

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I	Rappel de la lettre de mission	1
II	Les axes essentiels de la réflexion	2
II.1	L'action thérapeutique	2
II.2	La fonction de confort et d'accueil	2
II.3	La fonction d'éducation	3

METHODOLOGIE

I	Composition de la commission d'étude	4
II	Modes de fonctionnement	5
III	Enquête	6

1ère PARTIE

LES BESOINS, LES CONSTATS : UN DYSFONCTIONNEMENT EVIDENT

I	Le constat hospitalier de la plainte alimentaire	9
I.1	Le point de vue médical	9
I.1.1	Une méconnaissance certaine du terrain	10
I.1.2	Une large population à risque	11
I.1.3	Le risque bactériologique	14
I.2	Le point de vue du patient	15
II	Les raisons multiples de ce dysfonctionnement	19
II.1	Des cuisines hospitalières peu rénovées	20
II.2	Un personnel insuffisamment formé	24
II.2.1	Un personnel de cuisine généralement sous qualifié	24
II.2.2	Un personnel soignant peu impliqué	25
II.2.3	La place mal définie des diététiciens	27
II.3	Un corps médical peu motivé	30
II.4	Une administration sous estimant les enjeux	32
II.4.1	Les directeurs d'établissement	32
II.4.2	Les personnels administratifs	33
II.5	Un cloisonnement hospitalier	34
III	Une Recherche en Nutrition Clinique marginale	36

2ème PARTIE
RECOMMANDATIONS POUR UNE
ALIMENTATION HOSPITALIERE
DE QUALITE

I	Une politique alimentaire affirmée	42
I.1	Le patient au centre de la réflexion hospitalière	42
I.1.1	L'évaluation nutritionnelle	42
I.1.2	Les aspects particuliers de l'infection par le VIH	44
I.1.3	Les objectifs généraux	45
I.2	Une démarche de qualité	47
I.3	Un Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)	50
I.3.1	Situation dans l'organigramme	50
I.3.2	Missions et compétences	51
I.3.2.1	Audit de l'existant	51
I.3.2.2	Détermination des objectifs	51
I.3.2.3	Suivi et évaluation permanents	52
I.3.3	Composition du CLAN	52
II	Une politique des ressources humaines renouvelée	53
II.1	Des formations adaptées de qualité	54
II.1.1	Formation initiale des acteurs de la restauration hospitalière	54
II.1.1.1	Personnel de cuisine	54
II.1.1.2	Personnel soignant	55
II.1.1.3	Personnel médical	57
II.1.1.4	Cadrés administratifs	58
II.1.2	Formation continue	58
II.2	Le développement des filières charnières	59
II.2.1	Filière hôtelière	60
II.2.2	Le nécessaire rôle central des diététicien(nes)	61
III	Un environnement national favorisant	62
III.1	Une réglementation sanitaire par objectif	63
III.2	Un développement affirmé de la Recherche en Nutrition Humaine	63
III.3	Un organe national de coordination et de développement	65
III.3.1	Rattachement	66
III.3.2	Composition	66
III.3.3	Fonctionnement	67
	Résumé	68
	Liste des membres de la commission	72

ANNEXES

Annexe I

Enquête par questionnaire

Annexe II

Résultats de l'enquête par questionnaire

Annexe III

Prévalence de la dénutrition à l'hôpital

Annexe IV

Grilles d'évaluation de l'état nutritionnel

Annexe V

Descriptif et Résultats de l'enquête "Restauration-Service"
AP- HP

Annexe VI

L'expérience du CHG de Villefranche-sur- Saône

Annexe VII

Référentiel de formation. Enseignement de la Diététique

INTRODUCTION

I - Rappel de la lettre de mission

La lettre de mission de Monsieur le Ministre Délégué à la Santé⁽¹⁾ précise en ces termes le cadre et les objectifs poursuivis par la mission qui nous a été confiée :

"Les problèmes nutritionnels et les modalités de l'alimentation en milieu hospitalier sont des éléments importants de la qualité de la prise en charge des malades, tant sur le plan médical, que sur l'accueil et du séjour.

C'est pourquoi, j'ai décidé de mener une évaluation des besoins dans ce domaine et des réponses que l'hôpital peut y apporter.

Je souhaite vous confier une mission d'étude sur ce thème dont le but est notamment pour objet :

- . de préciser l'état actuel des connaissances et de faire le point sur les recherches en cours et celles qu'il convient de mettre en oeuvre dans le domaine de la nutrition clinique ;
- . de faire le constat des situations prévalant actuellement en milieu hospitalier ;
- . d'élaborer des recommandations sur les conduites les plus appropriées, et les mesures nécessaires, pour faciliter et renforcer la prise en compte des aspects nutritionnels dans la prise en charge des malades à l'hôpital et dans les suites de l'hospitalisation.

Vous pourrez dans cette perspective constituer un groupe de travail qui pourrait être composé de médecins, de nutritionnistes, de diététiciens, de directeurs d'hôpitaux et de représentants d'associations de malades."

II - Les axes essentiels de la réflexion

La lettre de mission met à juste titre l'accent sur deux aspects de l'alimentation à l'hôpital dont la complémentarité - voire chacun d'eux pris isolément - a été manifestement sous estimée par l'ensemble des acteurs non spécialisés de la communauté hospitalière : "Nutrition", fonction médicale et facteur de soins, et "Restauration", fonction de confort et d'accueil. Bien que différentes par les sens qu'elles recouvrent, la Nutrition et l'Alimentation se rejoignent ou devraient se rejoindre au niveau des applications pratiques.

La commission s'est donc attachée à centrer son évaluation et les propositions qui en découlent sur *une triple problématique* :

II.1 - L'action thérapeutique

La Nutrition Clinique et l'alimentation sont à l'évidence des éléments importants de l'action thérapeutique et mériteraient de figurer plus qu'elles ne semblent le faire à l'heure actuelle parmi les priorités de l'hôpital dont la fonction essentielle doit rester celle des soins au sens large.

La réalisation correcte de cette fonction, qui s'étend au delà des affections regroupées sous le terme de "pathologie nutritionnelle", rend nécessaire *une intégration forte de l'alimentation hospitalière dans le système de soins* et une adaptation spécifique des systèmes classiques de restauration collective.

II.2 - La fonction de confort et d'accueil

L'alimentation hospitalière doit assurer aussi une fonction de confort et d'accueil pour tous les patients que le statut d'hospitalisé fragilise et rend plus ou moins dépendants.

En fait, cette fonction n'a pas que des aspects "hôteliers" : conditionnant en grande partie la consommation effective des aliments servis, elle participe aussi à la fonction thérapeutique de la Nutrition. Le confort et ses conséquences psychologiques ont également un impact important en termes de bien être et de santé, facilitant plus qu'il n'y paraît "qualité de vie hospitalière" et processus de guérison.

II.3 - La fonction d'éducation

Enfin, le rôle de la structure hospitalière ne doit pas se limiter à la seule durée du séjour : l'hôpital, partie importante du système de soins, devrait pouvoir envisager d'assurer une *fonction d'éducation* de portée plus générale, touchant - entre autres - l'alimentation et visant une véritable *prophylaxie nutritionnelle*. Ceci ne concerne pas seulement les prescriptions de sortie des patients atteints de pathologie nutritionnelle, éléments naturels du traitement post hospitalier, mais l'ensemble des sujets ayant fréquenté l'hôpital : l'importance de la Nutrition dans *la prévention* de toute une série de pathologies, notamment cardio vasculaires, semble justifier ce rôle.

A partir des expériences acquises par les différents membres de la commission, de quelques documents bibliographiques et d'une enquête spécifique, nous nous sommes attachés :

- . à fournir dans une première partie les éléments d'un constat analytique critique de la situation qui semble prévaloir dans la majorité des établissements hospitaliers français ;
- . à tenter de dégager un certain nombre de réponses et suggérer les grandes lignes de quelques actions, qui, sans prétendre garantir à court terme la solution des problèmes, pourraient sans doute contribuer à les poser en termes solubles.

METHODOLOGIE

I - Composition de la commission d'étude

La commission constituée autour des thèmes centraux de cette mission a été composée de façon à réunir les réflexions et les expériences de personnes impliquées à des titres divers dans l'alimentation hospitalière.

- . Médecins (9) possédant une expérience pratique et une notoriété certaine dans les divers axes de la Nutrition Clinique : dénutrition chez l'enfant et l'adulte, gastro-entérologie, alimentation parentérale et entérale, Nutrition et infection par le VIH, gériatrie, pathologies comportementales et maladies métaboliques, bactériologie et infections nosocomiales. Tous exercent leur activité dans des structures hospitalières de nature et de taille variées (des CHU aux hôpitaux de villes moyennes).
- . Directeurs d'hôpitaux (2) s'étant particulièrement attachés dans leurs établissements à une réflexion sur les problèmes économiques, organisationnels et logistiques liés à l'alimentation et y ayant développé des actions novatrices.
- . Diététiciennes cadres supérieurs (3) exerçant des responsabilités d'organisation et de soins dans des établissements de structure complexe et polyvalente (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), Assistance Publique Marseille, Centre Hospitalier de Grenoble).
- . Cadre infirmier supérieur (1) dans un grand établissement non universitaire (Le Havre).
- . Cuisinier hospitalier (1) ayant une expérience de terrain et impliqué dans l'organisation et la formation (AP-HP).
- . Représentants (2) d'entreprises de restauration collective, partenaires d'établissements hospitaliers.

- . Représentant (1) d'une association de malades particulièrement active (AIDES), en mesure de présenter le point de vue du consommateur-usager (client ?) des structures hospitalières.

Il est à noter que :

- . Pour des raisons de disponibilité et de logistique, la composition de cette commission témoigne d'une sur-représentation de la Région Parisienne.
- . La totalité des membres de la commission, y compris le chargé de mission, ont du assumer la charge de travail liée à cette mission tout en remplissant la totalité de leurs obligations et engagements nationaux et, pour certains, internationaux, ce qui a notablement ralenti le déroulement prévu pour l'élaboration de ce rapport.

II - Modes de fonctionnement

La commission s'est réunie en séances plénières et a constitué trois sous-groupes de réflexion chargés chacun d'approfondir l'une des directions suivantes :

1. ***Aspects médicaux*** de la Nutrition, intérêt et méthodes d'évaluation nutritionnelle, dénutritions, détermination des patients à risques notamment personnes âgées, enfants, pathologies chroniques dont les patients atteints par le VIH.
2. ***Aspects économiques, organisationnels, logistiques*** de la restauration hospitalière, et définition des concepts et des moyens nécessaires au développement d'une ***véritable politique alimentaire à l'hôpital***.
3. ***Aspects de formation***, de communication, méthodes de motivation et ***actions de Recherche***.

La commission a également procédé à l'audition de représentants de certaines structures qualifiées dans son domaine d'action : Ministère de l'Agriculture - Direction de l'Alimentation (M. Pavard, Sous-

Direction de l'Hygiène Alimentaire), Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Pr. J. Rey), Direction des Equipements et des Systèmes d'Information de l'AP-HP, chargée de l'organisation des systèmes de restauration (M. Tronchon - Chef de Projet), représentants du CHU de Rouen (Pr. Eric Lerebours, PU-PH et Madame Carpentier, Cadre Supérieur Diététicienne) où a été mise en place une structure de production et de distribution centralisée, et du Centre Médico-Diététique de Forcilles, centre hospitalier privé orienté sur la Nutrition.

III - Enquête

En l'absence de données officielles connues de la commission et susceptibles de permettre une évaluation des pratiques hospitalières actuelles en France en matière de restauration, la commission a jugé utile de conforter ses appréciations issues de la pratique de terrain de ses membres en procédant à une enquête par questionnaire dont la grille figure en annexe. (annexe I)

Ce questionnaire a été adressé aux 68 établissements publics de 5 départements métropolitains (Finistère 29, Hauts de Seine 92, Haute Savoie 74, Lot et Garonne 47, Pas de Calais 62). 60 réponses ont été obtenues par l'intermédiaire soit des directeurs soit des diététiciennes responsables des établissements, soit des 2. Aucun contrôle sur l'objectivité des réponses n'a pu être effectué. Les taux de réponses sont homogènes par types d'établissements (hôpitaux locaux, CHG, CHS, CHU et longs séjours) et par départements. Cette enquête a concerné un peu plus de 25 500 lits soit un peu moins de 10 % du parc hospitalier métropolitain.

Les résultats de cette enquête préliminaire, incomplètement exploitée faute de temps et de moyens informatiques, figurent en annexe (annexe II) et certains de ceux qui nous ont paru les plus éclairants sont cités dans les sections appropriées du rapport.

Faute d'avoir eu la possibilité de valider un questionnaire plus complet et de constituer un échantillon représentatif des structures hospitalières, les résultats de cette enquête ne doivent être considérés que comme une estimation partielle de la réalité. Ils ne sont néanmoins

pas dépourvus d'une valeur indicative qui vient souvent renforcer les estimations de nombreux membres de la commission. Ils suggèrent fortement la nécessité et l'intérêt d'une évaluation plus complète et plus précise de la situation.

De même, au vu de l'importance du problème pour la Santé publique en général, il pourrait être fortement suggéré d'étendre l'enquête aux établissements privés dont la place dans le système hospitalier français est très loin d'être négligeable et dont la qualité des prestations nutritionnelles concerne la puissance publique d'Etat au même titre que d'autres prestations (sécurité, qualité des soins...).

1ère PARTIE

LES BESOINS, LES CONSTATS : UN DYSFONCTIONNEMENT EVIDENT

L'alimentation et la Nutrition hospitalières ne semblent pas avoir été jusqu'à présent une priorité des acteurs hospitaliers.

L'alimentation est une donnée quotidienne à l'hôpital ; elle touche l'ensemble des usagers du secteur public (comme du secteur privé) qui, pour une grande majorité d'entre eux, conçoivent l'alimentation comme un élément important des actes de vie.

A l'hôpital, l'alimentation doit être aussi *pensée en termes de Nutrition*. Non réparation d'un mauvais état nutritionnel pré existant, malnutrition, sous nutrition pendant un séjour hospitalier comportent en effet des risques, peu évalués jusqu'à présent, pour la santé des patients.

Il semble bien qu'en ce qui concerne les infrastructures, les personnels et l'organisation, l'hôpital n'ait pas, aux différentes étapes de la chaîne de restauration, atteint le niveau de modernisation nécessaire pour être en mesure de répondre correctement aux besoins de santé et de confort des patients hospitalisés.

En fait il apparaît que, quel que soit le point de vue dont on les considère, les situations présentes et la qualité des prestations servies dans les structures hospitalières françaises sont *très hétérogènes* : très satisfaisantes dans certains établissements (sans aucun doute encore très minoritaires) elles sont d'un niveau difficilement acceptable dans d'autres. Globalement, l'absence à *l'échelon national* d'une politique de l'alimentation définissant des objectifs et des structures de moyens incitatifs et responsabilisants est en grande partie responsable de cette hétérogénéité.

I - Le constat hospitalier de la plainte alimentaire

L'alimentation hospitalière ressemble sur certains points à l'alimentation en général, dont les déterminants culturels ne sont jamais absents des esprits. Cependant, du fait de la mission principale de l'hôpital - les soins - l'alimentation revêt manifestement des aspects médicaux puisqu'elle est un moyen préventif et curatif, essentiel ou complémentaire, d'un grand nombre de pathologies.

I.1 - Le point de vue médical

L'hôpital accueille des patients aux profils variés et souvent complexes ; leur alimentation est une donnée considérée par tous les acteurs de santé comme importante sans que pour autant des moyens adaptés aient été souvent mis en place : on peut constater un certain écart entre la théorie et la pratique *alors même que les populations à risque sont nombreuses.*

Il apparaît que les besoins de certaines pathologies communément admises parmi les "maladies métaboliques et nutritionnelles" ou dont les conséquences nutritionnelles sont majeures et évidentes, comme le diabète sucré, certaines maladies héréditaires de l'enfant, les malabsorptions digestives dans leur ensemble, dans une moindre mesure l'obésité et les dyslipidémies, aient été pris en considération - de façon encore perfectible. Ceci semble malgré tout n'être le fait que des services spécialisés, ne se manifester que de façon plus ou moins isolée et s'être réalisé en grande partie sous l'impulsion des médecins concernés. *Il n'en va pas de même lorsque l'on considère l'ensemble des structures hospitalières.*

Les objectifs de la "Nutrition Thérapeutique" sont triples :

- . s'assurer que l'alimentation "normale" destinée aux patients hospitalisés est saine, équilibrée, appropriée à leurs besoins et surtout qu'elle soit consommée (ce qui est loin d'être le cas).
- . prescrire une diététique "spécifique" en fonction de la pathologie, comprenant éventuellement des suppléments nutritionnels en fonction du degré de malnutrition.

. mettre en oeuvre et contrôler toutes les étapes de la Nutrition artificielle (entérale et parentérale), initialement en milieu hospitalier et à domicile lorsqu'elle doit être prolongée.

I.1.1 - Une méconnaissance certaine du terrain

La malnutrition de "l'hospitalisé" est encore trop souvent méconnue. Sa prévalence est donc sous-estimée, alors qu'elle expose directement ou indirectement à une importante morbidité et à un surcoût financier. Cette prévalence et ses conséquences ne sont pas très bien connues faute de nombreuses données chiffrées. Par référence à des études étrangères relativement anciennes et à quelques études françaises on peut l'estimer entre 20 et 60% des patients hospitalisés selon les types de recrutement des services et des hôpitaux (annexe III). Une telle prévalence souligne l'importance des mesures à développer pour l'analyser et des thérapeutiques nutritionnelles destinées à la prévenir et à la corriger.

L'évaluation de l'état nutritionnel est la clef de voûte de la Nutrition Thérapeutique. Celle-ci est pourtant encore trop souvent négligée, voire ignorée, des acteurs hospitaliers, médicaux ou soignants, peu sensibilisés à cet aspect de la prise en charge des malades. Or, ***l'évaluation de l'état nutritionnel doit être considérée comme un paramètre essentiel de la prise en charge des patients***, au même titre que les constantes hémodynamiques, respiratoires et thermiques. Les grilles d'évaluation sont peu développées, elles restent trop souvent encore l'apanage de quelques services spécialisés en Nutrition de l'adulte, de l'enfant ou du vieillard.

Pour réaliser cette évaluation de l'état nutritionnel, de nombreux critères cliniques, biologiques, immunologiques et morphométriques peuvent être proposés ; il s'avère qu'en pratique quotidienne, ils sont pour la plupart inutilisables.

Cependant, certaines ***grilles d'évaluation de l'état nutritionnel*** proposent des critères simples, non invasifs, faciles d'utilisation dans toutes les structures hospitalières et de pratique aisée par le personnel médical et paramédical. Des éléments simples mais importants doivent entrer dans cette évaluation :

- . niveau d'alimentation spontanée des malades (ingesta, trop souvent sous-estimés ou non évalués),
- . poids corporel (trop souvent absent des données cliniques recueillies dans le dossier médical du patient) et ses variations récentes,
- . existence de troubles digestifs,
- . pathologie ayant conduit à l'hospitalisation et/ou à la dénutrition.

Ces grilles dont des exemples sont donnés en annexe (annexe IV), trop peu diffusées, restent encore aujourd'hui marginales dans la pratique hospitalière. Cette évaluation permet une classification clinique globale de l'état nutritionnel du malade : état nutritionnel normal, modérément dénutri ou sévèrement dénutri, facilement accessible au praticien, à la diététicienne ou à l'infirmière.

L'intérêt de cette évaluation simple est qu'elle permet de bien identifier les groupes de malades qui pourraient bénéficier d'une assistance nutritionnelle (sous quelque forme que ce soit) en cours d'hospitalisation.

I.1.2 - Une large population à risque

Dans une structure hospitalière, tout patient hospitalisé est à risque, même s'il n'est pas dénutri à l'arrivée ; ceci non seulement du fait de la pathologie ayant motivé son admission (qui augmente souvent ses besoins), mais aussi bien souvent du fait de l'alimentation qui lui est proposée. Il existe donc une *malnutrition iatrogène latente*.

Cependant, certains usagers du service public hospitalier sont plus sensibles que d'autres au risque de malnutrition. Il s'agit en particulier :

- . ***de tout patient agressé*** ; les agressions chirurgicales, traumatologiques, infectieuses ou par brûlures entraînent des perturbations métaboliques avec augmentation de la dépense énergétique nécessitant une compensation alimentaire souvent sous-estimée. Ces diverses pathologies représentent évidemment un très grand nombre d'hospitalisations.
- . ***des syndromes d'immunodéficience acquise par le virus HIV***. Cette pathologie est l'exemple type de celles pour lesquelles le risque de

dénutrition est très grand. La dénutrition est une des complications majeures du SIDA. A l'entrée dans la maladie 20% au moins des patients sont dénutris ; plus de la moitié des patients hospitalisés le sont au cours de l'évolution.

Or l'on sait que la survie de ces patients est plus corrélée à la dénutrition qu'aux causes qui ont permis son installation si bien que l'amaigrissement devrait être mis (comme aux Etats-Unis) au même niveau de gravité qu'une infection opportuniste ce qui ne semble pas être bien souvent le cas : de nombreux exemples montrent que certains patients voient, longtemps avant la phase terminale, leur état nutritionnel s'aggraver au cours de l'hospitalisation, sans pourtant entraîner une intervention nutritionnelle précoce.

Si l'efficacité du volet nutritionnel du traitement des patients HIV est encore en phase d'évaluation, elle semble loin d'être nulle aux différents stades de la maladie. La France a pris un retard certain dans la prise en charge des problèmes nutritionnels de ces patients, en partie par manque de structures adaptées : actuellement il n'existe que quelques rares consultations spécialisées de Nutrition adaptées aux séropositifs (dont 2 seulement dans les hôpitaux de l'AP-HP, première ville d'Europe touchée par l'infection) et un hôpital de jour spécialisé (AP-HP) pour la prise en charge ambulatoire des séropositifs dénutris.

- ***de la cancérologie***, domaine de prédilection pour l'installation de dénutrition latente hospitalière notamment à l'occasion des chimiothérapies et radiothérapies qui peuvent être mal tolérées sur le plan digestif ; une attention particulière et diversifiée doit être apportée à ces malades.
- des patients atteints ***d'affections hépato-gastro-entérologiques***, d'insuffisance respiratoire ou rénale, à haut risque de dénutrition, en raison de l'existence de multiples déficits nutritionnels.
- ***des femmes enceintes ou allaitantes*** hospitalisées qui sont à risque de dénutrition.

. enfin, les âges extrêmes :

- *l'enfant*, en croissance, a des réserves protéino-énergétiques faibles mais des besoins élevés. L'évaluation de l'état nutritionnel fait donc partie de la pratique quotidienne pédiatrique : enquête anamnestique et alimentaire, analyse auxologique. Dès que la pathologie est sévère et chronique, la dénutrition est la règle, requérant des mesures urgentes et spécifiques dont il n'est pas certain qu'elles puissent toujours être appliquées.

- *les personnes âgées : tout "vieillard" hospitalisé est à haut risque.*

La réduction de sa masse musculaire et les grandes difficultés à augmenter ses ingesta ne permettent pas au vieillard de couvrir l'augmentation de ses besoins lors de la maladie. La dénutrition s'accroît d'autant plus que de nombreux facteurs environnementaux, le plus souvent liés à la structure hospitalière elle-même, y concourent : organisation inadaptée des repas (notamment en ce qui concerne les délais qui leur sont impartis), inertie relative des soignants médicaux et para médicaux (au demeurant en nombre généralement insuffisant) par méconnaissance et par crainte de risques iatrogènes des supports nutritionnels, par crainte d'un acharnement thérapeutique de mauvais aloi et en raison du refus du patient et/ou de sa famille. Prévenir cette malnutrition pour éviter d'avoir recours à une assistance nutritionnelle si délicate à utiliser dans ce contexte est donc souvent l'objectif prioritaire. Cette prévention pourrait sans doute concourir à raccourcir certaines durées d'hospitalisation et à favoriser le retour à domicile.

L'évaluation de l'état nutritionnel dans cette population est particulièrement fondamentale. Outre les critères retenus chez l'adulte elle doit considérer également le degré d'autonomie, l'état de dépression et/ou de désorientation, l'évolution pondérale et l'alimentation réellement ingérée (paramètres essentiels pourtant exceptionnellement mesurés). Les problèmes difficiles à résoudre et auxquels des réponses adaptées n'ont sans doute pas été apportées restent le temps nécessaire au repas, le caractère adapté de la présentation des plateaux, l'aide à la consommation. Des solutions à ces problèmes s'imposent, non seulement lors d'une pathologie aiguë réversible qui peut justifier une assistance

nutritionnelle mais également chez tout vieillard hospitalisé, tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation au long cours.

Tous ces groupes à haut risque sont particulièrement vulnérables face aux infections nosocomiales dont celles d'origine alimentaire. Le risque est d'autant plus grand que la structure hospitalière est loin de s'être adaptée aux contraintes contemporaines que représentent l'augmentation de l'âge des populations hospitalisées, l'émergence de nouvelles pathologies comme l'infection par le VIH, entraînant la recrudescence de certaines maladies infectieuses.

I.1.3 - Le risque bactériologique

La commission estime que sur le plan hygiénique (bactériologique) la qualité du plateau a fait des progrès notables au cours des dernières années. La fréquence des toxi infections alimentaires (le plus souvent à salmonelles) a sans doute régressé en milieu hospitalier, bien qu'il soit difficile d'isoler au sein des statistiques globales les foyers d'origine hospitalière (qui semblent malgré tout rares bien que spectaculaires). La mise en place d'une veille bactériologique en amont de la distribution au malade a certainement été très utile de ce point de vue.

Il existe en matière de restauration collective une réglementation générale qui s'impose théoriquement aux structures hospitalières. Elle est très contraignante et stricte (de la production à la consommation), souvent très difficile à appliquer car elle ne tient pas compte des contraintes spécifiques du monde hospitalier.

A l'heure actuelle il semble qu'au sein des causes multiples de toxi infections alimentaires en restauration collective, la rupture de la chaîne du froid, surtout en distribution, représente 30 à 40% des causes retrouvées, juste derrière les matières premières contaminées ; les délais inadéquats entre préparation et consommation, des défauts liés à l'environnement matériel et humain apparaissent également.

L'enquête effectuée par la commission révèle 16% de non respect avoué des chaînes froides dans les unités de soins, et 35% de non respect de leur marche en avant (au niveau de l'ensemble de la chaîne).

La Sous-Direction de l'Hygiène Alimentaire du Ministère de l'Agriculture estime que beaucoup de cuisines hospitalières n'ont pas encore été suffisamment rénovées pour se mettre en totale conformité avec les normes des cuisines de restauration collective ; pourtant les services qu'elles doivent assurer sont beaucoup plus complexes (cf. infra).

I.2 - Le point de vue du patient

L'alimentation est une donnée culturelle d'importance qui reste très présente dans l'esprit du patient hospitalisé. Les repas, au même titre que certains soins médicaux quotidiens, rythment la journée hospitalière. Cependant, les acteurs hospitaliers ne se sont peut-être pas suffisamment penchés sur cette question de confort et il apparaît au regard de l'expérience de chacun des membres de la commission, que de nombreuses failles persistent à ce sujet.

Le point d'achoppement principal sur lequel se concentre la critique se ramène aux possibilités réduites de l'adaptation du service aux besoins du malade, souvent prisonnier d'une organisation pensée en dehors de lui et qui va bien souvent au delà des contraintes inhérentes à tout système collectif.

L'art culinaire, pourtant apprécié à titre personnel par l'ensemble des personnels hospitaliers, semble absent des objectifs hospitaliers.

