier dont une personne se dote et la valorisation de celui-ci à l'extérieur. Ce besoin d'appartenance à une communauté se manifeste au niveau opérationnel du métier mais doit s'exprimer également au niveau institutionnel de l'entreprise.

La profession de diététicienne est une profession nouvelle, issue de l'après-guerre, et encore peu représentée au sein des établissements de santé. Je souhaite étudier et comprendre les mécanismes qui influent sur les interactions professionnelles, les phénomènes d'intégration à un groupe de travail qui partage une culture professionnelle commune, celle des soignants.

En parallèle, je souhaite également m'intéresser à l'évolution des représentations de la diététique et à celle du lien entre alimentation et santé en France.

Mots clés : Reconnaissance, Identité professionnelle, Culture, Compétences, Expertise.