Le champ de *la qualité nutritionnelle* (respect d'un certain équilibre nutritionnel entre les différents éléments du plateau et entre les différents plateaux de la journée) et de *la qualité gustative* des plats est souvent absent des préoccupations et "alimente" un certain nombre de plaintes :

. Les établissements hospitaliers ne sont pas forcément tous sensibilisés à la nécessité *d'équilibrer* les repas et d'assurer leur *variété*. A ce titre, l'enquête menée sur un échantillon d'hôpitaux a montré que 32 % d'entre eux n'ont pas encore de plans alimentaires, éléments de réflexion sur la qualité, et 35% n'ont pas de commission de menus.

- Les quantités servies* sont standardisées et la plupart du temps calculées en fonction des besoins des sujets sains. Elles ne permettent pas souvent les adaptations nécessaires en fonction des pathologies des patients. 32 à 37% des établissements ne mentionnent aucune production diététique ou préparations spécifiques, alors que, en moyenne, le pourcentage de patients auxquels celles-ci s'adressent (ou devraient s'adresser) va de 3 à 60%, le plus souvent 20 à 30%. En revanche la pratique de "collations" semble plus fréquente que l'on ne pouvait le craindre, généralisée dans presque tous les longs séjours et les maisons de retraite ou réservée aux pathologies particulières (la nature et le caractère adéquat de ces collations n'ont toutefois pas été évalués).
- De même, *la présentation du repas*, comme la prise en considération d'éléments de présentation des plats revêt une grande importance pratique pour la perception qu'en aura le malade. 27% des établissements présentent des repas "en vrac", 45% sous forme de plateau individuel, 28% utilisent un mélange de ces deux techniques. La quasi totalité utilise des couverts non jetables. L'adéquation de ces différentes pratiques aux besoins ne peut faire l'objet d'un jugement systématique tant les besoins ou les problèmes d'utilisation sont variables en fonction des établissements et, au sein d'un même établissement, des types de patients. On peut remarquer cependant que l'usage systématique des "barquettes", style restauration aéronautique, peut poser de nombreux problèmes pratiques aux personnes âgées, aux malades peu valides ou rendus malhabiles par la fatigue ou une altération des fonctions motrices. Hétérogène par nature, la "clientèle" hospitalière des grands établissements ne peut se satisfaire d'une standardisation des prestations, bien que l'on puisse comprendre la logique économique et logistique qui préside à sa mise en oeuvre. Reconnue depuis longtemps dans les autres domaines des investigations et des soins médicaux, la diversification des objectifs et des moyens ne semble guère avoir été perçue en matière de Nutrition et d'alimentation. Pour être pluriquotidiennes et pratiquées par l'ensemble de la population, celles ci ne sont pas pour autant - loin s'en faut - des domaines "ancillaires" mineurs.

- . Par ailleurs **la qualité du service**, difficile à expertiser, est peu prise en compte. De manière générale, ni **la température des repas**, ni **l'heure** de la distribution des plats ne semblent des paramètres réellement pris en compte par les établissements. Ainsi l'horaire du petit déjeuner varie entre 7 et 9H, le déjeuner entre 11 et 13H et le dîner entre 17 et 19H, les tranches horaires les plus fréquentes étant respectivement 7-8, 12-13, 18-19. Dans certains établissements, le déjeuner servi entre 12 et 13H peut être suivi d'un dîner entre 17 et 18H. Il est important d'attirer l'attention sur le fait que **des jeûnes nocturnes de 12 heures voire plus** imposés à des patients dont les besoins sont augmentés et les processus physiologiques amoindris représente une "aberration nutritionnelle" très certainement nuisible à la santé en général et aux capacités de guérison en particulier.

Les offices alimentaires dans les unités de soins sont peu équipés (même si la quasi totalité des offices possède un réfrigérateur, il existe encore 22% de l'échantillon interrogé sans four à micro-ondes, pourtant de diffusion courante). Ce sous-équipement engendre souvent (dans 28% des cas) une mauvaise gestion des "retours tardifs" (patients retenus dans les services d'exploration fonctionnelle ou d'imagerie ou ayant effectué des examens à l'extérieur de l'établissement et regagnant "leur lit" après l'heure du repas). Il est souvent impossible de fractionner des repas chauds (lorsque l'état des patients ou leur capacité d'ingestion sont limités).

Le manque de souplesse et d'adaptation des services hospitaliers aux contraintes liées aux patients se marque encore par la rigidité du **temps imparti pour le repas**, souvent trop court pour des patients âgés, fatigués ou malhabiles.

Tous les établissements déclarent qu'une aide est apportée aux patients pendant les repas. n est cependant permis de douter de son efficacité : 73% des établissements la jugent en tous cas insuffisante et 43% signalent que la famille est mise à contribution (ce qui n'est pas forcément négatif en soi), sans que l'on puisse évaluer l'importance quantitative de cette aide.

. De même, si la majorité des hôpitaux propose une *diversité des menus*, 25% seulement proposent un choix journalier ; l'usage d'une carte menu fixe semble très minoritaire ; 10% des établissements seulement utilisent un système basé sur les aversions spontanées du patient. Il semble donc que les propositions respectent plutôt rarement les habitudes alimentaires des patients. Lorsque le choix existe il arrive qu'il ne soit pas effectué avec le malade ni toujours respecté. De plus, les équipes peuvent ne pas intégrer les particularités de certains services où les malades ne sont pas en mesure de s'exprimer (gériatrie, pédiatrie..).

Ce choix, lorsqu'il est possible, est cependant très rigide, car les modifications ne sont possibles qu'accompagnées d'un délai assez long. A ce titre, peu d'hôpitaux possèdent un système informatique performant et de qualité permettant d'intégrer des modifications de la commande jusqu'à seulement une heure avant l'heure du repas (ce qui est pourtant possible).

L'évaluation de la satisfaction des patients quant aux prestations alimentaires est absente dans 22% des établissements, sans relation avec le nombre de lits. Lorsqu'elles sont effectuées, les résultats de ces enquêtes font apparaître une très grande majorité de "satisfaisant", quelques "acceptable" et très peu de "médiocre". Ceci tranche à l'évidence sur l'idée répandue de la non satisfaction générale des patients. En l'absence de précisions sur les méthodologies d'enquête et sur la nature des questions on ne peut prendre partie sur leur fiabilité. A cet égard il est apparu intéressant de faire figurer en annexe (annexe V) le descriptif et les résultats de l'enquête "Restauration-Service" réalisée chaque année selon le mode "un jour donné" par la Direction des Equipements et des Systèmes Informatiques de l'AP-HP depuis juin 1994 sur un échantillon de 3000 patients hospitalisés en court séjour depuis plus de 3 jours. Les indices de satisfaction en 1994 étaient de l'ordre des 2/3 ou plus, sauf sur les aspects qualitatifs où les pourcentages de "satisfaits" sont de l'ordre de 50%. Il faut cependant noter que cette démarche relève d'une "approche client", louable mais incomplète dans la mesure où elle ignore par nature l'évaluation des aspects médicaux du problème et ne porte, par définition, que sur les patients interrogeables. Bouteille à moitié vide ou à moitié pleine ? Au delà de l'appréciation moyenne, notons la grande dispersion des

résultats selon les établissements... sans rapports nets avec le niveau des investissements et les efforts de modernisation des infrastructures. *Cet exemple illustre de façon caricaturale le fait qu'une politique uniquement centrée sur les moyens matériels peut manquer une partie de ses objectifs si elle ne s'accompagne pas d'une modification des structures de mise en oeuvre impliquant, elle, une réforme des modes de fonctionnements et donc une orientation nouvelle des actions des personnels.*

Tous ces éléments montrent que *les préoccupations alimentaires des malades n'ont pas constitué une des priorités mobilisatrices* pour tous les acteurs hospitaliers. Serait-il exagéré de dire qu'à l'hôpital, l'alimentation est encore trop souvent "inhospitalière" ? Au delà même de la notion de confort et de la fonction accueil, il ne faut pas sous-estimer les conséquences nutritionnelles, et donc médicales, que peut revêtir la médiocrité de l'alimentation. Moment de plaisir et de détente, soulagement de l'angoisse face à la maladie, le repas, surtout s'il peut être pris en commun et diminuer le sentiment de dépendance des malades, peut contribuer à favoriser le processus de guérison. Les qualités organoleptiques et l'agrément de la présentation déterminent fortement la prise alimentaire réelle des malades (d'autant plus qu'ils sont souvent plutôt anorexiques). On voit ici se rejoindre les fonctions confort et les fonctions médicales de l'alimentation.

Il est probable, bien que ceci reste à évaluer, qu'en termes de coûts, le développement d'une politique alimentaire de qualité pourrait trouver sa contrepartie dans des gains en matière de durée d'hospitalisation ou de prescriptions médicamenteuses.

II - Les raisons multiples de ce dysfonctionnement auprès du malade

La prise de conscience de l'importance de la Nutrition hospitalière est récente, encore marginale et réservée à la pratique de quelques services spécialisés. L'alimentation du malade n'est que très rarement conçue comme partie intégrante du soin au sens large, même dans les hôpitaux qui se préoccupent de la question. Cette situation est due essentiellement à deux grands types de causes : d'une part, l'insuffisance de réflexion globale sur l'adaptation de l'infrastructure aux contraintes hospitalières liées à la nutrition ; d'autre part, à un

manque de politique générale des ressources humaines en matière de restauration hôtelière à l'hôpital.

II.1 -Des cuisines hospitalières peu rénovées

Le monde hospitalier s'est beaucoup restructuré depuis les années 70, mais la restructuration a notamment porté sur les services médicaux et administratifs ; les secteurs logistiques, et donc celui de la restauration, n'ont pas été jugés prioritaires par les gestionnaires du monde hospitalier. Les années 70 ont été marquées par la construction d'un grand nombre d'hôpitaux neufs dont le secteur logistique a profité de cet effort de rénovation. Mais ce sont justement ces hôpitaux qu'il convient maintenant d'adapter à des concepts plus efficaces.

Même s'il est vrai que les années 80 ont tenté de modifier l'ordre des choses avec le lancement d'opérations complexes de recomposition du paysage logistique, ces restructurations ont été laissées à l'initiative et à la bonne volonté des directeurs d'hôpitaux, sans au moins des directives d'orientation fixant des objectifs. Le monde médical très insuffisamment préoccupé des problèmes nutritionnels n'a sans doute pas joué ici le rôle moteur qu'il a pu avoir dans d'autres secteurs.

Longtemps délaissés des responsables hospitaliers, les espaces de production alimentaire hospitaliers ne sont pas adaptés, pour la plupart, aux contraintes actuelles d'une restauration moderne. Jusque très récemment, les cuisines hospitalières étaient, pour un grand nombre, vétustes. Peu rénovées, ne subissant que les modifications nécessaires à leur fonctionnement de base, elles ne permettent pas d'offrir aux patients du service public hospitalier une restauration de qualité. Les unités centrales de production (U.C.P), telle celle créée au CHR-U de Rouen ont vu le jour à la fin des années 80 et sont encore peu nombreuses. A l'AP-HP par exemple, la vitesse de restructuration des cuisines des établissements s'est considérablement accélérée. Sur 48 établissements, 7 restructurations totales ou partielles ont eu lieu dans la décennie 80, 12 restructurations ont déjà vu le jour, 5 sont en cours de réalisation et 13 sont à l'étude (avec 60% des financements trouvés) depuis 1990. Un vaste mouvement s'est donc enclenché... depuis peu ; aussi semble-t-il important de le favoriser et de le généraliser.

Cependant, les restructurations n'ont pas été souvent suffisamment ***réfléchies de manière globale, en tenant compte des éléments médicaux de l'alimentation***. Souvent, seuls les éléments concernant la sécurité bactériologique ont été envisagés, (aux dépens parfois de la "sécurité" nutritionnelle). Les impératifs de coût, les facilités logistiques et le concept relativement nouveau d'accueil (souhaitable en soi) semblent avoir été les paramètres prévalants. Les médecins n'ont pas été systématiquement impliqués dans les projets (quelques expériences vécues par certains membres de la commission montrent qu'ils ont même été quelquefois volontairement exclus !) ou n'ont pas souhaité s'y investir. D'ailleurs le nombre de médecins hospitaliers (plein temps ou attachés) formés en Nutrition apparaît très faible (cf. infra).

Par la suite, certains projets mal réfléchis, nécessitant pourtant un lourd investissement financier, montrent des carences en termes de qualité de fonctionnement.

L'enquête menée auprès de 68 établissements hospitaliers de différentes tailles, même si elle ne se veut pas exhaustive, montre certaines carences de l'hôpital en termes d'adaptation :

- . De manière générale, ***le type de chaîne*** mise en place (chaîne chaude ou froide) est souvent considéré comme le reflet de l'état de modernisation des cuisines hospitalières, tant il est admis que la chaîne froide permet, par un décalage entre la production et la consommation jusqu'à six jours, arrêté du 26 juin 1974), des adaptations dans le service apporté au malade (sécurité bactériologique de meilleur niveau lorsque la chaîne est respectée, meilleur confort pour l'utilisateur en termes de température et de flexibilité d'horaires des repas) et l'amélioration des conditions de travail des agents de ce secteur (modulation des horaires et des jours de travail), 62% des hôpitaux ayant répondu à l'enquête utilisent une chaîne froide (16% de non respect de la chaîne), 38% une chaîne chaude (1% de non respect de la chaîne, 30% de non respect de la marche en avant). Mais il n'est pas possible de prendre parti à priori sur le type de chaîne le plus approprié tant il peut varier en fonction des besoins de chaque établissement (quelques fois contradictoires s'ils ont des secteurs d'hospitalisation aux objectifs éloignés).

La présence d'une chaîne froide ne veut pas dire pour autant que la cuisine a été restructurée (la chaîne froide existe déjà depuis 1970). L'utilisation de chaînes froides n'est pas en soi une garantie : elles

peuvent différer par les types de matériels (notamment le transport), être utilisées correctement ou non, être adaptées ou non aux besoins spécifiques de certaines unités de soins et pas à ceux d'autres à l'intérieur d'un même établissement.

Ceci souligne que la politique d'équipement ne peut être définie *qu'à partir de l'étude approfondie du terrain et des objectifs fixés localement.*

- . En matière d'équipement, *le transport des repas* apparaît souvent comme le maillon faible de la chaîne, car soumis à des contraintes de choix de matériel et d'implication des personnels. Pourtant, il conditionne le respect de l'hygiène et la qualité de la prestation. On constate dans ce secteur de nombreuses difficultés : matériel inadapté (problème de poids des chariots : manque d'efficacité à ce niveau malgré une recherche certaine de la part des industriels), mauvais entretien, personnel peu intégré au projet de restauration (car non membres du personnel de cuisine).

- . *l'informatisation* dans le secteur de la restauration reste insuffisante.

Sur l'ensemble des hôpitaux interrogés, 38% d'entre eux ne sont pas informatisés, même partiellement. L'informatisation, s'effectue en premier lieu sur les secteurs de la gestion de l'approvisionnement et ne concerne donc pas directement le malade hospitalisé.

Ce sont les hôpitaux de taille moyenne qui ont le plus avancé dans le développement de l'informatique de ce secteur (73% des hôpitaux de 400 à 850 lits), 52 % des petites structures (moins de 400 lits) ne sont pas du tout informatisés. Trois seulement (sur 9) des hôpitaux de plus de 1 000 lits ont un système complètement informatisé, des approvisionnements aux prises de commandes des repas par les unités de soins.

Or il faut souligner que l'informatisation des systèmes de restauration n'aboutit à une amélioration réelle au niveau du malade que si elle est complète. De plus, là comme ailleurs, la présence d'un système informatique, même complet, n'autorise nullement un préjugé favorable quant à la qualité ou à la fonctionnalité des informations qu'il permet de traiter, encore moins de la qualité gustative du plateau ou de l'assiette. Les logiciels utilisés semblent nombreux : il n'a pas été possible de procéder à leur

analyse mais la commission est loin d'être certaine que leur choix, déterminé localement, ait toujours correspondu à des objectifs de qualité et à des cahiers des charges parfaitement étudiés.

Ce retard pris dans l'informatisation du secteur hôtelier a des répercussions sensibles sur le service apporté au patient : au regard de l'enquête menée, il existe un lien entre l'informatisation et la possibilité donnée au malade de choisir son menu, excepté pour les petits hôpitaux locaux, dont certains peuvent proposer un choix sans pour autant être informatisés. Dès que la taille de l'établissement devient importante, l'informatique devient un critère essentiel de qualité du service hôtelier car il peut seul permettre la diffusion rapide de l'information, nécessaire pour un fonctionnement interactif du système.

- . En ce qui concerne *la diversité de menus*, élément de la qualité de la prestation, 75% des hôpitaux testés, nous l'avons vu, ne proposent pas de choix au malade, ce qui en termes de nutrition pour le patient hospitalisé peut avoir des conséquences non négligeables, et justifie l'idée communément répandue dans le public que l'alimentation hospitalière laisse beaucoup à désirer.

En revanche, compliquant d'autant plus la gestion que celle-ci n'est pas informatisée, les types d'alimentations dites thérapeutiques foisonnent, sous des appellations souvent abusives et, pour beaucoup, sans réelle justification médicale ou scientifique. Ainsi se perpétue l'image archaïque d'une diététique dogmatique inutilement contraignante et nuisant gravement à l'éducation nutritionnelle du patient.

En résumé, l'état des cuisines hospitalières, même s'il tend nettement à s'améliorer depuis quelques années, n'est pas l'unique facteur de performance de la restauration hospitalière.

La sous-traitance de la production par des entreprises de restauration collective extérieures à l'hôpital peut représenter une alternative voire être une source de progrès si elle contribue à modifier des modes de fonctionnement archaïques ; elle ne résout cependant pas les problèmes d'amont (adéquation et saisie des commandes) ou d'aval (distribution à l'hospitalisé, évaluation...).

Lors des restructurations, l'aspect économique du problème a été privilégié au détriment des aspects médicaux de la Nutrition. Cet élément doit être corrélé au *manque de vision globale et intégrée des acteurs du secteur*.

II.2 - Un personnel insuffisamment formé

Les personnels chargés, à quelque niveau que ce soit, de l'alimentation à l'hôpital semblent rencontrer des difficultés pour prendre en charge leur mission.

II.2.1 - Un personnel de cuisine généralement sous qualifié

. La cuisine a longtemps servi de refuge pour affecter les personnels titulaires de la fonction publique qui ne donnaient pas satisfaction dans les autres secteurs hospitaliers. L'embauche des Agents des Services Intérieurs (ASI) ou Agents de Restauration travaillant en cuisine s'effectue souvent sans formation initiale. Il en résulte que beaucoup de ces agents apparaissent assez peu conscients des enjeux ; aussi, les cuisines hospitalières regroupent souvent des agents non formés à ces fonctions ; or, l'art culinaire, augmenté des contraintes spécifiques de la restauration collective et hospitalière, ne s'improvise pas.

Les cuisiniers, embauchés traditionnellement sur CAP tendent à l'être actuellement sur BEP, Bac Professionnel et rarement BTS. Cette amélioration théorique du niveau d'embauche doit être relativisée car ces filières sont en fait orientées plus sur la restauration commerciale que sur la restauration collective et encore moins sur les spécificités de la cuisine hospitalière.

. Parallèlement au manque de formation initiale, il s'avère que les personnels de cuisine *ont peu bénéficié de la formation continue*, le secteur logistique de la restauration ne faisant pas partie, sauf pour une minorité d'établissements, des priorités des acteurs hospitaliers. Beaucoup des formations existantes paraissent essentiellement ciblées sur les aspects techniques laissant de côté les aspects d'ensemble. Il en résulte une faible capacité d'adaptation, entretenue aussi par la "culture de l'oral" qui traditionnellement caractérise les modes de fonctionnement des cuisiniers et aides cuisiniers qui

utilisent assez peu "l'écrit". Or la gestion moderne de ce secteur stratégique passe par la rédaction d'une planification des tâches, d'un plan alimentaire et de menus et recettes-types, que beaucoup ont des difficultés à mettre en place.

Les *cadres cuisiniers* ont longtemps été promus à l'ancienneté ou plus rarement par concours interne, sans forcément acquérir une formation, et donc une compétence, aux techniques modernes de management. Il en ressort un monde des cuisines figé, laissant peu de place aux initiatives individuelles et à la responsabilisation d'agents sans projet d'évolution, d'avenir ou de carrière, peu susceptibles d'être des moteurs d'un changement subi... quand ils ne sont pas des obstacles à une modernisation qu'ils ont du mal à s'approprier.

Le domaine de la cuisine s'apparente encore trop souvent au milieu de l'artisanat alors que la restauration hospitalière devrait pouvoir adopter les modes de fonctionnement du monde semi-industriel.

II.2.2 - Un personnel soignant peu impliqué

L'ensemble des personnels soignants, en formation ou en poste, paraît d'une manière générale et en dehors des services spécialisés, tout comme le corps médical, à la fois insuffisamment formé et insuffisamment impliqué dans la fonction soin que représentent la Nutrition en général et le repas en particulier, volontiers ramené au rang d'une tâche de type purement hôtelière.

Seules semblent échapper en partie à ce relatif désintérêt les situations dans lesquelles les repas ou l'alimentation font partie intégrante d'un projet médical comme la préparation alimentaire à un examen ou la prescription d'un régime défini.

. En ce qui concerne *les infirmières diplômées d'état (IDE)* :

- Il apparaît regrettable que *les programmes d'études* ne contiennent pas de module de formation spécifique à la Nutrition et à l'alimentation des malades. Ces sujets sont abordés au sein de chaque pathologie et l'étude attentive des programmes fait ressortir d'assez nombreux manques. Cette parcellisation nuit à une vision globale de l'alimentation du patient hospitalisé et contribue à la faire considérer comme un soin annexe qui n'a

qu'une importance secondaire et uniquement dans les pathologies spécifiques.

- Selon le décret du 15 mars 1993 qui définit la profession d'infirmière, le repas au sens large fait bien partie du rôle propre de l'infirmière sans que pour autant la "fonction repas" soit définie. Dans la réalité, ce rôle de l'infirmière diplômée d'état est largement abandonné plutôt que délégué aux aides-soignantes et aux agents hospitaliers, par manque de temps et insuffisance de personnel plus que par désintérêt si l'on en juge par l'augmentation du nombre des mémoires de fin d'études d'infirmière sur l'alimentation.

Ainsi les IDE ne participent généralement pas à l'évaluation nutritionnelle du patient et n'encadrent pas suffisamment les aides-soignantes pour la fonction alimentaire et sa surveillance, ce qui est préjudiciable à la transmission d'éléments importants aux médecins.

- . ***L'aide-soignante (AS)*** détient en pratique un rôle très important en ce qui concerne le repas, puisqu'elle intervient directement dans la distribution, la surveillance, le contrôle et l'aide au patient voire la prise de commande des repas lorsque celle-ci existe. Cependant, elle est peu formée pour faire face à cette responsabilité : dans les programmes d'enseignement définis par l'arrêté du 22 juillet 1994, seule la mention "participation à la surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire" figure au sein de l'un des six modules communs (à l'enseignement des auxiliaires puéricultrices). Les contenus et les horaires sont laissés à l'initiative d'enseignants peu ou pas formés à la spécificité nutritionnelle et aux dispositifs réglementaires alimentaires. Le problème de ***la qualification des qualifiants*** se trouve ici posé.

Quant à la formation continue, lorsqu'elle est mise en place, elle n'intègre l'alimentation que dans la mesure où l'établissement s'est préoccupé du problème et il est vraisemblable (on manque ici de données) qu'elle porte essentiellement sur les aspects techniques du fonctionnement des procédures mises en place.

- . ***Les agents des services hospitaliers (ASH)*** interviennent eux aussi sur le terrain de la restauration hospitalière puisque affectés à des tâches actives auprès des patients, en particulier au moment du

repas. Ce sont des personnels sans formation particulière à l'embauche. Leur formation dans les établissements appelle les mêmes remarques que pour les aides soignantes.

II.2.3 - La place mal définie des diététiciens

Les membres du corps des diététiciens sont les seuls personnels techniques spécialisés dans le double domaine de la Nutrition et de l'alimentation. Les personnels de cuisine ou de restauration ont des compétences spécialisées plus limitées à leurs domaines spécifiques d'action. Les diététiciennes (profession presque exclusivement féminine) sont - ou devraient être - *la clef de voûte ou la charnière de l'architecture fonctionnelle de l'alimentation hospitalière*. Elles interviennent, peuvent intervenir ou devraient intervenir à tous les stades du processus car elles sont clairement "concernées" par les divers aspects de l'alimentation hospitalière même si ces différentes fonctions n'ont pas toutes, bien évidemment, à être de leur responsabilité directe : achats, surveillance de la production, organisation et contrôle des systèmes généraux de la prestation alimentaire dont elles sont les garantes, gestion et mise en oeuvre des unités diététiques lorsqu'elles existent, mise en application des prescriptions médicales (en cours d'hospitalisation et à la sortie), enquêtes alimentaires et suivi des patients pendant l'hospitalisation, consultations externes, éducation des patients et de leur famille, formation des personnels.

L'enquête effectuée (sur les établissements où des diététiciennes sont présentes) ne permet pas de préciser très finement comment se répartissent leurs actions au sein de leur emploi du temps. Toutefois, parmi les tâches signalées on relève : prescriptions de régimes pendant l'hospitalisation (100%), à la sortie (95%), consultations et enquêtes alimentaires (85%), ce qui souligne que toutes les diététiciennes hospitalières ou presque participent à des tâches de soins spécialisés. 70% interviennent dans la surveillance de la production sans que l'on puisse préciser leur niveau d'intervention. En revanche fabrication de compléments alimentaires ou formation des personnels ne sont cités que par 25% des établissements, ce qui témoigne très probablement de l'insuffisance des équipements diététiques et de la non implication des diététiciennes dans une politique alimentaire d'établissement.

La diversité de ces rôles potentiels, à l'interface des services médicaux et administratifs, explique sans doute que la place des diététiciennes (actuellement classées parmi les rééducateurs !) au sein des structures hospitalières ait été et soit toujours difficile à trouver.

- . Hiérarchiquement placées sous l'autorité du directeur ou de son adjoint chargé des services économiques (en principe), elles font souvent figure d'éléments allogènes mal intégrés dans les services de soins non spécialisés, d'autant plus que l'intérêt porté par les médecins aux problèmes alimentaires ou nutritionnels est plus faible et qu'ils sont moins compétents dans ce domaine.

Personnels typiquement "para médicaux" dans leurs fonctions de soins, elles sont trop souvent livrées à elles-mêmes dans leurs actions de soins et sans soutien médical dans leur rôle d'expert face à des directions hospitalières peu sensibilisées aux problèmes nutritionnels et sans compétence dans ce domaine ; le risque que leur rôle soit considéré comme relativement subalterne est grand. Le fait que leurs interventions d'ordre médical, enquêtes alimentaires ou prescriptions de régime, ne fassent pas l'objet d'une saisie d'activité et que leurs prestations à titre externe (consultations) ne donnent pas lieu à facturation paraît à cet égard très révélateur. La position des diététiciennes, assez fluctuante dans les organigrammes typiques des établissements hospitaliers, ne leur permet pas toujours d'assumer pleinement les divers rôles qui pourraient être les leurs. Une enquête détaillée pourrait montrer combien d'hôpitaux intègrent la restauration et la Nutrition dans leur projet d'établissement et par conséquent donnent aux diététiciennes le rôle que devrait être le leur.

- . Il faut remarquer à cet égard que la formation de base des diététiciennes, issues d'un BTS ou d'un diplôme d'IUT (BAC + 2 dans les deux cas), ***ne les prépare pas pleinement à des fonctions hospitalières*** (qu'exercent environ 80% d'entre elles) qui dépassent largement celles de techniciennes.

Trop théorique, insuffisamment médicalisé ou superficiel, ignorant largement des pans entiers de la Nutrition (comme le comportement alimentaire, la psychologie...), effleurant l'informatique et les techniques de communication, non formateur en matière d'organisation d'une unité semi-industrielle de production, ne

comptant pas assez de stages pratiques (20 semaines sur 2 ans), le programme ne paraît pas bien adapté à la complexité des tâches de la diététicienne hospitalière. Le fait que la formation des diététiciennes soit rattachée à l'enseignement technique et non au Ministère de la Santé constitue certainement un handicap. La formation des diététiciennes en France n'a rien de comparable avec celle des "nutritionnists" dans les pays Anglo-Saxons, au Canada et dans certains pays d'Europe, qui dure trois à cinq ans.

Quant à leur formation continue, particulièrement nécessaire dans un domaine aussi évolutif, elle souffre manifestement d'une carence institutionnelle et est laissée le plus souvent à l'initiative personnelle (congrès, lecture...) sans aucun ciblage correspondant aux besoins réels des établissements.

Enfin, même si des modifications récentes sont intervenues dans ce domaine, il faut signaler la relative faiblesse des possibilités d'avancement.

- . Les effectifs de diététiciennes doivent être considérés *comme très insuffisants*. Ainsi 27% des établissements interrogés n'en emploient pas, 50% des structures de 200 à 400 lits en sont dépourvues. On relève 218 diététiciennes pour 25 580 lits (en moyenne 1 pour 117 lits) mais il existe une très grande hétérogénéité que n'expliquent pas totalement les différences probables dans les domaines d'activité des établissements : de 1 pour 38 à 1 pour 800 lits dans les établissements de 400 à 845 lits, les chiffres les plus fréquents se situant autour de 1/200-250 ; pour les hôpitaux de plus de 1 000 lits les extrêmes sont de 1/84 à 1/162.

On est ici loin des ratios fixés (en 1970 !) par la CEE qui était de 1/40, 1/75 et 1/100-150 pour les lits spécialisés, d'aigus et de longs et moyens séjours respectivement.

L'insuffisance des effectifs est très certainement un frein à la capacité de l'hôpital à se décloisonner, frein qui handicape très nettement la qualité des soins, en particulier la Nutrition apportée au patient.

II.3 - Un corps médical peu motivé

L'intérêt que porte le corps médical aux problèmes de la Nutrition ne peut pas être considéré à l'heure actuelle comme répondant aux besoins de la population, ni au plan de la prévention, ni à celui des soins. Le monde hospitalier ne peut qu'en supporter les conséquences. La Nutrition n'existe en tant *qu'enseignement universitaire obligatoire* que depuis environ 10 ans et il est somme toute logique que cette discipline apparaisse encore comme déficitaire même si elle se développe avec une sage lenteur.

L'enseignement obligatoire de la Nutrition dispensé dans les UFR médicales par un corps spécifique assez limité (la sous-section de Nutrition du CNU ne comporte que quelques dizaines de membres) ne comprend que 20 heures théoriques en deuxième cycle. Une enquête récente du Collège des Enseignants de Nutrition montre que la moitié des 42 UFR françaises ne respecte même pas ce quota limité. *Le programme de l'internat*, qui s'impose de facto à celui de l'enseignement de deuxième cycle, ne contient pratiquement pas d'item nutritionnel spécifique, les questions posables relatives à la Nutrition relevant d'autres disciplines dans lesquelles elles sont noyées. On observe une parcellisation de la formation en Nutrition des médecins du même type que celle qui a été signalée pour le personnel soignant. Ceci ne peut pas favoriser la formation en Nutrition des étudiants en médecine, ni l'intérêt et l'action des membres les plus jeunes et les plus "généralistes" du corps médical hospitalier que sont les internes, dont beaucoup deviendront des responsables hospitaliers. Quelques expériences ponctuelles ont montré qu'il était très difficile de les amener à participer à des séances de formation organisées localement.

Quant à la formation des spécialistes en Nutrition, elle ne repose que sur un DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) qui ne procure pas une *véritable qualification* mais seulement une "compétence" annexe, accessible aux spécialistes des disciplines comme l'endocrinologie, la pédiatrie, la gastro-entérologie ou la médecine interne dont les formations initiales sont loin de couvrir tous les aspects de la Nutrition. On ne peut que constater qu'à peine une dizaine d'anciens internes, titulaires d'un DES, s'inscrivent chaque année au DESC de Nutrition dont l'absence de valorisation est

flagrante. Dans beaucoup de CHU, les postes d'interne en "Nutrition", en faible nombre, ne sont pas tous choisis alors qu'il est nécessaire d'avoir exercé des fonctions d'interne dans des services "qualifiants" pour avoir accès au DESC.

Au niveau de l'hôpital, seuls certains services spécialisés - diabétologie, gastro-entérologie et chirurgie digestive, cancérologie et greffe, pédiatrie, gériatrie... - s'intéressent activement aux aspects nutritionnels de la pathologie qui les concerne et ont pu, dans bien des cas au prix de luttes héroïques, se doter des personnels et structures adéquats (notamment diététiciennes et cuisines diététiques) qui fonctionnent le plus souvent en marge des structures générales de l'établissement incapables d'assurer convenablement les prestations nécessaires.

Ceci ne doit pas cacher que les problèmes généraux de la Nutrition et de l'alimentation hospitalière et son organisation d'ensemble *n'ont pas bénéficié des impulsions et des demandes issues du corps médical*, naturellement à l'origine du développement et du progrès. Sous estimant souvent les aspects médicaux de l'alimentation (cf. I-1), l'ensemble du corps médical ne s'implique pas ou n'a pas été suffisamment impliqué dans la problématique générale de l'alimentation hospitalière ; lorsque celle-ci est prise en considération par les gestionnaires, les actions mises en place se déroulent la plupart de temps en dehors des médecins hospitaliers ou de leurs représentants. La faiblesse des effectifs médicaux réellement compétents en Nutrition n'est pas la seule explication de cet état de fait : l'expérience de la plupart des médecins spécialistes présents dans la commission montre que les établissements dans lesquels ils exercent n'ont nullement cherché à les impliquer. Si cette attitude n'a peut-être pas été toujours intentionnelle de la part des administrations, cela témoigne au moins du fait que la "restauration" reste considérée comme une fonction purement hôtelière... pour ne pas dire ancillaire.

II.4 - Une administration sous estimant les enjeux

II.4.1 - Les directeurs d'établissement

Le directeur d'hôpital propose, définit et met en oeuvre la politique générale de l'établissement votée par le conseil d'administration. Dans ce cadre, c'est à lui que *revient la charge de décider, d'impulser et d'évaluer le développement d'une politique alimentaire globale de qualité*. Il se situe donc dans une position stratégique clé dans la procédure de renouvellement de la place de l'alimentation-restauration à l'hôpital. Au regard des expériences dans ce domaine, on peut affirmer que sans implication déterminée de la direction toute tentative pour sortir des routines et mettre en place une démarche qualité sera vouée à l'échec, au moins partiel.

La commission constate que, en l'absence de directives générales venant des tutelles diverses qui s'exercent sur l'hôpital, seuls ont progressé les établissements dont les directions, conscientes des problèmes soulevés par "l'accueil alimentaire", se sont courageusement attachées à y porter remède, sans pour autant toujours réunir les moyens matériels et humains nécessaires, ni concevoir les enjeux dans leur globalité.

Il faut noter que les exemples de réussite ont souvent bénéficié de l'apport d'entreprises de restauration collective industrielle qui ont pu apporter leur savoir faire professionnel acquis dans le monde concurrentiel privé, notamment en matière d'organisation, de planification, de démarche qualité.

Ce rôle de la direction est particulièrement bien illustré par l'expérience du CHG de Villefranche sur Saône engagé dans une nouvelle approche alimentaire de qualité, fondée sur une action collective (décrite dans l'annexe VI).

. La gestion des personnels est exercée par le directeur, dans le cadre du statut de la fonction publique. C'est à lui que revient le pouvoir de définir les tâches des agents administratifs et d'organiser les services. Il devra donc être très impliqué dans la démarche de qualité, qui nous l'avons vu, dépend étroitement de la mise en oeuvre d'une politique de qualification et de motivation des personnels et de la définition d'objectifs précis.

- . Responsable de la *préparation du budget*, le directeur est donc responsable de la détermination des moyens budgétaires consacrés à l'alimentation. Ceux-ci ont bien évidemment une importance capitale, même s'il n'y a pas toujours une relation directe entre coût réel et qualité de la prestation, celle-ci dépendant tout autant de l'organisation générale de la chaîne alimentaire que des moyens financiers qui lui sont consacrés.
- . Responsable de l'achat des matières premières, le directeur intervient dans la définition des *cahiers des charges* nécessaires à la procédure de marché public de consommables. Or bien souvent les aspects économiques semblent privilégiés au détriment d'autres critères comme la qualité nutritionnelle et gustative. Dans une période où les choix budgétaires des établissements sont particulièrement délicats, des efforts restent à faire pour optimiser les performances des systèmes à moyens constants et pour accorder à l'alimentation hospitalière la place qui lui revient dans la "production" hospitalière. Dans l'ensemble la "restauration" ou "l'alimentation" hospitalière semble loin d'être partout considérée comme devant faire partie des quelques priorités majeures.
- . Au regard de l'importance stratégique de leurs compétences, il apparaît certaines *carences au niveau de la formation des directeurs d'hôpitaux*. La formation initiale donnée à l'ENSP (Ecole Nationale de la Santé Publique) n'envisage pas l'alimentation comme partie intégrante du soin ; la formation des futurs gestionnaires hospitaliers a tendance à n'aborder que les éléments économiques et procéduraux (imposés par le Code des Marchés Publics) du secteur de la restauration. Une mauvaise connaissance de l'ensemble engendrera par la suite une vision imparfaite du domaine pourtant complexe qu'est celui de l'Alimentation-Nutrition hospitalière, même s'il est à souligner que certains directeurs d'hôpitaux se sont intéressés à ce domaine et ont pu proposer, initier et réaliser une démarche de qualité de l'alimentation hospitalière.

II.4.2 - Les personnels administratifs

Dans la quasi totalité des hôpitaux ce sont des agents administratifs, travaillant aux services économiques, qui sont chargés de l'achat des

matières premières consommables. La qualité gustative et nutritionnelle des repas servis aux patients dépendra donc aussi de cette étape préalable. La politique d'achat est en grande partie dépendante du budget disponible ce qui n'est pas de leur ressort direct.

Cependant, ces agents sont généralement dépourvus de compétence en matière de Nutrition. Même si dans leurs choix quotidiens ils sont souvent guidés par le responsable de la cuisine et le service diététique, il n'en demeure pas moins qu'une formation sensibilisante leur serait d'autant plus utile que l'établissement ne possède pas de structure de restauration intégrée (notamment lorsqu'il est de petite dimension). Cette formation, nécessairement réalisée dans le cadre de la formation interne (plan de formation annuel) pourrait être mise en place à l'échelon départemental ou régional afin de rassembler les compétences adéquates en matière de formation si elle fait défaut localement.

II.5 - Un cloisonnement hospitalier

L'hôpital, du fait de ses missions, *est caractérisé par une organisation complexe.*

Bien souvent premier employeur de la ville, il se compose d'une multitude d'agents au passé, à la culture, à la formation et aux tâches primaires très différents. Tous ces métiers, à la logique parfois distante, concourent ensemble au bien être, aux soins et à la satisfaction du client-malade.

L'organisation hospitalière est composée de filières juxtaposées les unes aux autres : filières de soins composées de personnel médical et para médical, filière logistique chargée de l'entretien et de l'hôtellerie, filière administrative chargée de la gestion de cet ensemble. Ces différentes filières semblent *manquer bien souvent de cohésion entre elles*, cohésion pourtant nécessaire à la bonne marche du fonctionnement, chacun des métiers de l'hôpital ignorant en général les contraintes et les objectifs réels des autres. Cette absence de cohésion est parfois sensible dans le domaine de l'activité médicale proprement dite. Elle est manifeste dans celui de l'alimentation.

Cet état de fait est en grande partie lié à la façon dont est conçue l'organisation de l'hôpital qui facilite d'autant moins la communication

entre les différentes parties prenantes qu'elles ne s'appuient pas sur un système intégré et cohérent d'objectifs et d'actions.

- . L'organisation architecturale de l'hôpital divise géographiquement les différents secteurs : l'administratif n'est pas mêlé aux soins, le logistique et le technique sont géographiquement éloignés du centre de soins. Cette distance, souvent incontournable pour de multiples raisons, apparaît comme un frein relatif au rapprochement des métiers, même si la mise en place de réseaux informatiques (encore à venir dans beaucoup d'endroits) permet la communication immédiate à distance et le transfert des données.
- . Jusqu'à très récemment, l'hôpital, dans le cadre de la formation continue, avait peu tendance à mettre en place des *formations transversales* sur des thèmes communs à l'ensemble des circuits, reproduisant ainsi ce même cloisonnement et réduisant ce moyen de dialogue efficace entre les différents corps de métiers. Il se pourrait, qu'en dépit d'un investissement professionnel indéniable et d'un "dévouement" à la cause du "malade" reconnus et vantés à juste titre, chacun d'eux cherche les voies de son légitime développement sans réaliser pleinement que l'oeuvre est collective.
- . De même, la *formation des cadres hospitaliers* est organisée par secteurs. Chaque corps a son système de formation-promotion propre, peu perméable aux autres corps. Même à l'intérieur des cycles de formation des cadres (type école des cadres soignants), les autres secteurs sont peu évoqués. La perméabilité et les échanges au cours de cette formation importante manquent ; bien qu'il ne s'agisse pas de proposer l'unification des formations des cadres (chaque filière ayant sa propre problématique), des échanges à cette occasion seraient certainement profitables.
- . Enfin sur le terrain, rares sont les occasions de réunir les différents acteurs. La réforme hospitalière de 1990 a permis des progrès et laissé le champ ouvert à des montages locaux, *pourtant il existe peu de groupes de travail transversaux* et encore moins *d'organisations fonctionnelles transversales* sans lesquels aucune politique d'ensemble efficace ne peut voir le jour. Les contraintes et les obstacles inhérents à toute structure complexe rendent encore plus

nécessaire le découplage indispensable à la création d'une dynamique de qualité réformant la fonction Alimentation-Nutrition. C'est sans doute le moyen par lequel la *gestion des interfaces*, particulièrement sensible dans ce domaine, pourrait progresser. Bien d'autres secteurs des tâches de l'hôpital pourraient en bénéficier ; celui de l'alimentation en est l'exemple type.

III - Une Recherche en Nutrition Clinique marginale

La Nutrition étant une discipline aux limites imprécises, il apparaît particulièrement difficile de se livrer à un recensement des actions de recherche la concernant : *ses thématiques* et *ses instruments d'analyses* sont en effet fort divers, puisqu'ils peuvent aussi bien concerner les sciences du comportement que la génétique moléculaire, les conséquences physiologiques ou physiopathologiques de l'alimentation de la population en général (supposée saine ou normale) que la recherche sur les causes et le traitement des affections à composantes nutritionnelles. De plus le mot "clinique" est lui-même susceptible d'être interprété de façon variable et subjective selon l'horizon auquel appartiennent ceux qui l'emploient, "alimentant" ainsi des discussions sans fin.

L'ensemble des jugements susceptibles d'être portés sur la recherche en Nutrition en France apparaît donc manifestement aller bien au delà de l'objectif de cette mission, même si l'insuffisance de la recherche en Nutrition est jugée comme une évidence par les cliniciens nutritionnistes. Ceci contraste de façon flagrante avec la popularité du thème et l'importance que chacun lui donne, à commencer par les divers médias.

Si on se limite aux aspects qui semblent plus directement concernés par ce rapport - l'alimentation hospitalière et ses conséquences pour le patient en termes de santé aussi bien qu'en termes de qualité de vie - le fait même que la commission n'ait pu s'appuyer sur une abondante littérature scientifique justifie le qualificatif de "marginale" utilisé dans l'intitulé de ce chapitre.

Il serait d'ailleurs logique d'inclure dans la problématique concernée ici l'état nutritionnel du malade au moment où il se présente à l'hôpital, puisque les réponses que celui-ci peut fournir en termes de

soins, d'éducation et de prévention en dépendent manifestement de même que l'évaluation de l'impact hospitalier.

. Epidémiologie nutritionnelle du patient hospitalisé et méthodes d'analyses, comportements alimentaires, conséquences physiologiques et physiopathologiques des divers aliments en fonction du terrain et des pathologies, analyse des conséquences médicales et économiques de la dénutrition et moyens techniques d'y remédier, besoins énergétiques et qualitatifs des personnes âgées, évaluations comparatives de l'efficacité de différentes pratiques d'alimentation hospitalière, recensement des besoins d'éducation et méthodologies de l'information thérapeutique... sont ***quelques uns des thèmes d'importance pour la santé publique*** dont on peut dire sans réserve qu'ils sont à peine effleurés voire totalement négligés. Certains de ces thèmes dépassent en partie le problème de l'alimentation à l'hôpital qui n'est que l'un des aspects du système de soins, mais il n'est pas étonnant que les diverses politiques alimentaires menées par les établissements hospitaliers français s'effectuent en ordre dispersé et sans idée directrice faute de pouvoir disposer d'une information de base de qualité.

Le jugement selon lequel, dans son ensemble, la Nutrition clinique en serait presque encore à un stade pré-scientifique est à peine exagéré tant les besoins de connaissance apparaissent à la fois considérables et peu pris en considération.

. ***L'analyse des facteurs responsables de cet état de fait est malaisée.***
On pourrait retenir :

1. Insuffisance quantitative de spécialistes (chercheurs, enseignants chercheurs ou praticiens hospitaliers) réunissant à la fois compétences, formation scientifique adéquate d'une part, intérêt pour ces diverses problématiques et souci d'y développer des actions de recherche de qualité scientifique de bon niveau d'autre part.
2. Absence de volonté d'aborder ces thèmes de la part des organismes de recherche.

- . **L'INSERM** par exemple déclare consacrer, en 1994, 67,9 M.F. (salaires des personnels) à la recherche en Nutrition et recense 78 chercheurs impliqués dans la Nutrition Clinique (en fait probablement un peu plus car on peut relever dans la liste fournie quelques omissions notables).

L'analyse détaillée de cette liste permet aisément de constater que la plupart de ces personnels se consacrent en fait à des thématiques plutôt fondamentales, centrées sur les mécanismes physiopathologiques (dont il ne s'agit pas ici de nier l'intérêt ou la qualité) qui n'ont que de lointains rapports (sauf quelques exceptions) avec les problèmes cliniques de santé quotidiens. Les critères de sélection des chercheurs conduisent certainement à privilégier sans doute de façon exagérée les thématiques dites "nobles" (publiables dans les journaux scientifiques internationaux), basées sur les techniques "dures" de la biologie moléculaire au détriment des besoins pragmatiques et immédiats des soins. On ne peut que regretter que la représentation des cliniciens au sein des commissions spécialisées soit très faible parce que non souhaitée. Des fonctions aussi importantes que celles de "veille scientifique" permettant de définir quels problèmes de santé méritent d'être étudiés et quels moyens doivent y être consacrés, ou "d'expertise collective" élaborant des rapports périodiques sur les thèmes importants pour la santé publique semblent mal assurées voire inexistantes. En tous cas les divers aspects de la Nutrition n'ont pas été concernés.

Peut-être faut-il ici remarquer qu'il ne semble pas y avoir eu de demande formelle des tutelles, notamment du Ministère de la Santé, susceptibles d'influer sur l'orientation des axes prioritaires établis par le Conseil Scientifique : il ne peut qu'en résulter une absence de politique globale ciblée sur les problèmes d'intérêt général dont la Nutrition fait incontestablement partie.

On peut noter que malgré la popularité de la Nutrition dans le public et les médias, aucune action médiatique privée "sauvage" du type Téléthon (capable de réunir des sommes de l'ordre du quart des crédits de fonctionnement de l'INSERM !) n'est venue combler ces déficits structurels et fonctionnels.

- . Depuis quelques années *un certain nombre de grands établissements hospitaliers* ont pris l'heureuse l'initiative de consacrer à la recherche dite clinique des crédits non négligeables, distribués sur appel d'offre et évalués par des conseils scientifiques indépendants sous les auspices de Délégations à la Recherche Clinique comme il en existe par exemple à l'AP-HP. Il ne semble pas que beaucoup de projets concernant la Nutrition aient été financés : ici comme pour l'INSERM, mais de manière plus surprenante encore, *aucune programmation finalisée et incitative* ne semble avoir vu le jour, pour favoriser l'émergence d'actions de recherche sur le fonctionnement ou l'organisation de l'hôpital et la qualité de sa production ; la faiblesse des moyens humains de la Nutrition hospitalière explique aussi que peu de projets de bon niveau scientifique puissent être soumis ; là encore les critères selon lesquels ils sont jugés contribuent à renforcer le cercle vicieux dans lequel la Nutrition se trouve engagée.

- . Certes il existe des structures et des procédures *d'évaluation des soins*, au niveau général ou local. De constitution relativement récente, elles ne nous paraissent pas s'être saisies ou avoir été saisies des problèmes de la Nutrition en général et de l'alimentation hospitalière en particulier.

- . *Les Caisses d'assurance maladie*, qui devraient être intéressées au premier chef par la production hospitalière, dont le poids dans les dépenses de santé n'est plus à souligner, ne nous paraissent pas non plus s'être beaucoup impliquées dans la recherche concernant la Nutrition hospitalière dont les dysfonctionnements décrits dans ce rapport ne peuvent manquer d'avoir des retombées ne serait ce qu'en termes financiers.

- . Les seules actions significatives en matière de Recherche en Nutrition ont été entreprises :
 - D'une part par le *Ministère de la Recherche et de la Technologie* : programmes Alimentation 2000, Alimentation demain. Ces programmes sont centrés sur l'alimentation de l'homme sain et sont soucieux à juste titre d'y associer les entreprises agro-alimentaires mais n'ont pas vocation à s'intéresser à

l'alimentation hospitalière.

- D'autre part par *l'INRA*, qui tend à développer sa recherche en Nutrition Humaine et pour lequel l'accès aux infrastructures hospitalières est une obligation légale. Les collaborations institutionnelles entre l'INRA et diverses structures hospitalières (trois Centres de Recherche en Nutrition Humaine en France) ou le récent accord cadre INRA - AP-HP dont la Nutrition est un mot clef, sont des exemples importants et riches de promesses. Leurs procédures de mise en oeuvre sont cependant très lourdes ; les problématiques sur lesquelles ils se focalisent, forcément pointues et spécifiques, ne peuvent couvrir l'ensemble des besoins.

En résumé, *la Recherche en Nutrition Clinique souffre en France de sa dispersion et de l'absence d'une politique globale* définissant ses objectifs et cernant les limites de son domaine d'action. Ici aussi il se pourrait qu'elle ait été jusqu'à présent considérée comme très secondaire.

2ème PARTIE

RECOMMANDATIONS POUR UNE ALIMENTATION HOSPITALIERE DE QUALITE

A partir des constats et des analyses développées dans la première partie de ce rapport, il semble possible de proposer à la puissance publique d'état *un ensemble de mesures structurelles* destinées à fournir aux établissements hospitaliers français, dont la gestion dépend des collectivités locales et le financement des systèmes de protection sociale, un certain nombre de moyens susceptibles d'améliorer la qualité de leurs prestations alimentaires et de mieux faire face aux besoins nutritionnels de la population hospitalisée.

La mise en application de ces mesures devrait permettre à la fois :

- . de montrer *l'intérêt* que porte la tutelle ministérielle aux divers aspects de la Nutrition en termes de Santé Publique aussi bien que de soins spécifiques ;
- . d'impulser *un changement dans l'approche conceptuelle d'ensemble* qui préside à la mise en oeuvre des politiques locales de rénovation ou de restructuration hospitalières. Ceci implique :
 - d'une part que chaque établissement hospitalier soit fortement incité à se doter d'une structure de réflexion globale des acteurs hospitaliers dans le domaine de l'alimentation et de la Nutrition ;
 - d'autre part que soit reconsidérée la politique des ressources humaines dans ce secteur : définition des tâches, formations initiales, formation continue.
- . d'assurer *un suivi et une évaluation permanente* dans un domaine fortement évolutif tant aux échelons locaux que régionaux ou nationaux.

I - Une politique alimentaire affirmée

Pour que la Nutrition hospitalière trouve au sein des établissements la place qui doit être la sienne pour répondre aux multiples besoins médicaux et aux attentes du public, ***une politique alimentaire cohérente et adaptée*** devrait pouvoir se mettre en place en évitant les rigidités qui naîtraient inévitablement d'une centralisation excessive. ***Trois idées force*** pourraient permettre de mieux harmoniser les moyens existants et d'assurer aux investissements (matériels et humains) qui de toutes façons interviendront - qu'ils soient déjà programmés ou à venir - une meilleure efficacité.

- Le patient doit être au centre de la réflexion,
- Une démarche de qualité doit être développée,
- Une structure moteur doit être mise en place.

I.1 - Le patient au centre de la réflexion hospitalière

Puisque la vocation d'un service public est de servir les besoins de ses usagers - là comme ailleurs le mot "clients" serait plus approprié -, ceux là comme ceux ci doivent servir de base à la réflexion concernant les objectifs à atteindre et les moyens fonctionnels et structureux de les obtenir.

L'objectif premier et unique des restructurations des cuisines ne peut se situer uniquement sur les plans de la mise en conformité avec les aspects réglementaires, des facilités logistiques et des gains financiers et/ou comptables, même si ces aspects sont à l'évidence à la fois des instruments du progrès et des contraintes incontournables.

L'analyse des besoins du patient dans la totalité de leurs aspects et leur satisfaction doit donc être le pilier des différents niveaux de la restauration hospitalière.

I.1.1 - L'évaluation nutritionnelle

En amont, ***l'évaluation nutritionnelle devrait être systématique*** - même si elle peut revêtir des niveaux de précision variables selon les cas - dès l'admission de tout patient hospitalisé comme l'est l'évaluation des grandes fonctions vitales. Il est en effet indispensable d'être en mesure d'assurer le dépistage précoce des dénutritions et des situations à

risque. *Tâche médicale par nature*, elle ne nécessite pas de connaissance très spécialisée de la part de ceux qui seraient chargés d'en recueillir les éléments de base. Des grilles d'analyse composées de critères simples et faciles d'utilisation comme celle inspirée de Baker (annexe IV) devraient être largement diffusées et analysées et devraient *figurer dans le dossier médical* comme l'est la classique "pancarte hospitalière". Elles devraient être remplies par les personnels soignants médicaux, ce qui aurait en outre l'avantage de contribuer à la formation en Nutrition des étudiants en médecine au cours de leurs stages hospitaliers. Les personnels para médicaux, notamment les infirmières diplômées d'état et les diététiciens, devraient être en mesure d'y contribuer selon la répartition des tâches existant à l'intérieur de chaque unité fonctionnelle.

Au cours de l'hospitalisation un suivi nutritionnel, comportant notamment *l'évaluation des apports alimentaires réels* des patients et l'analyse des raisons de tous ordres qui peuvent contribuer à leur éventuel déficit devraient eux aussi être intégrés dans la pratique. Ce suivi nécessite une collaboration et une transmission d'information structurée et "organique" entre les différents agents soignants, de l'agent hospitalier au médecin en passant par les cadres infirmiers et les diététiciens.

Des actions de sensibilisation des personnels (cf. infra) devraient concourir à une meilleure prise en compte de cette évaluation, mais il serait certainement utile de l'intégrer *parmi les tâches normales et habituelles* des équipes soignantes puisqu'il s'agit d'un paramètre important de la prise en charge de l'hospitalisé.

Au delà de l'évaluation clinique de base qui suffit dans la plupart des cas à déterminer les actions thérapeutiques minimales nécessaires, et dont la systématisation représenterait déjà un progrès très notable, l'obtention de moyens d'analyse et d'exploration plus sophistiquées, notamment en ce qui concerne la composition corporelle et la dépense énergétique, devrait être plus souvent accessible aux services et structures de soins (services spécialisés en particulier mais pas seulement) qui, du fait des pathologies traitées, en ont manifestement besoin.

I.1.2 - Les aspects particuliers de l'infection par le VIH

Il n'est pas dans les objectifs proprement dits de cette mission de faire des recommandations détaillées et spécifiques de chaque situation particulière qu'il appartient à chaque établissement d'analyser et de gérer (cf. I.3).

Néanmoins une attention particulière doit être accordée ici aux besoins nutritionnels des patients *infectés par le VIH* compte tenu de l'importance du problème et des spécificités de cette affection, quel que soit son stade d'une part, de la quasi inexistence de structures appropriées d'autre part, enfin parce qu'ils permettent d'aborder le problème plus général de l'assistance nutritionnelle entérale et parentérale qui concerne également bien d'autres pathologies.

Même si des données scientifiques indiscutables et probantes ne peuvent être considérées comme définitivement acquises, une prise en charge diététique précoce peut permettre une certaine prévention de l'amaigrissement ; l'assistance nutritive par voie entérale a prouvé son efficacité et reste trop peu utilisée bien qu'elle soit facile à mettre en oeuvre et peu coûteuse ; la Nutrition Parentérale (en cours d'évaluation dans le domaine du SIDA comme dans d'autres pathologies) pourrait être utilisée mais les malades ont peu accès aux centres hautement spécialisés capables de la conduire dans des conditions satisfaisantes (par exemple l'incidence des complications septiques varie de 1 à 20 pour 1000 jours de traitement selon qu'il s'agit d'un service spécialisé ou d'un service de médecine générale).

Dans *le domaine des moyens de lutte contre les conséquences de l'infection par le VIH* il apparaît donc nécessaire d'envisager :

- . le développement des consultations spécialisées de Nutrition associant médecins et diététiciens formés à la prise en charge de ces patients ;
- . de favoriser l'hospitalisation de "nuit" ;
- . la création de *structures hospitalières spécialisées* pour les prises en charge des problèmes nutritionnels du SIDA. Peu nombreuses, elles pourraient :
 - assurer un rôle moteur dans la formation, la recherche et l'évaluation,
 - prendre en charge les cas les plus difficiles,

- mettre en place des équipes mobiles aidant à la prise en charge nutritionnelle dans d'autres services ou en hospitalisation à domicile,
- assurer la gestion de la Nutrition parentérale à domicile dans le cadre des Centres de Nutrition agréés.

Il n'apparaît pas souhaitable que ces structures soient indépendantes. L'organisation des unités de soins palliatifs pourrait ici servir de modèle (bien que leurs objectifs thérapeutiques soient différents). Leur lieu d'implantation peut être discuté, leur présence dans ou à côté des services de médecine interne orientés vers la prise en charge des malades atteints du SIDA mais s'occupant également d'autres pathologies chroniques (cancérologie notamment) apparaissant comme une des plus souhaitables.

I.1.3 - Les objectifs généraux

Cependant les impératifs proprement médicaux et techniques ne doivent pas occulter le fait que la clientèle hospitalière est aussi constituée de nombreux patients qui ne posent aucun problème d'ordre nutritionnel. Pour ceux-ci la fonction d'accueil reste dominante. En fait, comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, distinguer fonction thérapeutique et fonction d'accueil est artificiel.

Il en résulte que toute structure hospitalière doit être en mesure de réaliser ***un certain nombre d'objectifs généraux***. Il semble indispensable que les établissements hospitaliers, quelle que soit leur nature, leur taille et leur clientèle, puissent accéder à un niveau de performance qualitative en matière de prestations alimentaires qui soit à la hauteur des efforts faits en matière d'humanisation (dont elles font d'ailleurs partie) et que les moyens modernes de gestion permettent. Il semblerait plus naturel en effet ***qu'au lieu de demander au patient de s'adapter aux contraintes de l'établissement, ce soit l'hôpital qui s'adapte au système de vie de l'usager malade***. Ceci a été fait avec succès en pédiatrie avec l'installation d'écoles et l'introduction des familles.

Ces objectifs généraux doivent être au minimum :

- . d'offrir des possibilités réelles de **choix** personnels à l'intérieur des différents menus afin de respecter autant que faire se peut les habitudes culturelles alimentaires tout en gardant à l'esprit que la fonction "d'éducation nutritionnelle" pourrait tirer un bénéfice certain d'une orientation de ces choix par les personnels concernés ;
- . d'adapter les **horaires** aux nécessités biologiques et les rendre compatibles avec les nécessités de la prise en charge médicalisée ;
- . d'assurer des rythmes alimentaires, un fractionnement de la ration et des quantités **correspondant aux besoins réels** de façon souple et adaptable et se référant davantage au rythme personnel du patient notamment en ce qui concerne **la durée** des repas souvent insuffisante ;
- . d'obtenir des procédures de fabrication et des circuits de distribution **une qualité organoleptique satisfaisante** pour la plupart (sans pour autant vouloir prétendre à une gastronomie élaborée) ;
- . de maintenir la **sécurité bactériologique** en privilégiant les technologies qui le permettent ;
- . de sauvegarder au maximum **les aspects conviviaux** du repas, ce qui est certainement possible dès lors que les patients disposent d'une certaine autonomie et sont valides. A cet égard, il convient de recommander, chaque fois que cela est possible et en fonction des types de patients particuliers à chaque unité ou service (gériatrie notamment mais pas seulement), la mise en place de salles à manger qui, en outre, peuvent servir de support aux actions éducatives et évitent de "désocialiser" les patients ;
- . de **médicaliser davantage** qu'elle ne l'est à l'heure actuelle la politique alimentaire.

I.2 - Une démarche de qualité

Cette adaptation de l'institution aux contraintes personnelles des patients rend nécessaire la mise en place d'une démarche globale de qualité.

Une telle démarche de qualité vise à satisfaire de façon progressive et constante les besoins et les attentes exprimés ou implicites des patients hospitalisés et des autres clients potentiels (personnel par exemple) de l'hôpital. Cette politique de restauration est partie intégrante d'une **démarche plus globale de qualité** mise en place au niveau de chaque établissement hospitalier et pourrait s'inspirer des étapes nécessaires pour obtenir la certification des systèmes d'Assurance Qualité (norme ISO 9000 ou 9002).

Cette politique de qualité ne peut se développer au départ sans investissement et un engagement de la direction qui définira les objectifs et ses orientations en termes de qualité de l'alimentation. Ces objectifs doivent être largement communiqués et diffusés à l'ensemble des acteurs hospitaliers impliqués, à quelque titre que ce soit.

Cette démarche visant à servir des repas de qualité adaptés aux besoins nutritionnels de chaque patient passe par la **constitution d'un cahier des charges**, sorte de contrat d'objectifs, de moyens et de résultats, l'élaboration duquel l'ensemble des acteurs hospitaliers, corps médical compris, est appelé à participer. Il doit contenir l'ensemble des dispositions adaptées à chaque étape de la chaîne. La réalisation d'une série d'objectifs intermédiaires coordonnés entre eux permettra d'atteindre les objectifs finaux. Ces dispositions doivent prendre en compte l'hétérogénéité des besoins et des attentes, exprimés ou non, des patients hospitalisés mais aussi des indications thérapeutiques qui sont du ressort du corps médical. C'est ainsi qu'il apparaît souhaitable que l'alimentation des malades fasse partie **des projets médicaux de service** intégrés dans le projet global d'établissement.

Sans entrer dans les détails descriptifs d'un processus assez classique dans les entreprises * (notamment de restauration collective privée), la commission estime que le cahier des charges d'une politique alimentaire hospitalière de qualité **doit intégrer des dispositions contraignantes** concernant les différentes étapes de la chaîne. C'est donc la globalité de la procédure qu'il s'agira d'envisager et de détailler.

Les étapes concernées comprennent aussi bien les achats que la mise en oeuvre des prestations normales et des régimes, la distribution des repas et des collations.

A chaque étape des dispositions précises doivent envisager les problèmes relatifs :

- . **aux matières premières et aux modalités de fabrication** qui doivent être rationalisées dans les choix qualitatifs et les processus de mise en oeuvre. L'élaboration de fiches techniques, de guides de bonnes pratiques d'hygiène et d'organisation du travail, la surveillance de la démarche qualité des fournisseurs sont indispensables à une maîtrise de la qualité. Loin d'être une entrave ou un frein à l'initiative personnelle (ce qui est souvent redouté par les agents), ces modalités en changeant cependant les moyens d'expression et les modes hiérarchiques traditionnels.

La nécessité, dans certains établissements, d'assurer une alimentation dite "protégée" (immunodéprimés, chimiothérapie hématotoxique...) ou "stérile et décontaminée" (chambre stérile avec ou sans flux laminaire) supposera la mise en place de circuits spécifiques (normes hygiéniques, matériel adapté, personnels formés).

- . **aux installations.** Sans être une panacée réalisable dans tous les établissements ou groupes d'établissements, la création d'Unités Centrales de Production a prouvé son efficacité notamment parce que leur fonctionnement rend obligatoire une organisation très structurée. En outre, les expériences réalisées montrent que de telles unités aboutissent souvent à des prix de revient relativement réduits et surtout à des réductions d'effectifs qui pourraient être utiles pour combler par redéploiement les manques d'autres secteurs.

Il va de soi que **la rénovation des cuisines** vétustes et non conformes aux règles de sécurité doit faire partie des priorités clairement établies par les organismes de tutelle et prendre le pas, notamment dans les petits établissements, sur l'acquisition de matériels d'imagerie sophistiqués.

La diététique thérapeutique ne pouvant être appliquée sans une unité de production spécialisée (indépendante ou non de la structure centrale) appelée **cuisine diététique**, il est indispensable que tout établissement dispose d'une telle structure proportionnelle à ses besoins. Il s'agit de pouvoir gérer sous contrôle médico diététique enrichissements ou restrictions en protéines ou en énergie, préparations de régimes d'exclusion, alimentations liquides protégées, distributions des préparations industrielles prêtes à l'emploi pour l'alimentation orale comme pour l'alimentation entérale par sonde...

- . **à la distribution.** Les chaînes froides sont le plus souvent adoptées pour leurs meilleures performances bactériologiques, malgré leur manque de souplesse (qui peut rendre nécessaire la mise en place dans certaines unités de soins de moyens de préparation spécifiques). Les chaînes chaudes préservent souvent mieux les qualités organoleptiques des repas et peuvent être préférées en gériatrie. Quel que soit le type de distribution un **référentiel** adapté doit être élaboré pour toutes les prestations.

- . **à la saisie des commandes** émanant des unités de soins qu'il est indispensable de maîtriser correctement. A cet égard la connexion - et la compatibilité - des systèmes informatiques de gestion générale, des admissions, des commandes de repas et des systèmes médicalisés d'information devra être l'objet d'une vigilance soutenue.

- . **au service du malade.** Il serait souhaitable d'établir un guide d'accueil et de service garantissant une qualité minimum.

- . **à l'évaluation** des performances du système mis en place par retour de l'information et la définition **d'indicateurs stables de résultats**

donnant lieu à des analyses comparatives périodiques permettant réajustements et motivation des personnels.

Il est donc clair que le *contenu* de ce processus ne peut être que spécifique à chaque établissement en fonction de son potentiel et de ses contraintes (architecture, recrutement...). *Il ne peut donc pas être imposé par des standards généralisés.* En revanche *le recours à de telles méthodes* devrait être encouragé par les tutelles sous forme de mesures incitatives à définir (à l'occasion de l'octroi de crédits ou des contrats de plan par exemple) ou rendu obligatoire par des mesures réglementaires.

I.3 - Un Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)

L'initiation, la mise en oeuvre, le contrôle de cette politique que la commission recommande comme seule apte à modifier la situation actuelle d'une façon cohérente ne peuvent entrer concrètement dans les faits que si l'établissement hospitalier dispose d'une *structure transversale organique* ayant compétence sur l'ensemble de l'Alimentation-Nutrition.

C'est pourquoi nous recommandons la création d'une telle structure spécialisée que l'on pourrait dénommer *Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)*, à l'instar des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) qui ont fait largement la preuve de leur efficacité dans la maîtrise du risque bactériologique hospitalier.

I.3.1 - Situation dans l'organigramme

Organe à la *fois réflexif et opérationnel*, ce Comité serait placé auprès des directions en liaison avec la Commission Médicale d'Etablissement et le Comité Médical Consultatif auxquels il rendrait compte de même qu'à la Commission de Surveillance.

Afin de ne pas surcharger l'organigramme hospitalier déjà fort complexe par un "Comité" supplémentaire, *le CLAN se substituerait en les intégrant et/ou en coordonnant leurs actions aux divers Commissions existantes en matière d'alimentation.*

I.3.2 - Missions et compétences

Les compétences du CLAN devraient être suffisamment étendues pour qu'il puisse jouer un rôle de conseil et de moteur dans la politique d'établissement et les restructurations à prévoir ou à développer dans l'ensemble de la chaîne alimentaire hospitalière.

Sa saisine devrait être obligatoire et ses avis recueillis systématiquement sur tous sujets relatifs à l'alimentation et à la Nutrition.

I.3.2.1 - Audit de l'existant

Cet audit interne concernerait l'analyse et le recensement :

- . des besoins nutritionnels et des réponses qui y sont apportées.
- . des moyens de production et de distribution, de leur organisation et de leur capacité à répondre aux besoins ainsi que de leur conformité en matière de qualité, d'hygiène et de gestion.
- . de l'organisation d'ensemble du système et des moyens de communication entre les différents partenaires de la prestation alimentaire (cuisine, service diététique, services de soins...).
- . des ressources humaines existantes, des niveaux d'implication, de motivation, de formation et de satisfactions des personnels.
- . des formations existantes et de leur adéquation aux fonctions exercées.
- . de la satisfaction des patients et des responsables médicaux.

I.3.2.2 - Détermination des objectifs

L'analyse de la situation prévalante, en décelant les manques et les faiblesses, permettra de fixer les objectifs spécifiques et appropriés dans tous les domaines concernés :

- . locaux et plans de travaux ;
- . rationalisation de l'organisation du travail afin de mieux utiliser les moyens techniques, financiers et humains disponibles et de développer une démarche qualité ;
- . détermination des méthodologies à utiliser, notamment au niveau des unités de soins à propos de l'évaluation nutritionnelle et des indications et réalisations de la Nutrition artificielle ;

- . l'animation et la coordination des groupes ou filières pluridisciplinaires mis en place ;
- . qualifications d'embauche, formations continues spécifiques des personnels (de tous niveaux) ;
- . information et éducation des patients ;
- . ouverture et participation aux alternatives à l'hospitalisation type hospitalisation à domicile et consultations externes.

I.3.2.3 - Suivi et évaluation permanents

Le CLAN procédera à *l'évaluation régulière des résultats obtenus* dans tous les domaines de son action et rendra compte de celle ci, des résultats obtenus et de ceux à obtenir par des rapports d'activité périodiques à ses instances de rattachement.

I.3.3 - Composition du CLAN

Il convient que la composition du CLAN reflète la multiplicité des acteurs qui sont partie prenante, c'est à dire :

- . Direction d'établissement : directeurs des services économiques, des ressources humaines, du service de soins infirmiers.
- . Corps médical : plusieurs médecins désignés par la CME et/ou le CCM, incluant le responsable du CLIN et lorsqu'il existe un clinicien compétent en Nutrition.
- . Le/la responsable du service diététique.
- . Le/la responsable de la cuisine et le cas échéant des ateliers du centre de restauration.
- . Le/la responsable de la pharmacie.
- . Le/la responsable de la formation.
- . Un ou plusieurs représentants de la commission des soins infirmiers.
- . Le cas échéant le responsable des prestataires de services extérieurs à l'hôpital.
- . Un représentant des Caisses d'Assurance Maladie, Médecin Conseil par exemple.
- . Un représentant des associations de malades lorsque celles ci existent.

La responsabilité de l'organisation du travail du CLAN sera exercée de façon conjointe (codirection, coprésidence) par un médecin titulaire et la direction qui en fera assurer le secrétariat.

Afin d'éviter les pesanteurs d'un comité pléthorique, chaque CLAN pourra constituer des groupes de travail ou de responsabilités spécifiques en fonction des problématiques à étudier ou des actions à mener et s'adjoindre tous représentants et consultants extérieurs ou catégories de personnels qui apparaîtraient souhaitables et disposer d'un correspondant dans chaque service.

La commission estime que la mise en place de CLAN dans les établissements peut s'effectuer assez facilement par voie réglementaire sans beaucoup de moyens nouveaux.

La définition et la mise en oeuvre des politiques hospitalières dépendant en partie des Régions, il pourrait être utile d'instituer à cet échelon (DRASS) un "*CLAN Régional*" dont les rôles essentiels seraient l'impulsion, la planification et la coordination des actions de développement locales.

II - Une politique des ressources humaines renouvelée

Quelle que soit la qualité des structures mises en place elles n'auront de valeur opérationnelle que par les hommes et les femmes qui les animeront, en représenteront le facteur déclencheur et promoteur. Il apparaît donc déterminant de perfectionner la dynamique des ressources humaines de ce secteur clé.

Deux axes de suggestions sont ainsi proposés pour que l'hôpital dispose d'un personnel plus qualifié et plus sensibilisé aux problèmes de la restauration et de la Nutrition :

- . réformes diverses dans les formations initiales et continues des personnels,
- . développement de filières charnières.

Ces propositions découlent des constats rappelés dans la première partie de ce rapport. Il est clair cependant qu'elles ne sont pas toutes du

ressort unique du Ministère de la Santé et certaines dépendront d'initiatives locales.

II.1 - Des formations adaptées de qualité

II.1.1 - Formation initiale des acteurs de la restauration hospitalière

Elle devrait toucher le personnel des cuisines comme le personnel soignant dans son ensemble.

II.1.1.1 - Personnel de cuisine

Puisqu'il apparaît que le niveau de formation de ces agents n'est pas toujours suffisant pour faire face aux responsabilités de ce corps de métier au regard de l'importance stratégique de la Nutrition à l'hôpital, il convient de ***modifier les qualifications d'embauche*** et de revoir les filières de formation.

- ***L'embauche des cuisiniers*** de base devrait se faire au niveau BEP ou, pour les centres importants au niveau BAC Pro et BTS pour les responsables de ce secteur comme le font entre autres l'AP-HP ou le CHU de Rouen.

En fait, en concurrence avec le secteur privé, les hôpitaux seront très rapidement confrontés à des difficultés de recrutement à ce niveau car la filière hospitalière est très peu attractive financièrement par rapport aux autres filières professionnelles. Les moyens de la rendre plus attractive devraient être étudiés soit ***au niveau des grilles indiciaires*** soit par l'intermédiaire ***de nouvelles possibilités de déroulement de carrière.***

Par ailleurs, les différentes filières de formation (niveau BEP, BAC Pro et BTS) sont essentiellement orientées sur la restauration commerciale, ce qui ne semble pas adapté à la spécificité de l'organisation et du fonctionnement de la restauration collective, en particulier en milieu hospitalier où les contraintes sont encore plus fortes. Il serait donc souhaitable, ***non seulement de valoriser la restauration collective*** (dont l'importance est chaque jour grandissante), mais aussi de ***mettre en oeuvre des formations***

initiales (CAP, BEP, BAC pro) dans ce domaine. Une mention complémentaire spécifique à la gestion de cuisine hospitalière peut être suggérée. A défaut, il serait alors nécessaire d'intégrer des éléments de restauration collective dans les formations en restauration commerciale. Dans l'état actuel des formations, il apparaît nécessaire qu'une formation d'adaptation à l'emploi soit mise en place à l'embauche.

- . Le même problème se retrouve aussi au niveau de la **qualification des ASI** travaillant en cuisine hospitalière. Il serait donc souhaitable d'embaucher des personnels titulaires d'un CAP bio-services, d'un CAP ATA (agent technique alimentaire), ou d'un CAP MLH (maintenance, hygiène des locaux), en privilégiant le recrutement sur CAP bio-services vraisemblablement le mieux adapté mais hélas encore le plus rare sur le marché du travail.
- . **Les agents d'approvisionnement** devraient être recrutés sur un CAP magasinage et messagerie ou sur un BEP distribution et magasinage. Là encore une formation spécifique à l'embauche est nécessaire pour faciliter l'adaptation à l'emploi.

II.1.1.2 -Personnel soignant

La Nutrition doit être valorisée dans l'ensemble des formations des acteurs soignants, qu'ils soient paramédicaux ou médicaux.

- . Equipes paramédicales
Pour toutes les composantes de l'équipe paramédicale, l'enseignement de la Nutrition devrait figurer en tant que tel dans les programmes **dès la formation initiale des infirmiers diplômés et des aides soignants** sous forme d'un **module spécifique de Nutrition et diététique**. Nous avons fait figurer en annexe (annexe VII) de ce rapport un référentiel de formation en diététique élaboré à l'AP-HP pour les Instituts de Formation en Soins Infirmiers et une proposition de programme pour le Diplôme d'Etat d'Infirmier qui pourrait servir de base pour un affinage ultérieur en liaison avec les organismes responsables des programmes.
Le programme d'enseignement des aides soignants devrait en dériver, par simplification, et s'axer principalement sur les aspects

pratiques. On peut en attendre une prise de conscience de l'importance de la Nutrition et, de manière plus large, du rôle propre de l'infirmière dans ce domaine ; la place de l'IDE doit y être développée : parallèlement à l'évaluation des besoins nutritionnels à l'entrée (poids, degré d'autonomie alimentaire, choix des menus...), l'IDE devrait accompagner l'aide soignant dans l'action de soin, c'est à dire l'encadrer et participer à la surveillance de l'alimentation, de l'adéquation des menus entre ce qui est livré et ce qui a été commandé, de la bonne adaptation du patient à ce qui lui a été servi, ainsi que de l'évaluation, au moins approximative, des consommations réelles et effectives. L'ensemble de ces actions est en effet essentiel pour la transmission au médecin d'éléments importants servant à la détermination de l'état nutritionnel.

Quant aux ASH (agents des services hospitaliers) qui participent activement au repas (service, aide...), il serait utile de s'inspirer de formations récentes (telles celles des auxiliaires de vie) qui, sans être complètes et totalement adaptées, permettent une connaissance minimale du milieu hospitalier, surtout gériatrique. Une formation adaptée devrait être prévue et organisée. En son absence c'est à l'établissement de pallier à ce manque en mettant en place une formation à l'embauche, ce qui rejoint les actions de formation continue.

. Cadres Infirmiers

Compte tenu du rôle essentiel que jouent les personnels d'encadrement dans le fonctionnement des services hospitaliers - organisation, animation, contrôle, liaison médico-administrative - il apparaît important ***que les écoles de cadres incluent dans leur cursus une formation aux aspects techniques, logistiques, administratifs et économiques de l'alimentation hospitalière*** permettant aux futurs cadres de mieux intégrer ses polarités multiples et complexes.

II.1.1.3 - Personnel médical

Il serait illusoire de vouloir améliorer l'alimentation hospitalière si le corps médical dans son ensemble n'est pas davantage impliqué.

L'effort engagé depuis quelques années pour l'enseignement de la Nutrition au cours du deuxième cycle des études médicales doit être étoffé tant il apparaît que la situation est encore largement déficitaire.

Bien que ceci soit sans doute la conséquence directe de la création récente de cette discipline qui n'a pas encore eu le temps de former ses élites et de trouver partout des enseignants qualifiés, *quelques mesures simples* peuvent être proposées ; elles ne manqueraient pas de sensibiliser les responsables de l'enseignement et du fonctionnement médical hospitalier, comme d'intéresser les étudiants en médecine :

- . inclure certains items de la Nutrition et notamment l'évaluation clinique des dénutritions dans *les objectifs spécifiques des stages de deuxième cycle* ;
- . inclure systématiquement la Nutrition dans les épreuves de validation du *CSCT* ;
- . identifier clairement la Nutrition dans le *programme de l'internat* ;
- . individualiser un *module de Nutrition clinique* dans les maquettes de différents *DES* (Médecine Interne, Gastro-entérologie, Endocrinologie-Maladies Métaboliques, Gériatrie) ;
- . *valoriser le DESC de Nutrition*, seule formation actuelle des cliniciens nutritionnistes dont les connaissances spécifiques ne sont que très imparfaitement reconnues au sein de leurs diverses disciplines d'origine. L'intérêt encore trop faible porté à cette formation par les médecins de fin de 3ème cycle (post internat) ne pourra être augmenté que si les débouchés spécifiques apparaissent clairement et que si *une véritable qualification en Nutrition*, et pas seulement une simple compétence, est obtenue au terme de ce diplôme.
- . favoriser les enseignements inter CHU chaque fois que cela est techniquement possible.

Il est souhaitable que le réel effort de création de postes qui a été réalisé au cours des années récentes soit au moins maintenu, voire développé. Cet effort devrait concerner aussi bien les structures hospitalo-universitaires - PU-PH, MCU-PH - que purement hospitalières - PH,

Attachés. *Ainsi chaque établissement important devrait pouvoir, à terme, disposer des services d'un médecin nutritionniste* dont le statut pourrait être très variable, titulaire ou attaché selon le cas. La mise en place d'un système de "vacations spécifiques fléchées" représenterait une incitation forte au développement de la Nutrition en milieu hospitalier et témoignerait de la volonté des autorités administratives de voir le corps médical s'impliquer dans la rénovation en cours. Fournissant des débouchés attractifs en milieu hospitalier, la mise en place d'une politique ne manquerait pas de valoriser le DESC en Nutrition et par conséquent d'augmenter le nombre de médecins s'orientant dans cette direction.

Les difficultés actuelles rencontrées dans les recrutements hospitalo-universitaires et l'absence d'un grand nombre de médecins nutritionnistes correctement formés rendront ces développements progressifs, ce qui semble nécessaire si l'on veut éviter que la discipline ne serve de vase d'expansion commode à d'autres disciplines voisines mais différentes dans leurs objectifs, et qui ne rendraient pas à la collectivité les services qu'elle est en droit d'attendre.

II.1.1.4 - Cadres administratifs

Il serait souhaitable que l'Ecole de Rennes puisse sensibiliser les futurs directeurs d'hôpitaux aux différents aspects de l'alimentation, y compris la Nutrition. En effet, moteurs de la démarche par objectifs, visant à offrir un service alimentaire de qualité sur tous les points de la chaîne de restauration, ils doivent être à même de dialoguer, de comprendre l'ensemble des corps de métiers impliqués et d'impulser une vision large de l'alimentation. Pour cela une sensibilisation des futurs directeurs d'hôpitaux à la Nutrition en général, aux éléments gouvernant les comportements alimentaires, aux besoins spécifiques de certains groupes de patients devrait figurer dans le cursus. Cette formation devrait être confiée à un médecin nutritionniste, expert en ce domaine.

II.1.2 - Formation continue

La formation continue est devenue une "ardente obligation" de toute politique des ressources humaines. Elle permet d'adapter les

personnels à des tâches nouvelles ou à des structures spécifiques en renforçant leurs capacités de participation active à toute "démarche de qualité" et donc leur valorisation personnelle.

Les restructurations en cours ou à prévoir dans le domaine de l'alimentation hospitalière ne peuvent se concevoir sans que, *dans chaque établissement*, une politique de *formation ciblée* ne soit mise en place dans le double but :

- d'une part de combler les lacunes des formations initiales des différents acteurs dans les divers domaines concernés ;
- d'autre part de *créer une dynamique* autour du projet de restauration de l'établissement par l'implication de tous les acteurs et d'assurer la liaison entre le monde de la cuisine et celui des unités de soins. La mise en place et le fonctionnement d'une véritable chaîne alimentaire conçue comme une fonction intégrée en dépendent largement. L'exemple du Centre Hospitalier de Villefranche sur Saône (VI) peut ici être cité notamment parce qu'il montre ce qu'un établissement de taille modeste et a priori sans vocation nutritionnelle peut réaliser.

L'idée force ici - comme dans d'autres domaines sans doute - est que c'est à chaque établissement de définir ses besoins propres. C'est une des tâches des CLAN que d'établir, en liaison avec les services de formation continue, les plans de formation nécessaires en fonction du stade de développement et de la nature des structures logistiques propres à chaque établissement.

Cette politique décentralisée de formation continue en matière de fonctions hôtelières (soins et "accueil") doit être fortement encouragée par des mesures incitatives auprès des directions et des personnels.

II.2 - Le développement des filières charnières

Si l'analyse de la situation prévalant à l'heure actuelle fait clairement ressortir la marginalisation et l'absence d'intégration de la fonction Alimentation-Nutrition au sein des structures hospitalières, c'est que manquent ou que sont insuffisants, en plus d'une volonté politique

clairement affichée de la part des établissements et de structures intégratives comme les CLAN, *les éléments opérationnels* capables d'assurer sur le terrain la liaison harmonieuse entre les différentes fonctions de l'alimentation et des différents acteurs qui y participent. Il s'agit ici de se donner les moyens d'obtenir une synergie autour du repas et d'assurer la fluidité entre les cuisines et les services médicaux.

II.2.1 - Filière hôtelière

L'idée de mettre en place des équipes hôtelières dont le rôle serait d'assurer les liaisons entre fabrication et consommation des repas et ainsi de valoriser et faire reconnaître leur importance a été émise.

Ces équipes hôtelières, de taille et de composition variables, sont généralement conçues pour assurer la prise de commande, le transport de la cuisine jusque dans les unités de soins, le contrôle à l'arrivée, le service, le débarrassage et le retour d'informations en cuisine.

Elles pourraient être particulièrement adaptées à certains services dont les activités s'adressent à une population ciblée et relativement homogène quant à ses besoins nutritionnels (maternité, pédiatrie...) et pour laquelle plaisir du repas et prise en compte des problèmes nutritionnels vont tout particulièrement de pair.

Cependant la mise en place de telles équipes doit être effectuée avec la plus grande prudence : loin d'être une panacée la filière hôtelière, si elle n'est pas liée organiquement au soin, risque de renforcer un cloisonnement néfaste entre soins et hôtellerie. Chaque cas particulier doit faire l'objet d'une étude spécifique validant la pertinence de cette organisation pour l'hôpital, le service ou l'unité considérée. C'est manifestement l'un des rôles du CLAN.

En outre, si ce type d'organisation s'élevait au rang de véritable filière, il faudrait qu'elle puisse offrir des perspectives de carrière pour les personnels qui la choisiraient. De telles perspectives n'existent pas actuellement dans le cadre de la fonction publique hospitalière.

II.2.2 - Le nécessaire rôle central des diététicien(nes)

Aucune politique de l'alimentation hospitalière ne peut se développer et prendre forme sans que le rôle central des diététiciennes ne soit mieux reconnu et amplifié dans l'hôpital. Ceci justifie la place particulière qui leur est attribuée dans ce rapport.

Même lorsqu'un médecin nutritionniste qualifié exerce dans une structure hospitalière son rôle de conseiller auprès de l'administration pour les problèmes d'alimentation et d'action de soins spécialisés, les diététiciennes sont la cheville ouvrière sur laquelle doivent ou devraient s'appuyer les structures mises en place. En l'absence de médecin nutritionniste, situation de très loin la plus fréquente, la diététicienne est le seul expert en Nutrition de l'établissement. Auxiliaire du médecin dans ses actions thérapeutiques (évaluation des apports alimentaires, responsabilité des régimes prescrits), la diététicienne doit être aussi le garant de la qualité de la prestation alimentaire (et donc intervenir dans toutes les étapes), assurer des fonctions d'éducation nutritionnelle auprès des patients et de leur famille, former le personnel en matière de Nutrition et d'hygiène alimentaire, participer à des actions de recherche et gérer l'unité diététique.

La multiplicité des rôles des diététiciennes ne peut s'exercer correctement que si deux insuffisances majeures sont reconnues et corrigées :

- ***Insuffisance quantitative*** manifeste leur interdisant d'aborder la plénitude de leur rôle et d'exercer (collectivement) les différents métiers qui relèvent de leurs compétences. Il apparaît donc urgent ***de revoir à la hausse les effectifs des diététiciennes hospitalières*** faute de quoi il serait vain d'envisager des améliorations nettes de l'alimentation.

Il est certes difficile de quantifier avec précision les besoins - éminemment variables selon les structures. ***Atteindre au moins les normes moyennes européennes proposées en 1970 apparaît cependant comme un minimum.*** On peut dès lors estimer que c'est au moins un doublement des effectifs globaux qu'il faut envisager, principalement en créant des postes dans les établissements où n'exerce aucune diététicienne (50% des

hôpitaux de 200 à 400 lits en sont dépourvus !). Là encore ce serait aux CLAN de recenser les besoins locaux. Des instructions précises émanant des tutelles devraient pousser les responsables administratifs à inclure le recrutement de diététiciennes dans les plans d'établissement à l'occasion de redéploiements internes.

• ***Insuffisance qualitative.***

Mis à part quelques remarquables exceptions, la sous-estimation de la place et du rôle des diététiciennes tient aussi à ce que le niveau de leur diplôme, obtenu en deux ans, ne les place pas à priori en position d'interlocuteur important du système hospitalier et plus généralement du système de santé, au même rang que les autres personnels paramédicaux. Leur formation initiale semble par ailleurs insuffisante pour leur permettre d'assumer la diversité de leurs tâches. La prise en considération relativement récente du rôle de la Nutrition dans la santé en général rend souhaitable ***qu'une modification profonde des études soit envisagée à court terme.***

Les principes d'une telle réforme devraient être :

- Le rattachement de l'enseignement au Ministère de la Santé qui serait responsable de la délivrance d'un diplôme d'Etat, comme cela est le cas pour les autres professions de santé ;
- La durée des études portée à 3 ans ;
- La refonte des programmes et l'extension des stages pratiques. Un projet émanant de l'Association des Diététiciens de Langue Française é été établi et transmis au ministère ;
- La mise en place de formations continues spécifiques ;
- La reconnaissance des prestations diététiques par le système de couverture sociale.

III - Un environnement national favorisant

L'émergence de dynamiques locales, sources de l'amélioration de la qualité de la Nutrition hospitalière, ne peut qu'être favorisée par l'introduction d'une plus grande souplesse dans la réglementation sanitaire, le développement de la Recherche en Nutrition Clinique et un soutien au niveau national.

III.1 - Une réglementation sanitaire par objectif

La réglementation sanitaire actuelle en matière d'alimentation hospitalière, mise en place par les services vétérinaires du Ministère de l'Agriculture, est souvent un frein à la modernisation : parfois obsolète, non adaptée aux moyens techniques actuellement disponibles, en tous cas très complète et visant à encadrer toutes les étapes de la production à la distribution, elle est difficilement applicable et surtout très contraignante, laissant peu de marge de manoeuvre aux établissements hospitaliers.

Dans le cadre de la transcription de la norme européenne 93-43 en droit français, il apparaît extrêmement souhaitable :

- . que la réglementation s'applique à **définir des objectifs à atteindre** ;
- . que les établissements, hospitaliers et autres, soient laissés **maîtres des moyens** à mettre en oeuvre pour atteindre ces objectifs ;
- . qu'une aide soit apportée aux opérateurs pour respecter cette réglementation par objectif, sous forme de guides méthodologiques établissant un **code de bonnes pratiques** dont l'observance pourrait être facilement vérifiée.

Il est en effet essentiel que le système de restauration hospitalière soit doté d'une **flexibilité suffisante** pour qu'il puisse s'adapter au mieux au public varié et très particulier des établissements.

III.2 - Un développement affirmé de la Recherche en Nutrition Humaine

Les actions de Recherche sont la base de tout développement et de toute innovation.

Compte tenu de la relative faiblesse actuelle de la Recherche en Nutrition Humaine en France, il apparaît particulièrement utile de mieux la stimuler et de l'encadrer. Même si les objectifs de la Recherche en Nutrition se doivent bien entendu de dépasser très largement le cadre de l'alimentation hospitalière, celle-ci ne peut que bénéficier des impulsions générales qui seraient données : impliquant davantage d'équipes médicales hospitalières sur des thèmes

nutritionnels, le développement de cette recherche ne peut que favoriser la prise de conscience de l'importance de la Nutrition par l'ensemble des acteurs de monde hospitalier et par là même créer les compétences et les désirs d'action qui, à l'évidence sont insuffisants.

Les actions déjà mises en place par l'INRA sont des exemples qui indiquent la bonne direction. Elles mériteraient d'être amplifiées et, dans une certaine mesure, encore un peu plus centrées sur les problèmes de Nutrition Clinique, tant de certaines pathologies que de ceux de "l'homme sain".

Il semblerait judicieux que l'INSERM accroisse sa contribution dans un domaine important et quotidien de la Santé du plus grand nombre, ce qui nous semble faire partie de ses objectifs.

La multifactorialité et la multidisciplinarité des divers domaines importants pour la Nutrition font apparaître :

- . indispensable qu'elle puisse bénéficier des multiples domaines d'expertise qui lui sont nécessaires et
- . préférable son regroupement au sein d'une structure spécifique plutôt que son éclatement actuel entre diverses commissions, axées en fait sur des problématiques sensiblement différentes.

Quant aux structures hospitalières qui ont à juste titre réservé des budgets non négligeables aux actions de Recherche Clinique, comme c'est le cas à l'AP-HP et en d'autres endroits, on pourrait souhaiter qu'elles cherchent aussi à initier des programmes ciblés sur les besoins particuliers des établissements en matière d'évaluation, d'épidémiologie, d'organisation, d'ergonomie, de structure... Ceci passe à l'évidence par le renforcement, en personnels et en moyens matériels, des équipes hospitalières existantes - passage obligé de toute Recherche Clinique en attendant que l'expertise en Nutrition se développe.

Enfin, il conviendrait de développer et d'amplifier les partenariats déjà existants avec l'industrie, notamment agro-alimentaire, élément important du "paysage industriel français". Ici encore, l'insuffisance des structures adaptées (Centres de Recherche en Nutrition Humaine trop peu nombreux) ou la complexité des "montages" représentent des freins qu'il serait important de réexaminer. En l'absence de mesures

incitatives claires affichant une volonté de développement de structures collaboratives adaptées à la Recherche en Nutrition Humaine (concernant en premier chef les structures hospitalières, les seules qui répondent aux exigences locales), il est probable que le mouvement, engagé il y a quelques années et actuellement stoppé, ne se relancera pas.

En réalité, si l'on veut éviter les redondances et les concurrences nuisibles, sources- de cacophonie, tout en stimulant l'initiative, il semblerait opportun que, au moins, *une concertation structurée s'établisse entre les "grands organismes" et les Ministères concernés (Santé, Recherche, Agriculture, Finances)*, tout autant sur *les thématiques* à promouvoir que sur *les moyens* de les aborder.

III.3 -Un organe national de coordination et de développement

Si ce rapport de mission dégage essentiellement l'idée que l'amélioration de l'alimentation hospitalière doit dépendre en grande partie des initiatives locales et régionales - au triple plan de la définition des objectifs, des infrastructures et des modes de fonctionnement - il n'en reste pas moins que la nécessité se fait sentir d'une *Instance Nationale d'impulsion, de coordination, d'évaluation et de veille dépendant de la puissance publique d'état*. On pourrait appeler cette instance *Observatoire National de l'Alimentation Hospitalière*, la dénomination "Observatoire" paraissant à l'heure actuelle très à la mode. Il ne s'agirait pourtant pas, ici, de se contenter "d'observer" ou "d'enquêter" mais d'être doté d'une certaine capacité opérationnelle : par exemple en procédant à des enquêtes, à des évaluations régulières, en diffusant les informations recueillies et les expériences originales réussies ou encore en proposant des mesures concrètes.

Plusieurs pistes peuvent être envisagées quant à la nature de son rattachement juridico-administratif, à sa composition et à ses modes de fonctionnement. *Une réflexion plus approfondie devrait être initiée au niveau du Ministère de la Santé* lui-même, la commission manquant à cet égard d'éléments de jugement et d'expérience administrative pour élaborer un projet structuré qui impliquerait de nombreuses connexions.

Les principes de base qui devraient guider cette réflexion peuvent être néanmoins définis de la façon suivante :

III.3.1 - Rattachement

La responsabilité des structures hospitalières étant exercées par le **Ministère de la Santé**, c'est de lui que devrait dépendre cette structure. La **Direction Générale de la Santé** tout comme la **Direction Générale des Hôpitaux** devraient en avoir conjointement la maîtrise.

On peut également suggérer que le Centre National d'Etudes et de Recommandations sur la Nutrition et l'Alimentation (CNERNA), actuellement dépendant du CNRS, se voit confier une partie importante des missions de cette structure nationale : bien que cet organisme n'ait pas en tant que tel de responsabilités ni d'autorité opérationnelles, il dispose en effet d'un savoir faire et de compétences importants dans le domaine de la Nutrition et pourrait très utilement intervenir.

Il existe déjà des organismes nationaux de structure interministérielle comme le Conseil National de l'Alimentation (CNA), le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique (CSHP) ; l'étude et les recommandations concernant les problèmes nutritionnels spécifiques aux établissements hospitaliers ne font pas partie, à notre connaissance, de leurs missions ou de leur saisine. Dépourvues de fonctions opérationnelles, ces instances ne nous paraissent pas adaptées au but recherché.

Il ne fait pas de doute que si une **Agence Nationale de l'Alimentation**, ayant compétence sur l'ensemble des problèmes (pas seulement hospitaliers mais couvrant tous les aspects y compris la sécurité alimentaire), voyait le jour, constituée sur le modèle de l'Agence du Médicament qui a fait largement preuve de son efficacité, elle serait toute indiquée pour remplir les fonctions décrites ici.

III.3.2 - Composition

Les partenaires impliqués dans les innovations à susciter étant nombreux, on ne saurait concevoir qu'une telle structure puisse être d'une quelconque utilité si n'y sont pas représentés de façon organique les Ministères de l'Agriculture, de la Recherche et des Finances par

l'intermédiaire de la DGCCRF. La participation des Caisses d'Assurance Maladie semble également indispensable.

Il va de soi que les grands Instituts de Recherche (INSERM, INRA, CNRS) devraient y être associés.

Naturellement, le sous-section de Nutrition du Conseil Supérieur des Universités, qui regroupe les compétences techniques et les expertises en matière d'enseignement, de formation et de soins en Nutrition (médicale), devrait être appelée à intervenir dans cette instance, non pas en y intervenant directement, car ce n'est pas son rôle, mais en participant au choix de la **représentation médicale** dont on ne saurait imaginer qu'elle n'y joue pas un rôle majeur.

III.3.3 - Fonctionnement

L'Instance Nationale dont la création est proposée devrait disposer de **moyens en personnels** et d'un **budget propre** qui pourrait être en partie abondé par une contribution des établissements hospitaliers eux-mêmes : leur nombre semble en effet suffisant pour que la charge de chacun soit minime. Alternativement **les organismes de Sécurité Sociale** pourraient être mis à contribution tant il semble qu'ils seraient les principaux bénéficiaires financiers d'une amélioration notable du niveau des prestations alimentaires et nutritionnelles du système hospitalier.

RESUME

L'alimentation servie aux malades hospitalisés se doit d'assurer une triple fonction : 1) élément de l'action thérapeutique, elle relève de la "Nutrition" ; 2) élément important du confort et de l'accueil, elle relève de la "Restauration" ; 3) élément d'éducation et d'information nutritionnelles, elle relève de la prophylaxie et de la prévention. Ces fonctions sont synergiques et devraient être prises en compte simultanément.

Le constat de la situation présente - effectué en partie à l'aide d'une enquête par questionnaire portant sur 10% du parc hospitalier français public - met en évidence :

- . d'une part une très grande hétérogénéité des besoins mais aussi des moyens que les établissements ont - ou n'ont pas - mis en place ;
- . d'autre part des carences ou des dysfonctionnements manifestes.

On peut ainsi relever :

- . l'insuffisante prise en considération des objectifs médicaux que devrait s'assigner la Nutrition hospitalière alors même que la population à risque est très large et la dénutrition de l'hospitalisé très certainement sous estimée ;
- . de nombreuses failles ou inadaptations dans l'équilibre, la variété, les quantités, la présentation, la qualité du service (horaires, température), et les équipements, aboutissant non seulement à un "confort alimentaire" discutable mais aussi aggravant des dénitritions latentes ou ne réparant pas des dénitritions objectives.

A l'origine de ces carences on ne peut que constater que les préoccupations alimentaires des patients n'ont pas constitué une des priorités mobilisatrices et que, lorsqu'elles existent, les restructurations n'ont pas souvent été réfléchies de manière globale en tenant compte des éléments médicaux de l'alimentation qui ne peuvent

être définis qu'à partir de l'étude approfondie du terrain et des objectifs fixés localement.

Systèmes de production et de distribution obsolètes ou inadaptés, informatisation très insuffisante, personnels insuffisamment formés et compétents, corps médical peu impliqué, directions sous estimant les enjeux, corps de diététiciennes manifestement en sous effectifs (très loin des normes européennes qui datent de 1970) et à la formation incomplète... témoignent du fait que la restauration hospitalière n'a pas retenu l'intérêt des décideurs, des cloisonnements dont souffre l'organisation hospitalière, de l'insuffisance de la Recherche en Nutrition et, finalement, d'une absence de politique globale.

Face à ce constat, qui pourrait paraître alarmant, on peut **recommander un ensemble de mesures destinées à :**

- . montrer l'intérêt que porte la tutelle ministérielle aux divers aspects de la Nutrition ;
- . impulser un changement dans l'approche conceptuelle d'ensemble ;
- . assurer un suivi et une évaluation permanents.

Ces mesures peuvent être classées sous différentes rubriques :

Mesures fonctionnelles

1 - Permettre l'analyse des besoins des patients dans la totalité de leurs aspects et leur satisfaction.

- . **Evaluation nutritionnelle** systématique, figurant dans le dossier médical, et impliquant aussi bien les personnels médicaux que paramédicaux.
- . **Structures hospitalières spécialisées**, notamment en matière d'infection VIH.
- . **Cahiers des charges** portant sur un certain nombre d'objectifs généraux (choix et qualité des menus, horaires, sécurité alimentaire, aspects conviviaux, médicalisation accrue), impliquant

une démarche globale de qualité et inclus dans les projets médicaux de service.

2 - Réforme des formations initiales et continues des différentes catégories de personnels permettant d'augmenter les qualifications et/ou de les sensibiliser aux problèmes de la restauration et de la Nutrition.

Ceci concerne aussi bien :

- . les personnels de cuisine ;
- . les personnels soignants de tous niveaux ;
- . les personnels médicaux qui devraient bénéficier dans leur ensemble d'un renforcement notable de la place de la Nutrition dans le cursus universitaire, avec comme objectif à terme la présence de **médecins qualifiés** dans toutes les structures hospitalières. L'élévation du DESC de Nutrition au rang de DESC qualifiant est plus que souhaitable ;
- . les personnels de direction ;
- . le corps des diététiciens, filière charnière dont la durée des études devrait être portée à trois ans, le diplôme délivré par le Ministère de la Santé, la place dans l'organigramme hospitalier mieux définie et surtout le nombre très nettement augmenté.

Mesures structurelles

1- Mise en place de structures locales et régionales : *Comités de Liaison Alimentation-Nutrition* (CLAN), organes à la fois réflexifs et opérationnels, se substituant aux diverses commissions existantes et coordonnant les actions.

Ces CLAN auraient pour missions l'audit de l'existant, la détermination des objectifs propres à chaque établissement en fonction de son recrutement spécifique et de sa structure, tout autant que des cahiers des charges généraux, le suivi et l'évaluation régulière des résultats obtenus.

Des propositions précises quant à leur composition et leur place dans l'organigramme hospitalier ont été faites.

2 - Mise en place d'une **Structure Nationale** spécifique de l'alimentation hospitalière ou faisant partie **d'une Agence Nationale de l'Alimentation**. Elle devrait relever du Ministère de la Santé tout en intégrant les préoccupations des divers acteurs de la filière alimentaire, élément important de la Santé Publique, notamment l'Agriculture, l'Economie et les Finances comme la Recherche.

Cet organisme, témoignant de la considération que la puissance publique d'Etat porte à la Nutrition et aux problèmes alimentaires, aurait une mission d'impulsion, de coordination, d'évaluation et de veille.

3 - Enfin, il serait justifié de plaider activement pour que la **Recherche en Nutrition**, actuellement dispersée au sein des grands organismes de Recherche publique, qui poursuivent des objectifs différents mais en partie liés, soit mieux coordonnée afin que certaines thématiques reçoivent le soutien qu'elles semblent mériter - notamment la recherche clinique.

Liste des Membres de la Commission Ministérielle sur l'Alimentation Hospitalière

Madame Monique BICAIS - Surveillante-Diététicienne
C.H.R.U. NORD - MARSEILLE

Professeur Paul BOULETREAU - Chef du Service Anesthésie,
Médecine Interne, Réanimation
HOTEL DIEU - LYON

Professeur Jean-Pierre CEZARD - Service Pédiatrie
Hôpital Robert Debré - PARIS

Monsieur Bernard CROZAT - Directeur
Hôpital Louis Mourier - COLOMBES

Docteur Monique FERRY - Chef du Service Gériatrie
Hôpital de VALENCE

Professeur Odette GAUDIN - Chef du Service Virologie, Bactériologie
et microbiologie
Faculté de SAINT-ETIENNE

Professeur Bernard GUY-GRAND - Chef du Service de Médecine
et Nutrition
HOTEL-DIEU - PARIS

Monsieur Stéphane KORSIA - Association AIDES - PARIS

Monsieur Jérôme LE THOMAS - Directeur Adjoint
Hôpital de SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

Docteur Bruno LESOURD - Service Diabétologie-Nutrition, Gériatrie
Hôpital Charles Foix - IVRY-SUR-SEINE

Madame Fabienne LETELLIER - Surveillante Chef - Service Cardiologie
Hôpital Jacques Monod - LE HAVRE

Monsieur Thierry MARCATEL - Chef Cuisinier
Hôpital de Bicêtre - LE KREMLIN BICETRE

Docteur Jean-Claude MELCHIOR - Service Explorations Fonctionnelles
Nutritionnelles
Hôpital Bichat - PARIS

Professeur Bernard MESSING - Service Hépatogastro-Entérologie
Hôpital Saint Lazare - PARIS

Monsieur Antoine PIERI - SODEXHO France - PARIS

Madame Marie-Christine PUISSANT - Surveillante Chef - Diététicienne
Hôpital Saint Louis - PARIS

Professeur Claude RICOUR - Chef du Service Pédiatrie, Gastro-Entérologie,
Nutrition
Hôpital Necker-Enfants Malades - PARIS

Docteur François SAUDIN - Chef du Service Anesthésie-Réanimation
Centre Hospitalier de l'Estuaire - HONFLEUR

Madame Brigitte TROEL - SOGERES - BOULOGNE

Madame Jany VACCARI - Surveillante chef - Diététicienne
C.H.R.U. de GRENOBLE

Je remercie **Madame Gwenolée DANYSZ**, Attachée de Direction à l'hôpital
Max Fourestier de Nanterre, pour l'aide qu'elle a apportée à la rédaction de ce
rapport.

Annexe I

Enquête par questionnaire

QUESTIONNAIRE

GENERALITES

Hôpital :

Catégorie : CHU CHG CHS HL

Nombre de lits : Court séjour =
Moyen séjour =
Long séjour =
Maison de retraite =

Informatisation : Cuisine : gestion, approvisionnement oui non
Prise commande repas oui non
Service diététique oui non

Enquêtes de satisfaction oui non
si oui,

- présentation	bonne <input type="checkbox"/>	acceptable <input type="checkbox"/>	médiocre <input type="checkbox"/>
- qualités nutritionnelles	bonne <input type="checkbox"/>	acceptable <input type="checkbox"/>	médiocre <input type="checkbox"/>
- qualités organoleptiques	bonne <input type="checkbox"/>	acceptable <input type="checkbox"/>	médiocre <input type="checkbox"/>

FABRICATION :

• Sur place oui non
Si oui,

- Entreprise extérieure	<input type="checkbox"/>
- Assistance technique extérieure	<input type="checkbox"/>
- Maîtrise totale par équipe hospitalière	<input type="checkbox"/>

• Chaîne : chaude froide
- Respect de la chaîne : oui non
- Respect de la marche en avant : oui non

• Conditionnement au sortir de la cuisine : individuel vrac

• Couverts : jetables oui non
Si oui, totalement partiellement

- MENUS :**
- Sont-ils établis par le biais :
 - d'un plan alimentaire oui non
 - d'une commission si oui, nombre de cycles par an :
oui non

• Commission menus : qui y participe (cocher la case pour oui)

- Directeur des services hôteliers ou économiques
- Diététicienne
- Conseiller hôtelier
- Cuisinier
- Cadre infirmier
- Gérant ou assistant technique
- Autres (préciser)
-
-
-

• Choix du menu par le patient (cocher la case pour oui)

- par une proposition de choix journalier
- par la gestion des aversions
- autres (préciser)
-
-
-
- combien de menus proposez vous =
- nombre de variantes =

DISTRIBUTION DANS LES SERVICES :

• Horaires des repas

- | | | | |
|------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| - Petit déjeuner | 7-8 <input type="checkbox"/> | 8-9 <input type="checkbox"/> | 9-10 <input type="checkbox"/> |
| - Déjeuner | 11-12 <input type="checkbox"/> | 12-13 <input type="checkbox"/> | 13-14 <input type="checkbox"/> |
| - Dîner | 17-18 <input type="checkbox"/> | 18-19 <input type="checkbox"/> | Au delà <input type="checkbox"/> |

• Collations

Sont-elles généralisées oui non

Si non, types de patients auxquels elles s'adressent ?

-
-
-
-

• Par qui est effectuée la distribution

IDE AS ASH Agent hôtelier

- Lieu des repas
en chambre en salle à manger --> pour qui ?

-
-
-
-

- Aide aux patients par :
le personnel --> la jugez vous suffisante oui non
la famille
- Comment gérez-vous les retours tardifs (à jeun, radio...)

- L'office alimentaire dispose de :
 - réfrigérateur oui non
 - micro-ondes oui non
 - plaque chauffante oui non

ALIMENTATION THERAPEUTIQUE

- Citer les menus types et leur proportion (%)

- Cuisine diététique oui non
 - production de préparations spécifiques oui non
 - production de la totalité du plateau oui non
- quel pourcentage de malades :

• Contrôle de la consommation du malade

- 5 jours sur 7

- 7 jours sur 7

- Par qui ?

• Equipe diététique

Effectif (indiquer le nombre)

- Cadre(s) =

- Diététicienne(s) =

- Aide(s) diet. =

Proportion de diététiciennes affectées aux services de soins =

• Actions des diététiciennes

- Surveillance de la production

- Consultations

- Prescriptions régime pendant l'hospitalisation

- Prescriptions régime de sortie

- Fabrication de compléments

- Enquêtes

- Autres (préciser)

-

-

-

-

INFORMATION - FORMATION

• Education nutritionnelle auprès des patients :

- en groupe

- individuelle

- ateliers pratiques

Pour quels types de patients :

• Actions générales

- information auprès du personnel
- formation/sensibilisation à la restauration dans l'établissement
- Pour qui :
 - ASH
 - AS
 - IDE
 - Administratifs
 - Cuisiniers
 - Autres (préciser)
 -
 -
 -
 -

Annexe II

Résultats de l'enquête par questionnaire

**RESULTATS DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE
novembre/décembre 1994**

GENERALITES

Ce questionnaire a été envoyé aux **68 établissements hospitaliers de 5 départements** : FINISTERE (29) - LOT ET GARONNE (47) - PAS DE CALAIS (62) - HAUTE SAVOIE (74) - HAUTS DE SEINE (92).

Les résultats obtenus portent sur les réponses de **60 établissements**. Les questionnaires ont été remplis par les diététiciennes, le responsable des services économiques ou le directeur lorsque l'établissement n'emploie pas de diététicienne.

• Répartition par catégorie d'établissements :

Hôpitaux locaux	13
Centres Hospitaliers Généraux	29
Centres Hospitaliers Spécialisés	8
Centres Hospitaliers Universitaires	6
Centres de Long Séjour	4
Total établissements	60

• Répartition des établissements par nombre de lits :

Etablissements de - de 200 lits	11
Etablissements de 200 lits à 400 lits	18
Etablissements de 400 à 850 lits	22
Etablissements de + de 1 000 lits	9

• Répartition des lits par type de séjours :

Nombre total de lits Court Séjour	13 526
Nombre total de lits Moyen Séjour	4 041
Nombre total de lits Long Séjour	4 830
Nombre total de lits Maison de Retraite	6 184
Nombre total de lits	25 581

INFORMATISATION

Etablissements (par nombre de lits)	Nb	Non informatisés	Informatisés partiellement (approvisionnement ou commande repas)	Totalement informatisés
De - de 400 lits	29	15 = 52 %	10 = 34 %	4 = 14 %
De 400 à 850 lits	22	5 = 23 %	11 = 50 %	6 = 27 %
De + de 1 000 lits	9	3 = 33 %	3 = 33 %	3 = 33 %

ENQUETE DE SATISFACTION AUPRES DES PATIENTS

Enquête	Oui	Non
Nombre et % d'établissements	47 = 78 %	13 = 22 %

Les résultats des enquêtes laissent apparaître une grande majorité de patients satisfaits.

FABRICATION DES REPAS

- Types de fabrication :

Fabrication interne exclusive	79 %
Fabrication interne avec assistance extérieure	8 %
Fabrication sur place par entreprise extérieure	8 %
Fabrication extérieure en totalité	5 %

- Types de chaîne :

Type de chaîne	Froide	Chaude
Nombre et % d'établissements	62 %	38 %

- Respect des chaînes :

Type de chaîne	Froide	Chaude
Non respect de la chaîne	16 %	5 %
Non respect de la marche en avant	35 %	30 %

- Conditionnement

Vrac	27 %
Individuel	45 %
Vrac + Individuel	28 %

- Couverts

Jetables	5 %
Jetables partiellement (Entrées et desserts)	8 %

MENUS

- Plan alimentaire :

32% d'établissements n'ont pas de plan alimentaire.

Les établissements qui appliquent la politique des plans alimentaires annoncent un nombre de cycles variant de 2 (en majorité) à 24, voire 54 (la question n'a peut-être pas toujours été comprise).

- Commission des menus :

35% des établissements n'ont pas de commission menus.

Participent aux commissions (dans l'ordre décroissant) :

- cuisinier
- diet
- dir des services économiques ou gérant
- cadre infirmier
- conseiller des services hôteliers
- AS
- ASH
- assistant ou gérant technique
- personnes âgées - résidents
- médecin nutritionniste (2 établissements)
- magasinier
- représentants syndicaux

7 établissements n'ont ni plan alimentaire ni commission menus (entre 128 et 1096 lits).

- Choix menu :

25 % proposent un choix journalier.

10 % utilisent le système des aversions.

Les nombres de menus proposés varient entre 1 (majorité) et 7 avec entre 3 et 7 variantes ou une carte (très peu) fixe.

DISTRIBUTION REPAS

- Horaires :

Les horaires varient pour le petit déjeuner entre 7 H et 9 H, pour le déjeuner entre 11 et 13 et pour le dîner entre 17 H et 19 H.

Seulement 5 établissements proposent le dîner après 19 H.

Les tranches horaires les plus fréquentes sont 7-8, 12-13 et 18-19 H.

Les espaces temps peuvent ne pas être respectés : ex déj de 12 H à 13 H et dîner de 17 H à 18 H.

• Par qui est effectuée la distribution ?

AS	77 %
ASH	77 %
AH	17 %
IDE	5 %

• Collations :

Collations non généralisées dans 42 établissements (70%).

Les collations sont généralisées (30%) en principe dans les maisons de retraite et les LS.

Dans les établissements où les collations ne sont pas généralisées, elles s'adressent aux diabétiques, aux personnes âgées, aux services de maternité et de pédiatrie, aux dénutris, aux hypo et hypercaloriques, aux services de chirurgie digestive, aux grabataires et, dans 1 établissement, à la demande du malade.

• Lieu des repas :

5% d'établissements ne possèdent pas de salle à manger.

Services bénéficiant des salles à manger : LS, MS, maison de retraite, orthopédie-rééducation, gériatrie, psychiatrie, pédiatrie (rare), cures, et parfois choix pour les personnes valides.

• Aide aux patients :

Dans 100 % des établissements l'aide au patient est assurée par le personnel mais 73 % la jugent insuffisante.

43 % des établissements signalent une aide apportée par la famille.

• Matériel office :

Réfrigérateur	100 %
Micro ondes	78 %
Micro ondes et/ou plaques chauffantes	95 %
Aucun matériel de remise à température	5 %

• Gestion des retours tardifs des malades dans les services :

Micro ondes	59 %
Maintien a température (plateau ou chariot isotherme)	11 %
Repas froid	15 %
Potage réhydraté ou système D	2 %
Sans réponse	13 %

ALIMENTATION THERAPEUTIQUE

13 établissements n'ont pas répondu à la question, dont 8 de moins de 200 lits. Sur ces 13 établissements, 11 n'ont pas de diététicienne.

Les types d'alimentation thérapeutique les plus cités sont :

- diabétique
- sans sel
- texture modifiée
- hypo ou hypercaloriques
- sans résidu
- épargne digestive
- normal léger
- sans graisse
- sans sucre
- hyperprotidique
- pauvre ou riche en fibres
- sans graisses cuites
- sans sel et sans sucre
- pauvre en potassium et en calcium
- hépatique
- réalimentation digestive
- anti diarrhée
- sans porc

Le nombre énoncé par chaque établissement varie de 2 à 8 types d'alimentation thérapeutique différents.

Cuisine diététique

4 établissements de moins de 200 lits n'ont ni cuisine ni productions diététiques, établissements généralement sans diététicienne.

Dans les établissements de 200 à 400 lits, 8 n'ont ni cuisine ni productions diététiques. Ils emploient pourtant des diet. 7 établissement de 400 à 850 lits sont dans le même cas.

Au total 19 établissements (32%) ne mentionnent ni cuisine ni production diététiques.

63% des établissements signalent des préparations spécifiques, et 28% fabriquent la totalité des plateaux diététiques.

Les pourcentages de malades auxquels s'adressent ces préparations spécifiques varient entre 3 et 60%, la moyenne étant entre 20 et 30%.

- **Contrôle de la consommation du malade :**

Aucun contrôle	10 %
Contrôle 5 jours sur 7	20 %
Contrôle 7 jours sur 7	67 %
Contrôle uniquement à la demande du médecin	3 %

Les contrôles sont effectués par les diet ou AS (week-end), les IDE, plus rarement par les ASH et par les agents hôteliers (7%).

Effectif diététiciennes

Effectif total sur les 60 établissements : 218 pour 25 581 lits

16/60 (27%) établissements n'ont pas de diététicienne (dont 7 dans les moins de 200 lits et 9 dans les établissements entre 200 et 400 lits).

Le nombre de diététiciennes augmente avec l'importance de l'établissement mais on ne peut pas établir de rapport entre leur nombre et le nombre de lits.

Pour les établissements de + de 1000 lits, on trouve des exemples variant de : 1 diététicienne/84 lits à 1 diététicienne/162 lits.

Les différences sont encore plus grandes pour les établissements de 400 à 850 lits puisque l'on peut trouver des exemples allant de 1 diet/38 lits à 1 diet/800 lits. Ces exemples sont malgré tout les extrêmes et les chiffres les plus fréquents sont 1 diet/200-250 lits.

Les chiffres baissent encore dans les 29 établissements de - de 400 lits puis que l'on y retrouve les 16 sans diététicienne.

L'affectation aux soins est très variable, entre 30 et 100%.

• Actions des diététiciennes :

Surveillance de la production	70%
Consultations	86%
Prescriptions régime pendant l'hospitalisation	100%
Prescriptions régime de sortie	95%
Fabrication de compléments	25%
Enquêtes	84 %
Protocoles	5%
Education du personnel	27%

INFORMATION - FORMATION

• Formation-sensibilisation du personnel :

	Hôpitaux sans diététicienne 16 établissements	Hôpitaux avec diététiciennes 44 établissements
Actions formation	88 %	82 %

- Personnels concernés par la formation :

ASH	79 %	64 %
Cuisiniers	100 %	64 %
IDE	57 %	50 %
AS	71 %	92 %
Surveillants	14 %	6 %
Administratifs	36 %	11 %

• Education patients :

	Hôpitaux sans diététiciennes 16 établissements	Hôpitaux avec diététiciennes 44 établissements
Actions Education	19 %	95 %

- Systemes d'éducation :

Individuelle	100 %	95 %
En groupe		33 %
Ateliers		14 %

Annexe III

Prévalence de la dénutrition à l'hôpital

PREVALENCE DE LA DENUTRITION A L'HOPITAL

POPULATION (n=)	% DENUTRIS	REFERENCE
Chirurgie (131)	54	Bistran et al. 1974
Médecine (201)	45	Bistran et al. 1976
Chirurgie (105)	12-55	Hill et al. 1977
Médecine (134)	46	Weinsier et al. 1979
Hôpital général (200)	31,5	Willard et al. 1980
Orthopédie (82)	48	Dreblow et al. 1981
Hémodialyse (58)	62	Thunberg et al. 1981
Chirurgie (90)	30-40	Perrot et al. 1982
Gériatrie (59)	61	Bienia et al. 1982
Pédiatrie (515)	30	Girardet et al. 1989 (F)
Gériatrie (324)	41	Constans et al. 1992 (F)
Gériatrie (40)	46	Alix et al. 1992 (F)

Annexe IV

Grilles d'évaluation de l'état nutritionnel

**DETERMINATION SUBJECTIVE CLINIQUE
DE L'ETAT NUTRITIONNEL**
(d'après Baker et Detsky)

NOM : PRENOM : DATE NAISSANCE :

DATE : POIDS : TAILLE :

HISTORIQUE

CHANGEMENT DU POIDS

• Perte totale dans les 6 derniers mois : Kg
 En pourcentage du poids avant la maladie : %

• Changement du poids pendant les 2 dernières semaines :

gain de poids pas de changement perte de poids

CHANGEMENT DES APPORTS ALIMENTAIRES oui non
Si oui

• Durée : semaines

Type

alimentation insuffisante alimentation liquide exclusive aucun apport oral

SYMPTOMES DIGESTIFS (d'une durée > à 1 semaine) oui non
Si oui

nausée vomissement diarrhée anorexie

ACTIVITE PHYSIQUE HABITUELLE oui non

sans changement diminuée nulle

depuis : semaines

MALADIE

DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

• Gravité actuelle de la maladie

aucune légère modérée sévère

Perte de graisse sous-cutanée oui non

Fonte musculaire oui non

Oedème oui non

ETAT NUTRITIONNEL

normal modérément dénutri sévèrement dénutri

SCORE DE RISQUE NUTRITIONNEL

Service date audit / /

Date d'admission dans le service / /

Age ans, mois SEXE m=1; f=2

poids DS=
couloir antérieur avant la maladie DS=

taille DS=
couloir antérieur avant la maladie DS=

ENFANTS (0-17ANS)
COURBES DE CROISSANCE
vitesse de croissance stable depuis la naissance 0
perte récente d'au moins 1/2 DS pour le poids 1
perte récente d'au moins 1/2 DS pour la taille 2
perte d'au moins 1/2 DS pour les deux 3
(correspond à une stagnation de 3 mois)

1	ADULTE >17 ANS	ENFANTS (0-17ANS)
	PERTE DE POIDS(3 derniers mois)	POIDS ACTUEL=
	aucune 0	Poids attendu pour la taille 0
	0-3 kg de perte de poids 1	90-99% du poids attendu 2
4 à 6 kg de perte de poids 2	80-89% du poids attendu 4	
plus de 6 kg 3	<80% du poids attendu 6	
2	BODY MASS INDEX	
	20 ou plus 0	
	18 à 19 1	
	15 à 17 2	
moins de 15 3		
3	QUALITE DE L'APPETIT	
	bon appétit, avec plus de 3 repas/jour ou équivalents 0	
	mauvais appétit, ingesta < moitié des repas fournis (ou équivalents) 2	
appétit nul ou quasiment nul, impossibilité de manger 3		
4	CAPACITÉS D'ALIMENTATION	
	pas de difficulté à manger, capable de manger seul, pas de diarrhée ni vomissement 0	
	problèmes pour gérer la nourriture (nécessite un équipement) vomissements, fréquentes régurgitations, ou diarrhée modérée 1	
	difficulté à avaler, nécessitant un aménagement de la consistance des aliments, problèmes dentaires, de mastication, affectant l'alimentation, lenteur à manger; vomissements et/ou diarrhée modérés. (1 à 2 par jour pour les enfants) besoin d'aide pour manger (handicap) 2	
	incapable de prise alimentaire orale; incapable de déglutir (dysphagie complète) vomissements et /ou diarrhée sévères (>2 par jour chez les enfants) malabsorption 3	
5	FACTEURS D'AGRESSION	
	aucun (inclut les admissions pour explorations) 0	
	faibles chirurgie mineure, infection mineure 1	
	modérée maladie chronique, chirurgie majeure, infections fracture, escarre, AVC 2	
	sevère maladies inflammatoires de l'intestin, autres gastro-entéropathies polytraumatisme, blessures multiples, brûlures étendues, escarres multiples et profondes, infection sévère, affections malignes 3	
TOTAL 1+2+3+4+5 <input style="width: 50px;" type="text"/>		

Evaluation du processus de la nutrition thérapeutique, Necker-Enfants-Malades, D.E.M, juin 1996

Annexe V

Descriptif et résultats de l'enquête "Restauration-Service" AP-HP

Le Projet Restauration Service à l'AP-HP



Améliorer la qualité au quotidien

20 hôpitaux AP-HP engagés dans la démarche

Objectifs du projet

- ✓ identifier, reconnaître et évaluer les besoins du malade et du personnel
- ✓ optimiser les moyens
- ✓ mobiliser tous les acteurs de la chaîne alimentaire

Rappel des étapes

1994

FONDATION
Petit déjeuner

1995

EXTENSION
Hôtellerie hospitalière

1996

MODERNISATION
Gestion totale

Actuellement, 2 outils d'aide à votre disposition

L'enquête de satisfaction

30 hôpitaux de court séjour sont concernés par cette première enquête de *l'atelier n°1* effectuée aux mois de mai-juin.

L'ensemble des résultats seront disponibles au mois de septembre.

Prochainement :
Long séjour et pédiatrie

Guide "Petit déjeuner Que choisir ?"

Le guide "Petit déjeuner - Que choisir ?" de *l'atelier n°4* a été distribué dans tous les hôpitaux.

Merci de nous faire part de vos remarques.

Les prochains rendez-vous...

- ✓ *présentation du projet à René Muret : 05.09.94*
- ✓ *présentation du projet à Necker : 21.09.94*
- ✓ *comité de pilotage : 23.09.94*

Améliorer la prestation alimentaire dans chaque hôpital

Avec :

**l'expérience de
tous les professionnels**

Par :

- l'évaluation des besoins du malade et du personnel
- l'optimisation des moyens
- la mobilisation de tous les acteurs

STRUCTURE DU PROJET

"ACTIONS"

**Un comité
de la restauration
dans chaque hôpital**

"AIDE"

Dix ateliers "Maquettes"

"COORDINATION"

Un comité de pilotage

CALENDRIER

1994 - Fondation :

petit déjeuner

1995 - Extension :

**Les autres prestations
alimentaires
Service hôtelier**

1996 - Modernisation :

**La gestion totale des
approvisionnements
à la consommation**

DIRECTION DE L'ÉQUIPEMENT
ET DU SYSTÈME D'INFORMATION

1 avenue Victoria
75100 PARIS R.P. - FRANCE
Télégrammes : 33 (1) 40 27 33 21
Téléphones : 33 (1) 40 27 55 59
Télécopie : 33 (1) 40 27 38 00

Projet

"Restauration-Service"

DIVISION ECONOMIQUE
ET FINANCIERE

Auteur : **Paul Tronchon**
Responsable Filière Cuisines Hospitalières à
la Direction de l'Équipement et du Système d'Information
de l'ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS

1 - Le cadre général

"Restauration-Service" s'inscrit dans le cadre du projet d'entreprise Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui a pour but de faire de l'AP-HP une structure plus accueillante et plus efficace.

A l'initiative de la Direction de l'Équipement et du Système d'Information (DESI), ce projet se situe dans la continuité du plan cuisine 1990-1995, élaboré dans le cadre du plan stratégique 1990-1995.

L'objectif est d'implanter "Restauration-Service" dans l'ensemble de nos hôpitaux pour profiter des expériences multiples de chacun et coordonner les actions d'amélioration des prestations alimentaires.

Le projet s'appuie sur l'expérience des professionnels de la restauration hospitalière de l'AP-HP (chefs de cuisine et diététiciens) et des experts de notre institution dans les domaines liés à la restauration et au service (médecins-nutritionnistes, hygiénistes, vétérinaires, responsables hôteliers, ingénieurs, architectes, spécialistes du contrôle de gestion et de la formation...).

2 - Les objectifs

Trois objectifs prioritaires définissent le projet :

a) Identifier, reconnaître et évaluer les besoins du malade et du personnel

L'enjeu est d'initier une démarche "client", c'est à dire de bien assimiler les attentes des consommateurs (malades et personnels de l'hôpital).

Cet objectif permettra aussi de respecter la personnalisation des actions à entreprendre.

b) Optimiser les moyens disponibles par rapport aux besoins exprimés.

(les possibilités actuelles d'amélioration sont nombreuses et seront analysées thème par thème)

c) Mobiliser et organiser tous les acteurs de la chaîne hôtellerie-restauration jusqu'au service de soins.

Il est très important de considérer l'ensemble du circuit alimentaire, de l'approvisionnement en matières premières jusqu'à la distribution du plateau au lit du malade.

La politique de formation des agents sera cohérente et mise au point dans le cadre du projet.

3 - La réalisation

Le projet est divisé en trois phases :

a) La première phase dite de "Fondation" a pour thème : "*le petit-déjeuner*".

L'objectif, à ce stade, est de remettre à niveau la prestation restauration et de mobiliser les équipes de l'hôpital autour d'une action pilote : le petit-déjeuner.

Il s'agit d'analyser les points critiques de la chaîne alimentaire et de faire les opérations simples de remise à niveau technique.

La mise au point de la gestion analytique sera aussi effectuée dans cette phase.

Enfin la mise en place d'un service petit-déjeuner performant et de qualité sera réalisée.

**b) La seconde phase "Extension" a pour thème :
le "*service hôtelier*".**

Elle s'appuie sur la phase de fondation et permettra d'étendre l'expérience du petit-déjeuner aux autres prestations de restauration.

A ce stade il sera important de réaliser une définition fiable de la clientèle et de ses besoins. On orientera les études sur le malade et le personnel en tant que consommateur au self-service et par l'intermédiaire des collations.

L'analyse du fonctionnement en place sera effectuée et un cahier des charges sera réalisé avec le détail des prestations et des coûts de fonctionnement.

Enfin une véritable prestation de service au malade (ex : Fonction hôtelière) sera mise en place.

**c) La troisième phase "Modernisation" a pour thème :
la "*gestion totale*".**

Elle s'appuie sur la définition de la prestation et des indicateurs de qualité élaborés en phase 2.

L'objectif, à ce stade est de moderniser les installations de production et de gérer un coût repas global en prenant tous les paramètres de structure du coût.

Il s'agira d'améliorer le transport des repas et l'activité de production, d'optimiser la gestion de la restauration en fonction des approvisionnements, du personnel et des équipements.

4 - L'organisation fonctionnelle

**a) Dans chaque hôpital, un groupe de travail est organisé et peut s'intituler :
"*comité de la restauration*".**

Ce groupe est représentatif de la chaîne hôtellerie-restauration à l'hôpital. Il peut être constitué :

- d'un directeur-adjoint des services économiques ou d'un directeur-adjoint chargé de la clientèle, responsable du projet à l'hôpital,
- d'une ou deux surveillantes représentant les services de soins,
- d'une diététicienne,
- d'une responsable de cuisine,
- d'un agent de cuisine
- et d'un responsable des transports.

b) Dix ateliers "maquettes" apportent des outils d'aide à la réalisation du projet thème par thème.

Ils sont des supports à la disposition des hôpitaux pour l'établissement et le déroulement du projet à l'hôpital.

Les dix thèmes abordés sont :

- n° 1 Qualité
- n° 2 Gestion
- n° 3 Formation, communication
- n° 4 Petit-déjeuner et prestations annexes
- n° 5 Hygiène
- n° 6 Programmation, restructuration
- n° 7 Informatique et organisation
- n° 8 Matériel achat
- n° 9 Hôtellerie hospitalière
- n° 10 Evaluation, progression

Dans chaque atelier, les professionnels de cuisine et diététique sont présents. Des représentants des services de soins interviennent ainsi que des spécialistes du thème abordé.

c) Un comité de pilotage valide le travail effectué dans les ateliers et oriente le projet "Restauration-Service".

Une vingtaine de personnes participent à ce comité, qui se réunit au siège une fois tous les deux mois. Présidé par Réginald Allouche, directeur de la DESI, les participants sont des professionnels de la restauration de l'AP-HP et les experts et décideurs du siège.

Sont donc représentés tous les intervenants de la "**chaîne alimentaire**", et les directions du siège.

5 - Les actions réalisées (cf tableaux de suivi)

a) Les ateliers maquettes :

Chaque atelier maquette est constitué de 4 à 6 personnes.

Les objectifs définis et les premières réalisations sont :

- l'élaboration d'un questionnaire d'enquête auprès des malades,
- la mise au point d'une méthode de contrôle de gestion,
- la participation aux journées AP-HP,
- la proposition d'un plan de méthode d'analyse des risques d'hygiène alimentaire,
- l'état des lieux des cuisines AP-HP, et la préparation d'un guide de programmation,
- l'analyse du parc informatique existant,
- l'information sur les procédures d'achat public,
- et enfin, la proposition d'une méthode d'évaluation.

b) Les comités de restauration (CORES) dans les hôpitaux :

25 hôpitaux se sont inscrits à ce jour dans la démarche pour la phase I du projet

6 - Conclusion

"Restauration-Service" demande la participation active de tous les professionnels AP-HP de la chaîne hôtellerie-restauration pour la même finalité : ***améliorer la qualité de la restauration.***

Projet Restauration-Service
Comité de Pilotage

Titre	Nom	Fonction	Siège
M.	Allouche	Directeur	D.E.S.I. - Siège
Mme	Aramon	Infirmière générale	Sce Central des soins infirmiers - Siège
M.	Brunet	Adjoint des Cadres Techniques - Cuisine	Pitié-Salpêtrière
M.	Castanier	Directeur	ACHA - Orlytech
Mme	Combrisson	Chef de service	D.P.R.S. - Siège
M.	Crozat	Directeur	Louis Mourier - 053
Mme	Deseny	Cadre supérieur Infirmier	Henri Mondor - 026
M.	Drains	Adjoint des Cadres Techniques - Cuisine	Broca - 016
Mme	Humbert	Directeur des Ressources humaines	Cochin - 021
M.	Join	Ingénieur en organisation	D.P.R.S. - Siège
Mme	Lesage	Directeur adjoint	Vaugirard - 090
M.	Merlière	Chef de département	Direction des Finances
M.	Penciolelli	Directeur	C.F.T.O. - Bicêtre - 010
M.	Perrault	Adjoint des Cadres Techniques - Cuisine	Saint-Antoine - 073
Mme	Portenguen	Directeur	Joffre-Dupuytren - 044
Mme	Puissant	Surveillante générale de diététique	Saint-Louis - 076
M. le Dr	Rigaud	Médecin Nutritionniste	Bichat -011
M.	Sutter	Directeur Clientèle et Hôtellerie	Saint-Louis - 076
M.	Tronchon	Responsable Filière Cuisines Hospitalières	D.E.F. - D.E.S.I. - Siège

DES/PT-CBh/Liste des membres du comité de pilotage du projet "Restauration-Service"

COMITES RESTAURATION

PROJET "RESTAURATION-SERVICE" AP-HP					
PHASE	1	2	3		
	1994	1995	1996		
	FONDATION	EXTENSION	MODERNISATION	AUTRES OBJECTIFS	COORDONNATEUR
HOPITAL	petit déjeuner	hôtellerie hospitalière			
Albert CHENEVIER	1				M. Renaud
Ambroise PARE					
Antoine BECLERE	1			Étude restructuration cuisine	Mme Nicolas
AVCENNE	1				Mr Mouty
BEAUJON					
BERCK	1				Mme Bocquet
BICETRE					
BICHAT					
BQUICHAUT					
BROCA	1				Mme Lozachmeur
BROUSSAIS					
Charles FOIX	1				M. Bénéfi
Charles RICHET					
COCHIN	1			Étude restructuration cuisine	Mme Dubois
Corentin CELTON					
DUPUYTREN	1				Mme Portenguen
Emile ROUX	1				Mme Leclerc
Fernand WIDAL					
Georges CLEMENCEAU	1				
HENDAYE					
Henri MONDOR					
HOTEL-DIEU					
Jean ROSTAND					
Jean VERDIER					
JOFFRE	1				
LA COLLEGIALE					
LA ROCHE GUYON					
LA ROCHEFOUCAULD					
LABNEC					
LARIBOSIERE					
Louis MOURIER	1				M. Crozat
NECKER	1				Mme Nivet
Paul BROUSSE	1				M. Martin
PITIE-SALPETRIERE	1			Étude restructuration cuisine	Mme Teulié
Raymond POINCARE					
Rene MURET-BIGOTTINI	1				Mme Roman
Robert DEBRE					
ROTHSCHILD					
SAINT ANTOINE	1			Étude restructuration logistique	M. Grupelli
SAINT LAZARE					
SAINT LOUIS	1				M. Sutter
SAINT VINCENT DE PAUL					
SAINTE PERINE	1			Étude Rossini	M. Hidoux
SAN SALVADOUR					
TENON	1				
TROUSSEAU	1				Mme Bisouerne
VAUGIRARD	1			Commande repas	M. Klein
VILLEMIN-PAUL DOUMER					
TOTAL	22				

Direction des finances
Département Contrôle de Gestion

**Direction de l'Équipement et
du Système d'Information**
Division Economique et Financière

**Résultats descriptifs
de l'enquête "Restauration-Service"
total AP-HP - Court Séjour**

Enquête réalisée en juin 1994

- Août 1994 -

REPARTITION (en nombre) DE LA POPULATION INTERROGEABLE

SERVICE	moins de 20 ans		entre 20 et 60 ans		plus de 60 ans		Total		TOTAL
	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	
Burles			5	4			5	4	9
Cardiologie	11	10	196	90	112	65	319	165	484
Chirurgie cardio-vasculaire	14	12	108	72	31	19	153	103	256
Chirurgie générale	43	26	337	287	119	129	499	442	941
Chirurgie orthopédique	8	4	73	69	9	29	90	102	192
Chirurgie plastique		4	14	23	4	5	18	32	50
Chirurgie Thoracique			36	12	7		43	12	55
Dermatologie		1	21	17	8	14	29	32	61
Endocrinologie	1	1	70	82	22	27	93	110	203
Gynéco-Obstétrique	3	11	9	437		17	12	465	477
Hématologie	14	10	125	91	25	16	164	117	281
Hépto-Gastro-Entérologie	3	5	225	162	51	54	279	221	500
Immunologie		1	30	10	9	8	39	19	58
Long séjour		1	74	118	82	166	156	285	441
Maladies infectieuses		1	105	37	7	3	112	41	153
Médecine interne	2	1	446	337	172	215	620	553	1173
Néphrologie			86	59	39	43	125	102	227
Neuro-chirurgie	16	11	116	107	11	14	143	132	275
Neurologie	3		336	246	47	50	386	296	682
Oncologie médicale	1		100	84	17	18	118	102	220
Ophtalmologie		1	12	8	6	11	18	20	38
ORL	4	4	65	35	11	10	80	49	129
Orthopédie	10	3	163	127	35	75	208	205	413
Pédiatrie	165	120	66	77			231	197	428
Pédo Psychiatrie			49	28			49	28	77
Pneumologie		2	136	89	73	39	209	130	339
Psychiatrie	2	1	160	211	7	25	169	237	406
Réanimation chirurgicale			9	10	10	8	19	18	37
Réanimation médicale		2	83	35	24	12	107	49	156
Rééducation cardiologique			43	16			43	16	59
Rééducation fonctionnelle			91	88	1	1	92	89	181
Rééducation vasculaire			21	26			21	26	47
Rhumatologie	2		77	117	36	61	115	178	293
Tomatologie			30	12	1		31	12	43
gences		1	38	47	15	9	53	57	110
rologie	1	2	83	33	47	10	131	45	176
	303	235	3638	3303	1038	1153	4979	4691	9670

REPARTITION (en %) DE LA POPULATION PRESENTE DEPUIS PLUS DE TROIS JOURS UN JOUR DONNE

SERVICE	moins de 20 ans		entre 20 et 60 ans		plus de 60 ans		Total		TOTAL
	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	
Brûlés			0.14%	0.12%			0.10%	0.09%	0.09%
Cardiologie	3.63%	4.26%	5.39%	2.72%	10.79%	5.64%	6.41%	3.52%	5.01%
Chirurgie cardio-vasculaire	4.62%	5.11%	2.97%	2.18%	2.99%	1.65%	3.07%	2.20%	2.65%
Chirurgie générale	14.19%	11.06%	9.26%	8.69%	11.46%	11.19%	10.02%	9.42%	9.73%
Chirurgie orthopédique	2.64%	1.70%	2.01%	2.09%	0.87%	2.52%	1.81%	2.17%	1.99%
Chirurgie plastique		1.70%	0.38%	0.70%	0.39%	0.43%	0.36%	0.68%	0.52%
Chirurgie Thoracique			0.99%	0.36%	0.67%		0.86%	0.26%	0.57%
Dermatologie		0.43%	0.58%	0.51%	0.77%	1.21%	0.58%	0.68%	0.63%
Endocrinologie	0.33%	0.43%	1.92%	2.48%	2.12%	2.34%	1.87%	2.34%	2.10%
Gynéco-Obstétrique	0.99%	4.68%	0.25%	13.23%		1.47%	0.24%	9.91%	4.93%
Ophtalmologie	4.62%	4.26%	3.44%	2.76%	2.41%	1.39%	3.29%	2.49%	2.91%
Hépatogastro-entérologie	0.99%	2.13%	6.18%	4.90%	4.91%	4.68%	5.60%	4.71%	5.17%
Immunologie		0.43%	0.82%	0.30%	0.87%	0.69%	0.78%	0.41%	0.60%
Long séjour		0.43%	2.03%	3.57%	7.90%	14.40%	3.13%	6.08%	4.56%
Maladies infectieuses		0.43%	2.89%	1.12%	0.67%	0.26%	2.25%	0.87%	1.58%
Médecine interne	0.66%	0.43%	12.26%	10.20%	16.57%	18.65%	12.45%	11.79%	12.13%
Néphrologie			2.36%	1.79%	3.76%	3.73%	2.51%	2.17%	2.35%
Neuro-chirurgie	5.28%	4.68%	3.19%	3.24%	1.06%	1.21%	2.87%	2.81%	2.84%
Neurologie	0.99%		9.24%	7.45%	4.53%	4.34%	7.75%	6.31%	7.05%
Oncologie médicale	0.33%		2.75%	2.54%	1.64%	1.56%	2.37%	2.17%	2.28%
Ophthalmologie		0.43%	0.33%	0.24%	0.58%	0.95%	0.36%	0.43%	0.39%
ORL	1.32%	1.70%	1.79%	1.06%	1.06%	0.87%	1.61%	1.04%	1.33%
Orthopédie	3.30%	1.28%	4.48%	3.84%	3.37%	6.50%	4.18%	4.37%	4.27%
Pédiatrie	54.46%	51.06%	1.81%	2.33%			4.64%	4.20%	4.43%
Pédo Psychiatrie			1.35%	0.85%			0.98%	0.60%	0.80%
Pneumologie		0.85%	3.74%	2.69%	7.03%	3.38%	4.20%	2.77%	3.51%
Psychiatrie	0.66%	0.43%	4.40%	6.39%	0.67%	2.17%	3.39%	5.05%	4.20%
Réanimation chirurgicale			0.25%	0.30%	0.96%	0.69%	0.38%	0.38%	0.38%
Réanimation médicale		0.85%	2.28%	1.06%	2.31%	1.04%	2.15%	1.04%	1.61%
Rééducation cardiologique			1.18%	0.48%			0.86%	0.34%	0.61%
Rééducation fonctionnelle			2.50%	2.66%	0.10%	0.09%	1.85%	1.90%	1.87%
Rééducation vasculaire			0.58%	0.79%			0.42%	0.55%	0.49%
Rhumatologie	0.66%		2.12%	3.54%	3.47%	5.29%	2.31%	3.79%	3.03%
Stomatologie			0.82%	0.36%	0.10%		0.62%	0.26%	0.44%
Urgences		0.43%	1.04%	1.42%	1.45%	0.78%	1.06%	1.22%	1.14%
Urologie	0.33%	0.85%	2.28%	1.00%	4.53%	0.87%	2.63%	0.96%	1.82%
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

ECHANTILLON

REPARTITION (en %) DE LA POPULATION ECHANTILLONNEE

SERVICE	moins de 20 ans		entre 20 et 60 ans		plus de 60 ans		Total		TOTAL
	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	FEMME	
Brûlés			0.25%				0.15%		0.07%
Cardiologie	4.35%		4.98%	1.83%	11.18%	7.18%	7.36%	4.15%	5.72%
Chirurgie cardio-vasculaire			1.00%	1.30%	2.12%	0.82%	1.41%	1.07%	1.24%
Chirurgie générale	13.04%	5.26%	8.72%	8.47%	13.68%	12.56%	10.71%	10.22%	10.46%
Chirurgie orthopédique	8.70%		1.99%	0.91%	0.58%	2.77%	1.56%	1.72%	1.64%
Chirurgie plastique		5.26%	0.50%	1.04%	0.19%	1.14%	0.37%	1.14%	0.77%
Chirurgie Thoracique	4.35%		2.12%	0.39%	1.93%	0.49%	2.08%	0.43%	1.24%
Dermatologie			0.87%	0.52%	1.16%	0.82%	0.97%	0.64%	0.80%
Endocrinologie	4.35%		4.36%	4.56%	2.50%	4.24%	3.64%	4.36%	4.01%
Gynéco-Obstétrique			0.37%	31.55%		2.77%	0.22%	18.51%	9.55%
Hématologie	4.35%		3.36%	1.83%	1.16%	1.96%	2.53%	1.86%	2.19%
Hépto-Gastro-Entérologie	8.70%	15.79%	8.47%	4.17%	8.48%	6.20%	8.48%	5.22%	6.81%
Immunologie	4.35%		0.12%	0.39%			0.15%	0.21%	0.18%
Long séjour			0.25%		1.54%	2.77%	0.74%	1.22%	0.98%
Maladies infectieuses			2.99%	1.43%	0.39%	0.16%	1.93%	0.86%	1.38%
Médecine interne	8.70%		16.44%	10.17%	18.50%	21.86%	17.10%	15.15%	16.11%
Néphrologie			3.24%	1.83%	2.70%	0.98%	2.97%	1.43%	2.19%
Neuro-chirurgie			2.12%	1.43%	0.58%	0.82%	1.49%	1.14%	1.31%
Neurologie		5.26%	2.24%	2.61%	2.12%	2.45%	2.16%	2.57%	2.37%
Oncologie médicale			0.75%	0.65%	1.73%	0.49%	1.12%	0.57%	0.84%
Ophthalmologie	4.35%		0.37%	0.65%	0.58%	1.47%	0.52%	1.00%	0.77%
ORL		15.79%	2.24%	0.91%	1.93%	0.98%	2.08%	1.14%	1.60%
Orthopédie	4.35%	10.53%	6.97%	5.48%	3.66%	7.50%	5.65%	6.43%	6.05%
Pédiatrie	4.35%	26.32%	0.12%				0.15%	0.36%	0.26%
Pédo Psychiatrie									
Pneumologie	8.70%		5.23%	2.74%	7.13%	4.24%	6.02%	3.36%	4.66%
Psychiatrie			4.11%	6.26%	1.16%	1.31%	2.90%	4.00%	3.46%
Réanimation chirurgicale									
Réanimation médicale			0.25%		0.19%	0.16%	0.22%	0.07%	0.15%
Rééducation cardiologique			0.25%	0.26%	1.35%	0.82%	0.67%	0.50%	0.58%
Rééducation fonctionnelle	17.39%	15.79%	9.71%	4.43%	3.66%	3.59%	7.51%	4.22%	5.83%
Rééducation vasculaire			0.37%		0.58%	0.65%	0.45%	0.29%	0.36%
Rhumatologie			2.49%	3.52%	2.89%	5.87%	2.60%	4.50%	3.57%
Stomatologie					0.19%		0.07%		0.04%
Urgences			0.12%		0.19%	0.82%	0.15%	0.36%	0.26%
Urologie			2.62%	0.65%	5.97%	2.12%	3.87%	1.29%	2.55%
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

SIGNALETIQUE DES MALADES

REPARTITION DE LA POPULATION ECHANTILLONNEE

PROFESSION	en nombre	en %
<i>Agriculteurs, exploitant</i>	16	0.58%
<i>Artisan, commerçant, chef d'entreprise</i>	121	4.40%
<i>Cadre supérieur</i>	124	4.51%
<i>Cadre moyen</i>	184	6.69%
<i>Ouvrier</i>	121	4.40%
<i>Employé</i>	534	19.40%
<i>Retraité</i>	1039	37.75%
<i>Autre, sans activité professionnelle</i>	587	21.33%
<i>Pas répondu</i>	26	0.94%
	2752	100.00%

SEXE	en nombre	en %
<i>Masculin</i>	1353	49.16%
<i>Féminin</i>	1399	50.84%
	2752	100.00%

SITUATION DE FAMILLE	en nombre	en %
<i>Célibataire</i>	587	21.33%
<i>Marié(e) / concubin(e)</i>	1508	54.80%
<i>Divorcé(e)</i>	182	6.61%
<i>Séparé(e)</i>	49	1.78%
<i>Veuf(ve)</i>	414	15.04%
<i>Pas répondu</i>	12	0.44%
	2752	100.00%

ENFANTS	en nombre	en %
<i>1 enfant</i>	657	23.87%
<i>2 enfants</i>	636	23.11%
<i>3 enfants</i>	330	11.99%
<i>plus de 3 enfants</i>	302	10.97%
<i>Pas d'enfant</i>	799	29.03%
<i>Pas répondu</i>	28	1.02%
	2752	100.00%

A PART LES REGIMES AVEZ-VOUS DES CONTRAINTES ALIMENTAIRES ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	311	11.30%
<i>Non</i>	2418	87.86%
<i>Pas répondu</i>	23	0.84%
	2752	100.00%

HABITUDES ALIMENTAIRES EN DEHORS DE L'HOPITAL

LORSQUE VOUS N'ETES PAS HOSPITALISE(E) A QUELLE HEURE MANGEZ-VOUS ?

PETIT DEJEUNER	en nombre	en %
6H-7H	321	11.66%
7H-8H	728	26.45%
8H-9H	857	31.14%
9H-10H	272	9.88%
Pas d'heures fixes	354	12.86%
Autre	195	7.09%
Pas répondu	25	0.91%
	2752	100.00%

REPAS DE MIDI	en nombre	en %
11H-12H	138	5.01%
12H-13H	1669	60.65%
13H-14H	531	19.30%
Pas d'heures fixes	275	9.99%
Autre	122	4.43%
Pas répondu	17	0.62%
	2752	100.00%

REPAS DU SOIR	en nombre	en %
18H-19H	209	7.59%
19H-20H	1138	41.35%
20H-21H	1003	36.45%
Pas d'heures fixes	262	9.52%
Autre	126	4.58%
Pas répondu	14	0.51%
	2752	100.00%

QUELLES SONT VOS HABITUDES DE CONSOMMATION EN DEHORS DE L'HOPITAL ?

REPAS DE MIDI	en nombre	en %
Cuisine familiale	2031	73.80%
Casse-croûte	122	4.43%
self-service	236	8.58%
restauration rapide	57	2.07%
Restaurant	113	4.11%
Pas de repas	35	1.27%
Plusieurs réponses	142	5.16%
Pas répondu	16	0.58%
	2752	100.00%

REPAS DU SOIR	en nombre	en %
Cuisine familiale	2546	92.51%
restauration rapide	36	1.31%
Restaurant	24	0.87%
"plateau télé"	45	1.64%
Pas de repas	22	0.80%
Plusieurs réponses	63	2.29%
Pas répondu	16	0.58%
	2752	100.00%

SUIVEZ-VOUS UN REGIME PARTICULIER EN DEHORS DE L'HOPITAL ?

	en nombre	en %
pas de régime	2083	75.69%
sans sel	170	6.18%
sans sucre	164	5.96%
Hypocalorique	85	3.09%
Hypercalorique	7	0.25%
Sans résidu ou pauvre en fibres	31	1.13%
Pauvre en matières grasses	63	2.29%
Végétarien	6	0.22%
Macrobiotique		
Plusieurs	99	3.60%
Autres	44	1.60%
	2752	100.00%

ETAT PHYSIQUE ET MORAL DU MALADE

AVEZ-VOUS BON MORAL ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	1624	59.01%
<i>Non</i>	835	30.34%
<i>Moyen</i>	288	10.47%
<i>Pas répondu</i>	5	0.18%
	2752	100.00%

AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE MASTICATION ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	520	18.90%
<i>Non</i>	2227	80.92%
<i>Pas répondu</i>	5	0.18%
	2752	100.00%

AVEZ-VOUS BON APPETIT ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	1622	58.94%
<i>Non</i>	633	23.00%
<i>Moyen</i>	494	17.95%
<i>Pas répondu</i>	3	0.11%
	2752	100.00%

LES REPAS A L'HOPITAL

LE PLAT PRINCIPAL ETAIT-IL CHAUD ?

THE,CAFE,CHOC.	en nombre	en %
Oui	2561	93.06%
Non	185	6.72%
Pas répondu	6	0.22%
	2752	100.00%

REPAS DE MIDI	en nombre	en %
Oui	2383	86.59%
Non	363	13.19%
Pas répondu	6	0.22%
	2752	100.00%

REPAS DU SOIR	en nombre	en %
Oui	2381	86.52%
Non	363	13.19%
Pas répondu	8	0.29%
	2752	100.00%

LES AUTRES COMPOSANTS DU REPAS ETAIENT-ILS A BONNE TEMPERATURE ?

PETIT DEJEUNER	en nombre	en %
Oui	2699	98.07%
Non	45	1.64%
Pas répondu	8	0.29%
	2752	100.00%

REPAS DE MIDI	en nombre	en %
Oui	2613	94.95%
Non	133	4.83%
Pas répondu	6	0.22%
	2752	100.00%

REPAS DU SOIR	en nombre	en %
Oui	2623	95.31%
Non	123	4.47%
Pas répondu	6	0.22%
	2752	100.00%

VEZ-VOUS TOUJOURS CHOISI VOTRE REPAS ?

PETIT DEJEUNER	en nombre	en %
Oui	2199	79.91%
Non	547	19.88%
Pas répondu	6	0.22%
	2752	100.00%

REPAS DE MIDI	en nombre	en %
Oui	1977	71.84%
Non	771	28.02%
Pas répondu	4	0.15%
	2752	100.00%

REPAS DU SOIR	en nombre	en %
Oui	1975	71.77%
Non	772	28.05%
Pas répondu	5	0.18%
	2752	100.00%

LE CHOIX ETAIT-IL TOUJOURS RESPECTE ?

PETIT DEJEUNER	en nombre	en %
Oui	2100	76.31%
Non	308	11.19%
Pas répondu	344	12.50%
	2752	100.00%

REPAS DE MIDI	en nombre	en %
Oui	1793	65.15%
Non	563	20.46%
Pas répondu	396	14.39%
	2752	100.00%

REPAS DU SOIR	en nombre	en %
Oui	1817	66.02%
Non	537	19.51%
Pas répondu	398	14.46%
	2752	100.00%

ME LE WEEK-END ?

	en nombre	en %
	1694	61.56%
	335	12.17%
présent le wk	417	15.15%
répondu	306	11.12%
	2752	100.00%

LE MALADE A L'HOPITAL

SUIVEZ-VOUS UN REGIME A L'HOPITAL ?

	en nombre	en %
<i>pas de régime</i>	1685	61.23%
<i>sans sel</i>	354	12.86%
<i>sans sucre</i>	183	6.65%
<i>Hypocalorique</i>	73	2.65%
<i>Hypercalorique</i>	56	2.03%
<i>Sans résidu ou pauvre en fibres</i>	74	2.69%
<i>Pauvre en matières grasses</i>	51	1.85%
<i>Végétarien</i>	2	0.07%
<i>Macrobiotique</i>		
<i>Plusieurs</i>	175	6.36%
<i>Autres</i>	99	3.60%
	2752	100.00%

VOTRE REGIME EST-IL RESPECTE ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	968	90.72%
<i>Non</i>	49	4.59%
<i>Pas répondu</i>	50	4.69%
	1067	100.00%

DE QUI VOUS DEFINIT LE MIEUX :

	en nombre	en %
<i>Mon poids me convient</i>	1323	48.07%
<i>Je souhaite prendre du poids</i>	581	21.11%
<i>Je souhaite perdre du poids</i>	836	30.38%
<i>Pas répondu</i>	12	0.44%
	2752	100.00%

J AVEZ-VOUS MANGE ?

	en nombre	en %
<i>Dans votre lit</i>	501	18.20%
<i>Assis à votre table</i>	1858	67.51%
<i>En salle à manger</i>	179	6.50%
<i>Je ne dépend</i>	214	7.78%
	2752	100.00%

EST-CE QUE C'ETAIT VOTRE CHOIX ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2424	88.08%
<i>Non</i>	313	11.37%
<i>Pas répondu</i>	15	0.55%
	2752	100.00%

VOUS WUHAITERIEZ-VOUS PRENDRE VOTRE REPAS EN SALLE A MANGER ?

	en nombre	en %
	958	34.81%
	1559	56.65%
<i>Pas répondu</i>	235	8.54%
	2752	100.00%

LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

EN GENERAL A QUELLE HEURE VOUS SERT-ON VOTRE REPAS A L'HOPITAL ?

PETIT DEJEUNER	en nombre	en %
5H-7H	6	0.22%
7H-8H	148	5.38%
8H-9H	1919	69.73%
9H-10H	643	23.36%
Pas de repas	6	0.22%
Autre	23	0.84%
Pas répondu	7	0.25%
	2752	100.00%

REPAS DE MIDI	en nombre	en %
11H-12H	45	1.64%
12H-13H	2344	85.17%
13H-14H	342	12.43%
Autre	16	0.58%
Pas répondu	5	0.18%
	2752	100.00%

REPAS DU SOIR	en nombre	en %
17H-18H	24	0.87%
18H-19H	1973	71.69%
19H-20H	728	26.45%
Autre	22	0.80%
Pas répondu	5	0.18%
	2752	100.00%

ETES-VOUS SATISFAIT ?

	en nombre	en %
Oui	1874	68.10%
Non	853	31.00%
Pas répondu	25	0.91%
	2752	100.00%

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU BESOIN D'AIDE AU MOMENT DU REPAS ?

	en nombre	en %
Oui	452	16.42%
Non	2281	82.89%
Pas répondu	19	0.69%
	2752	100.00%

CETTE AIDE VOUS A-T-ELLE ETE APPORTEE AU MOMENT VOULU ?

	en nombre	en %
Oui	321	71.02%
Non	66	14.60%
Pas répondu	65	14.38%
	452	100.00%

EN GÉNÉRAL LE SERVICE DE RESTAURATION VOUS A-T-IL CONVENU ?

	en nombre	en %
Très bien	463	16.82%
Bien	1456	52.91%
Moyen	660	23.98%
Pas bien	167	6.07%
Pas répondu	6	0.22%
	2752	100.00%

LE COMPORTEMENT DU PERSONNEL VOUS A-T-IL SATISFAIT ?

(Amabilité, disponibilité)

	en nombre	en %
Très bien	1445	52.51%
Bien	1091	39.64%
Moyen	185	6.72%
Pas bien	25	0.91%
Pas répondu	6	0.22%
	2752	100.00%

LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

DOIT-ON AMELIORER LA PRESENTATION DU PLATEAU ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	596	21.66%
<i>Non</i>	2148	78.05%
<i>Pas répondu</i>	8	0.29%
	2752	100.00%

SI OUI, QUEL PLAT ?

	en nombre	en %
<i>Entrées</i>	32	1.16%
<i>Viandes</i>	41	1.49%
<i>Légumes</i>	13	0.47%
<i>Desserts</i>	7	0.25%
<i>Plusieurs</i>	350	12.72%
<i>Pas répondu</i>	2309	83.90%
	2752	100.00%

LE PLAT PRINCIPAL EST SERVI EN VAISSELLE

	en nombre	en %
<i>à usage unique</i>	932	33.87%
<i>traditionnelle</i>	1783	64.79%
<i>Pas répondu</i>	37	1.34%
	2752	100.00%

CECI VOUS CONVIENT-IL ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2354	85.54%
<i>Non</i>	386	14.03%
<i>Pas répondu</i>	12	0.44%
	2752	100.00%

ETES VOUS SATISFAIT DU TEMPS CONSACRE AU REPAS ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2596	94.33%
<i>Non</i>	100	3.63%
<i>Pas répondu</i>	56	2.03%
	2752	100.00%

LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

QUE PENSEZ VOUS DE LA QUANTITE ?

ENTREES ET POTAGES	en nombre	en %
<i>Trop</i>	379	13.77%
<i>Bien</i>	2163	78.60%
<i>Pas assez</i>	189	6.87%
<i>Pas répondu</i>	21	0.76%
	2752	100.00%

VIANDES ET POISSONS	en nombre	en %
<i>Trop</i>	525	19.08%
<i>Bien</i>	1985	72.13%
<i>Pas assez</i>	232	8.43%
<i>Pas répondu</i>	10	0.36%
	2752	100.00%

LEGUMES ET FECULENTS	en nombre	en %
<i>Trop</i>	571	20.75%
<i>Bien</i>	1949	70.82%
<i>Pas assez</i>	220	7.99%
<i>Pas répondu</i>	12	0.44%
	2752	100.00%

FROMAGES	en nombre	en %
<i>Trop</i>	311	11.30%
<i>Bien</i>	2258	82.05%
<i>Pas assez</i>	168	6.10%
<i>Pas répondu</i>	15	0.55%
	2752	100.00%

DESSERTS	en nombre	en %
<i>Trop</i>	326	11.85%
<i>Bien</i>	2267	82.38%
<i>Pas assez</i>	152	5.52%
<i>Pas répondu</i>	7	0.25%
	2752	100.00%

LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

QUE PENSEZ VOUS DE LA QUALITE ?

ENTREES ET POTAGES	en nombre	en %
<i>Bien</i>	1646	59.81%
<i>Moyen</i>	857	31.14%
<i>Insuffisant</i>	214	7.78%
<i>Pas répondu</i>	35	1.27%
	2752	100.00%

VIANDES ET POISSONS	en nombre	en %
<i>Bien</i>	1267	46.04%
<i>Moyen</i>	1057	38.41%
<i>Insuffisant</i>	405	14.72%
<i>Pas répondu</i>	23	0.84%
	2752	100.00%

LEGUMES ET FECULENTS	en nombre	en %
<i>Bien</i>	1459	53.02%
<i>Moyen</i>	977	35.50%
<i>Insuffisant</i>	302	10.97%
<i>Pas répondu</i>	14	0.51%
	2752	100.00%

FROMAGES	en nombre	en %
<i>Bien</i>	1943	70.60%
<i>Moyen</i>	648	23.55%
<i>Insuffisant</i>	137	4.98%
<i>Pas répondu</i>	24	0.87%
	2752	100.00%

DESSERTS	en nombre	en %
<i>Bien</i>	1990	72.31%
<i>Moyen</i>	632	22.97%
<i>Insuffisant</i>	117	4.25%
<i>Pas répondu</i>	13	0.47%
	2752	100.00%

LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

EST CE QUE CELA VOUS SEMBLE VARIE ?

ENTREES ET POTAGES	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2116	76.89%
<i>Non</i>	609	22.13%
<i>Pas répondu</i>	27	0.98%
	2752	100.00%

VIANDES ET POISSONS	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2055	74.67%
<i>Non</i>	678	24.64%
<i>Pas répondu</i>	19	0.69%
	2752	100.00%

LEGUMES ET FECULENTS	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2054	74.64%
<i>Non</i>	684	24.85%
<i>Pas répondu</i>	14	0.51%
	2752	100.00%

FROMAGES	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2255	81.94%
<i>Non</i>	480	17.44%
<i>Pas répondu</i>	17	0.62%
	2752	100.00%

DESSERTS	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2242	81.47%
<i>Non</i>	499	18.13%
<i>Pas répondu</i>	11	0.40%
	2752	100.00%

LE REPAS A L'HOPITAL

POUR VOUS LE REPAS A L'HOPITAL DOIT-IL ETRE :

EN PREMIER	en nombre	en %
<i>Equilibré</i>	1247	45.31%
<i>Convivial</i>	166	6.03%
<i>Copieux</i>	75	2.73%
<i>Educatif</i>	42	1.53%
<i>Bon</i>	1207	43.86%
<i>Pas répondu</i>	15	0.55%
	2752	100.00%

EN DEUXIEME	en nombre	en %
<i>Equilibré</i>	804	29.22%
<i>Convivial</i>	511	18.57%
<i>Copieux</i>	258	9.38%
<i>Educatif</i>	176	6.40%
<i>Bon</i>	959	34.85%
<i>Pas répondu</i>	44	1.60%
	2752	100.00%

EN TROISIEME	en nombre	en %
<i>Equilibré</i>	452	16.42%
<i>Convivial</i>	904	32.85%
<i>Copieux</i>	325	11.81%
<i>Educatif</i>	471	17.11%
<i>Bon</i>	433	15.73%
<i>Pas répondu</i>	167	6.07%
	2752	100.00%

GLOBALEMENT ETES-VOUS SATISFAIT ?

NOTE	en nombre	en %
0	2	0.07%
1	19	0.69%
2	24	0.87%
3	49	1.78%
4	101	3.67%
5	311	11.30%
6	333	12.10%
7	606	22.02%
8	764	27.76%
9	303	11.01%
10	227	8.25%
<i>Pas répondu</i>	13	0.47%
	2752	100.00%

MOYENNE= 7.14

Questionnaire Restauration-Service

Code

Date :

Service :

① Depuis combien de jours êtes-vous hospitalisé(e) ?

Nombre de jours

ou Nombre de mois

② Lorsque vous n'êtes pas hospitalisé(e), à quelle heure mangez-vous ?

Petit-déjeuner

Repas de midi

Repas du soir

Petit déjeuner

1 6 h - 7 h

1 11 h - 12 h

1 18 h - 19 h

2 7 h - 8 h

2 12 h - 13 h

2 19 h - 20 h

Midi

3 8 h - 9 h

3 13 h - 14 h

3 20 h - 21 h

Soir

4 9 h - 10 h

4 pas d'heures fixes

4 pas d'heures fixes

5 pas d'heures fixes

5 autre

5 autres

6 autre

3 Quelles sont vos habitudes de consommation en dehors de l'hôpital ?

Repas de midi

1 cuisine familiale

2 casse-croûte

3 self-service

4 restauration rapide

5 restaurant

6 pas de repas

7 si plusieurs réponses

Repas du soir

1 cuisine familiale

2 restauration rapide

3 restaurant

4 "plateau-télé"

5 pas de repas

6 si plusieurs réponses

Midi

Soir

4 Suivez-vous un régime particulier en dehors de l'hôpital ?

1 pas de régime

2 sans sel

3 sans sucre (diabétique)

4 hypocalorique

5 hypercalorique

6 sans résidu ou pauvre en fibres

7 pauvre en matières grasses

8 végétarien

9 macrobiotique

10 plusieurs

11 autres (préciser)

5 *Avez-vous des problèmes de mastication ? 1 oui 2 non

6 *Avez-vous bon appétit ? 1 oui 2 non 3 moyen

7 *Avez-vous bon moral ? 1 oui 2 non 3 moyen

* question ouverte

Code

8 Concentrons-nous sur votre menu d'hier :

9 Le plat principal était-il chaud ?

thé, café, chocolat	Repas de midi	Repas du soir
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

matin

midi

soir

matin

midi

soir

matin

midi

soir

matin

midi

soir

12 Le choix était-il toujours respecté ?

13 Même le week-end ? 1 oui 2 non 3 pas présent le week-end

14 Suivez-vous un régime à l'hôpital ?

1 pas de régime

7 pauvre en matières grasses

2 sans sel

8 végétarien

3 sans sucre (diabétique)

9 macrobiotique

4 hypocalorique

10 plusieurs

5 hypercalorique

11 autres (préciser)

6 sans résidu ou pauvre en fibres

Code

15) Votre régime est-il respecté ? 1 oui 2 non

16) Parmi les propositions suivantes, laquelle vous définit le mieux ?
 1 mon poids me convient
 2 je souhaite prendre du poids
 3 je souhaite perdre du poids

17) Où avez-vous mangé ?
 1 dans votre lit 3 en salle à manger
 2 assis à votre table 4 ça dépend

18) Est-ce que c'était votre choix ? 1 oui 2 non

19) Souhaiteriez-vous prendre votre repas en salle à manger ?
 1 oui 2 non

20) En général à quelle heure vous sert-on votre repas à l'hôpital ?

Petit-déjeuner

Repas de midi

Repas du soir

1 6h - 7h

1 11h - 12h

1 17h - 18h

matin

2 7h - 8h

2 12h - 13h

2 18h - 19h

mid

3 8h - 9h

3 13h - 14h

3 19h - 20h

soir

4 9h - 10h

4 autre

4 autre

5 pas de repas

6 autre

21) Etes-vous satisfait ? 1 oui 2 non

22 Si non, propositions d'horaire :

matin :

h

midi :

h

soir :

h

23 Avez-vous ou avez-vous eu besoin d'aide au moment du repas?

1 oui 2 non

24 Cette aide vous a-t-elle été apportée au moment voulu ?

1 oui 2 non

25 Globalement, le service de restauration vous a-t-il convenu?

1 Très bien 2 Bien 3 Moyen 4 Pas bien

26 Le comportement du personnel vous a-t-il satisfait (amabilité, disponibilité) ?

1 Très bien 2 Bien 3 Moyen 4 Pas bien

27 Doit-on améliorer la présentation du plateau ? 1 oui 2 non

28 Si, oui quel plat ?

1 entrées 4 desserts

2 viandes 5 plusieurs

3 légumes

		Code
29	Le plat principal est servi <input type="checkbox"/> 1 en vaisselle à usage unique <input type="checkbox"/> 2 en vaisselle traditionnelle	<input type="checkbox"/>
30	Ceci vous convient-il ? <input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non	<input type="checkbox"/>
31	Etes vous satisfait du temps consacré au repas? <input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non	<input type="checkbox"/>
32	Si non, propositions de durée :	
	matin :	<input type="text"/>
		minute
	midi :	<input type="text"/>
		minute
	soir :	<input type="text"/>
		minute
33	Que pensez-vous de la quantité ?	
	<input type="checkbox"/> 1 trop <input type="checkbox"/> 2 bien <input type="checkbox"/> 3 pas assez	
	pour les entrées et potages	<input type="checkbox"/>
	les viandes et poissons	<input type="checkbox"/>
	les légumes et féculents	<input type="checkbox"/>
	les fromages	<input type="checkbox"/>
	les desserts	<input type="checkbox"/>

Code

33-2 Et la qualité, est-ce ?

1 bien 2 moyen 3 insuffisant

pour les entrées et potages

les viandes et poissons

les légumes et féculents

les fromages

les desserts

33-3 Est ce que cela vous semble varié ?

1 oui 2 non

pour les entrées et potages

les viandes et poissons

les légumes et féculents

les fromages

les desserts

34 Pour vous, le repas à l'hôpital doit-il être :

1 Equilibré

2 Convivial (un moment de plaisir)

3 Copieux

4 Educatif, (apprendre à s'alimenter)

5 Bon

code du premier

code du second

code du troisième

Indiquer les trois premiers dans l'ordre

35 Globalement, êtes-vous satisfait?

Donner une note de 1 à 10 (10 étant la note maximale)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

36 Vos idées nous intéressent !

Que proposez-vous pour améliorer les repas à l'hôpital ?

Caractéristiques du malade

	Code
<p>37 Age :</p>	<input type="text"/>
<p>38 Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</p>	<input type="text"/>
<p>39 Profession :</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Agriculteur, exploitant</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Artisan, commerçant, chef d'entreprise</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Cadre supérieur</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Cadre moyen <input type="checkbox"/> 6 Employé</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Ouvrier <input type="checkbox"/> 7 Retraité</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Autre, sans activité professionnelle</p>	<input type="text"/>
<p>40 Situation de famille :</p> <p><input type="checkbox"/> 1 célibataire <input type="checkbox"/> 2 marié(e) /concubin(e)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 divorcé(e) <input type="checkbox"/> 4 séparé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> 5 veuf(ve)</p>	<input type="text"/>
<p>41 Avez-vous des enfants ? <input type="checkbox"/> 1 1 enfant <input type="checkbox"/> 2 2 enfants <input type="checkbox"/> 3 3 enfants</p> <p><input type="checkbox"/> 4 + 3 enfants <input type="checkbox"/> 5 non</p>	<input type="text"/>
<p>42 Indépendamment des régimes, avez-vous des contraintes alimentaires ?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 oui <input type="checkbox"/> 2 non</p>	<input type="text"/>

Direction de l'Équipement
et du Système d'Information
Division Économique et Financière
Filière Cuisines Hospitalières

Direction des Finances

Département Contrôle de Gestion

Résultats descriptifs de l'enquête "Restauration-Service"

Court-séjour

Total AP-HP

*Direction de l'Équipement
et du Système d'information
Division Économique et Financière*

- ✓ Paul Tronchon
- ✓ Corinne Benabdallah (☎ : 40.27.41.67)

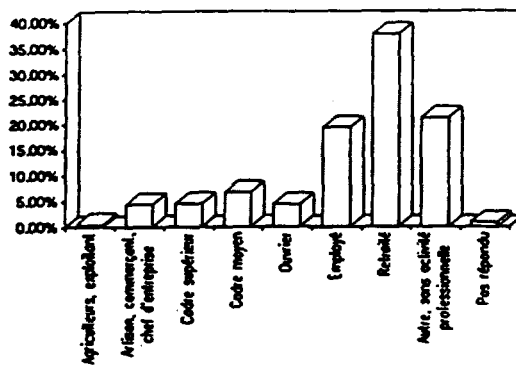
Résultats descriptifs

Direction des Finances

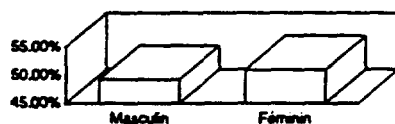
Département Contrôle de Gestion

SIGNALETIQUE DES MALADES

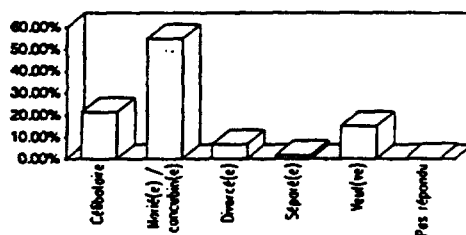
PROFESSION



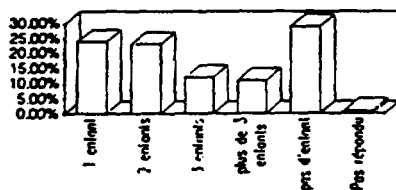
SEXE



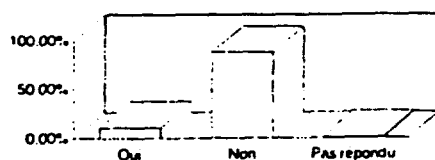
SITUATION DE FAMILLE



ENFANTS



A PART LES REGIMES AVEZ VOUS DES CONTRAINTES ALIMENTAIRES ?



TOTAL APHP

Enquête de satisfaction sur la restauration

SIGNALETIQUE DES MALADES

REPARTITION DE LA POPULATION ECHANTILLONNEE

PROFESSION	en nombre	en %
<i>Agriculteurs, exploitant</i>	16	0.58%
<i>Artisan, commerçant, chef d'entreprise</i>	121	4.40%
<i>Cadre supérieur</i>	124	4.51%
<i>Cadre moyen</i>	184	6.69%
<i>Ouvrier</i>	121	4.40%
<i>Employé</i>	534	19.40%
<i>Retraité</i>	1039	37.75%
<i>Autre, sans activité professionnelle</i>	587	21.33%
<i>Pas répondu</i>	26	0.94%
	2752	100.00%

SEXE	en nombre	en %
<i>Masculin</i>	1353	49.16%
<i>Féminin</i>	1399	50.84%
	2752	100.00%

SITUATION DE FAMILLE	en nombre	en %
<i>Célibataire</i>	587	21.33%
<i>Marié(e) / concubin(e)</i>	1508	54.80%
<i>Divorcé(e)</i>	182	6.61%
<i>Séparé(e)</i>	49	1.78%
<i>Veuf(ve)</i>	414	15.04%
<i>Pas répondu</i>	12	0.44%
	2752	100.00%

ENFANTS	en nombre	en %
<i>1 enfant</i>	657	23.87%
<i>2 enfants</i>	636	23.11%
<i>3 enfants</i>	330	11.99%
<i>plus de 3 enfants</i>	302	10.97%
<i>Pas d'enfant</i>	799	29.03%
<i>Pas répondu</i>	28	1.02%
	2752	100.00%

A PART LES REGIMES AVEZ-VOUS DES CONTRAINTES ALIMENTAIRES ?

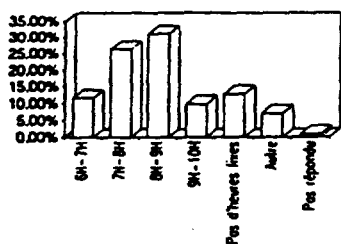
	en nombre	en %
<i>Oui</i>	311	11.30%
<i>Non</i>	2418	87.86%
<i>Pas répondu</i>	23	0.84%
	2752	100.00%

TOTAL APHP

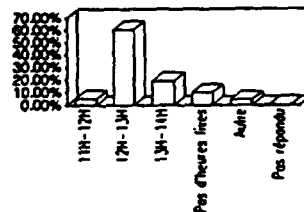
Enquête de satisfaction sur la restauration

HABITUDES ALIMENTAIRES EN DEHORS DE L'HOPITAL

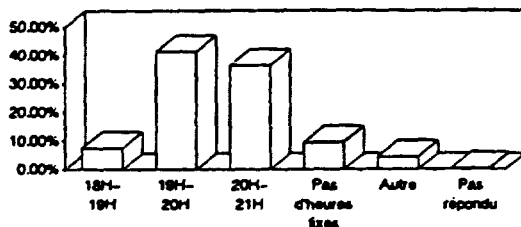
HORAIRE DU PETIT DEJEUNER



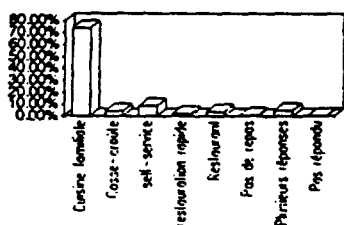
HORAIRE DU REPAS DE MIDI EN DEHORS DE L'HOPITAL



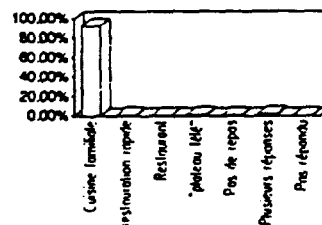
HORAIRE DU REPAS DU SOIR EN DEHORS DE L'HOPITAL



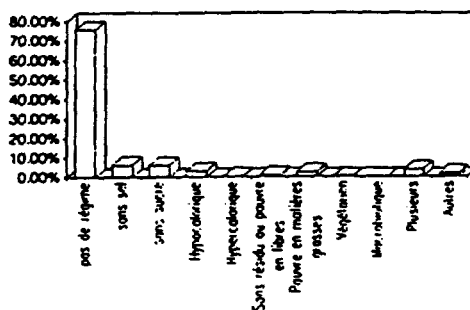
HABITUDES DE CONSOMMATION POUR LE REPAS DE MIDI EN DEHORS DE L'HOPITAL



HABITUDES DE CONSOMMATION POUR LE REPAS DU SOIR EN DEHORS DE L'HOPITAL



REGIME EN DEHORS DE L'HOPITAL



HABITUDES ALIMENTAIRES EN DEHORS DE L'HOPITAL

LORSQUE VOUS N'ETES PAS HOSPITALISE(E) A QUELLE HEURE MANGEZ-VOUS ?

PETIT DEJEUNER	en nombre	en %
6H-7H	321	11.66%
7H-8H	728	26.45%
8H-9H	857	31.14%
9H-10H	272	9.88%
Pas d'heures fixes	354	12.86%
Autre	195	7.09%
Pas répondu	25	0.91%
	2752	100.00%

REPAS DE MIDI	en nombre	en %
11H-12H	138	5.01%
12H-13H	1669	60.65%
13H-14H	531	19.30%
Pas d'heures fixes	275	9.99%
Autre	122	4.43%
Pas répondu	17	0.62%
	2752	100.00%

REPAS DU SOIR	en nombre	en %
18H-19H	209	7.59%
19H-20H	1138	41.35%
20H-21H	1003	36.45%
Pas d'heures fixes	262	9.52%
Autre	126	4.58%
Pas répondu	14	0.51%
	2752	100.00%

QUELLES SONT VOS HABITUDES DE CONSOMMATION EN DEHORS DE L'HOPITAL ?

REPAS DE MIDI	en nombre	en %
Cuisine familiale	2031	73.80%
Casse-croûte	122	4.43%
self-service	236	8.58%
restauration rapide	57	2.07%
Restaurant	113	4.11%
Pas de repas	35	1.27%
Plusieurs réponses	142	5.16%
Pas répondu	16	0.58%
	2752	100.00%

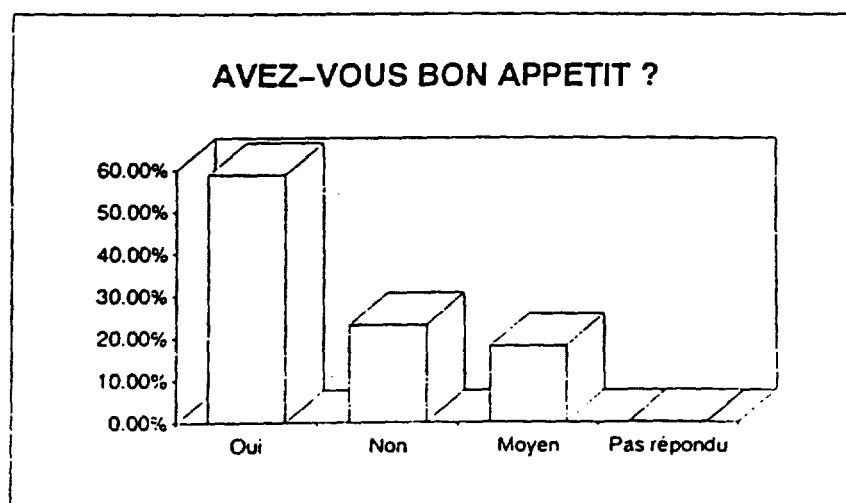
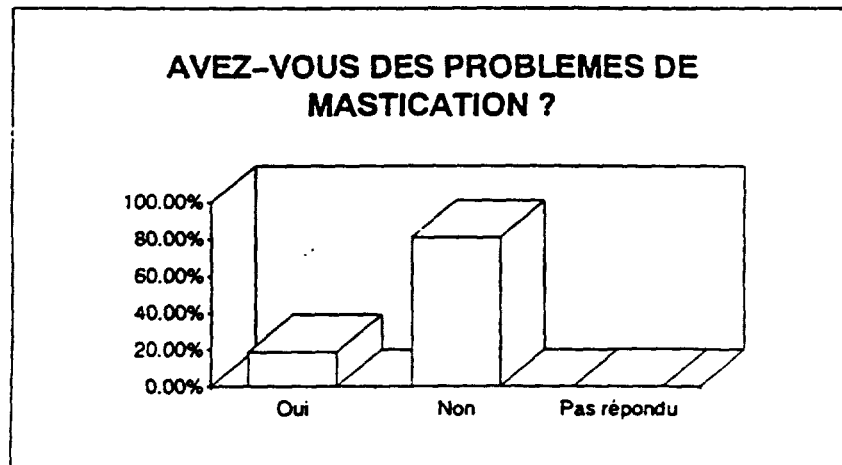
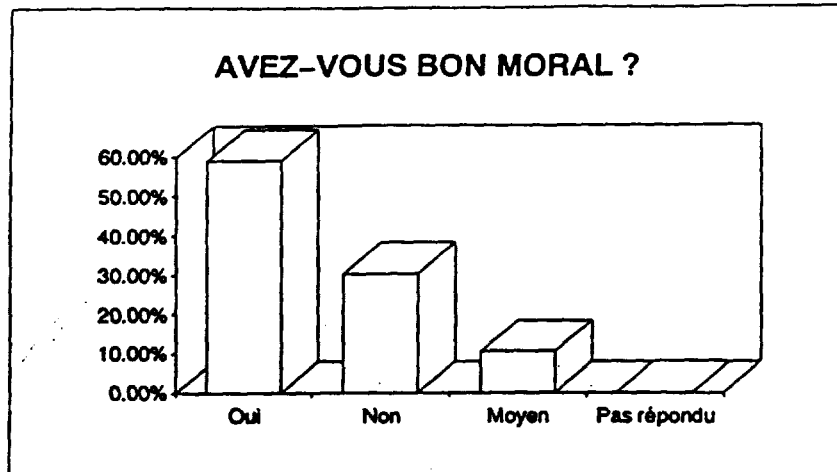
REPAS DU SOIR	en nombre	en %
Cuisine familiale	2546	92.51%
restauration rapide	36	1.31%
Restaurant	24	0.87%
"plateau télé"	45	1.64%
Pas de repas	22	0.80%
Plusieurs réponses	63	2.29%
Pas répondu	16	0.58%
	2752	100.00%

SUVEZ-VOUS UN REGIME PARTICULIER EN DEHORS DE L'HOPITAL ?

	en nombre	en %
pas de régime	2083	75.69%
sans sel	170	6.18%
sans sucre	164	5.96%
Hypocalorique	85	3.09%
Hypercalorique	7	0.25%
Sans résidu ou pauvre en fibres	31	1.13%
Pauvre en matières grasses	63	2.29%
Végétarien	6	0.22%
Macrobiotique		
Plusieurs	99	3.60%
Autres	44	1.60%
	2752	100.00%

TOTAL APHP

ETAT PHYSIQUE ET MORAL DU MALADE



TOTAL APHP
enquête de satisfaction sur la restauration

ETAT PHYSIQUE ET MORAL DU MALADE

AVEZ-VOUS BON MORAL ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	1624	59.01%
<i>Non</i>	835	30.34%
<i>Moyen</i>	288	10.47%
<i>Pas répondu</i>	5	0.18%
	2752	100.00%

AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE MASTICATION ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	520	18.90%
<i>Non</i>	2227	80.92%
<i>Pas répondu</i>	5	0.18%
	2752	100.00%

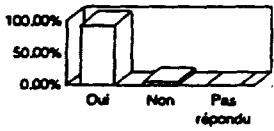
AVEZ-VOUS BON APPETIT ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	1622	58.94%
<i>Non</i>	633	23.00%
<i>Moyen</i>	494	17.95%
<i>Pas répondu</i>	3	0.11%
	2752	100.00%

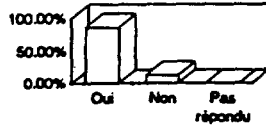
LES REPAS A L'HOPITAL

LE PLAT PRINCIPAL ETAIT-IL CHAUD ?

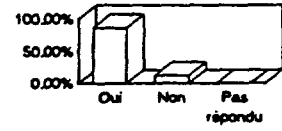
LE MATIN



LE MIDI

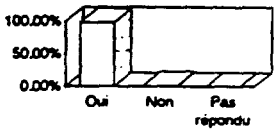


LE SOIR

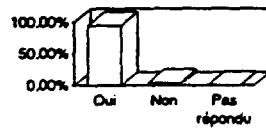


LES AUTRES COMPOSANTS DU REPAS ETAIENT-ILS A BONNE TEMPERATURE ?

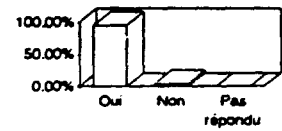
LE MATIN



LE MIDI

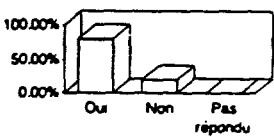


LE SOIR

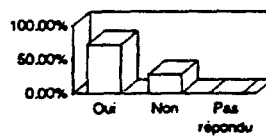


AVEZ-VOUS TOUJOURS CHOISI VOTRE REPAS ?

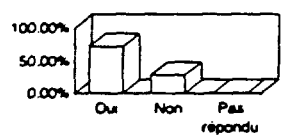
LE MATIN



LE MIDI

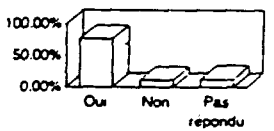


LE SOIR

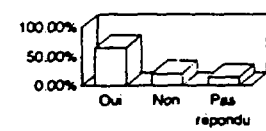


CHOIX ETAIT-IL TOUJOURS RESPECTE ?

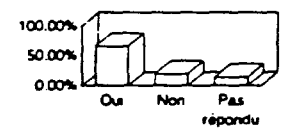
LE MATIN



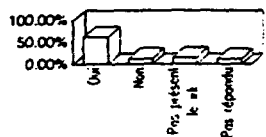
LE MIDI



LE SOIR



MEME LE WEEK-END



TOTAL ADUR

LES REPAS A L'HOPITAL

LE PLAT PRINCIPAL ETAIT-IL CHAUD ?

THE, CAFE, CHOC.	en nombre	en %
Oui	2561	93.06%
Non	185	6.72%
Pas répondu	6	0.22%
	2752	100.00%

REPAS DE MIDI	en nombre	en %
Oui	2383	86.59%
Non	363	13.19%
Pas répondu	6	0.22%
	2752	100.00%

REPAS DU SOIR	en nombre	en %
Oui	2381	86.52%
Non	363	13.19%
Pas répondu	8	0.29%
	2752	100.00%

LES AUTRES COMPOSANTS DU REPAS ETAIENT-ILS A BONNE TEMPERATURE ?

PETIT DEJEUNER	en nombre	en %
Oui	2699	98.07%
Non	45	1.64%
Pas répondu	8	0.29%
	2752	100.00%

REPAS DE MIDI	en nombre	en %
Oui	2613	94.95%
Non	133	4.83%
Pas répondu	6	0.22%
	2752	100.00%

REPAS DU SOIR	en nombre	en %
Oui	2623	95.31%
Non	123	4.47%
Pas répondu	6	0.22%
	2752	100.00%

VEZ-VOUS TOUJOURS CHOISI VOTRE REPAS ?

PETIT DEJEUNER	en nombre	en %
Oui	2199	79.91%
Non	547	19.88%
Pas répondu	6	0.22%
	2752	100.00%

REPAS DE MIDI	en nombre	en %
Oui	1977	71.84%
Non	771	28.02%
Pas répondu	4	0.15%
	2752	100.00%

REPAS DU SOIR	en nombre	en %
Oui	1975	71.77%
Non	772	28.05%
Pas répondu	5	0.18%
	2752	100.00%

LE CHOIX ETAIT-IL TOUJOURS RESPECTE ?

PETIT DEJEUNER	en nombre	en %
Oui	2100	76.31%
Non	308	11.19%
Pas répondu	344	12.50%
	2752	100.00%

REPAS DE MIDI	en nombre	en %
Oui	1793	65.15%
Non	563	20.46%
Pas répondu	396	14.39%
	2752	100.00%

REPAS DU SOIR	en nombre	en %
Oui	1817	66.02%
Non	537	19.51%
Pas répondu	398	14.46%
	2752	100.00%

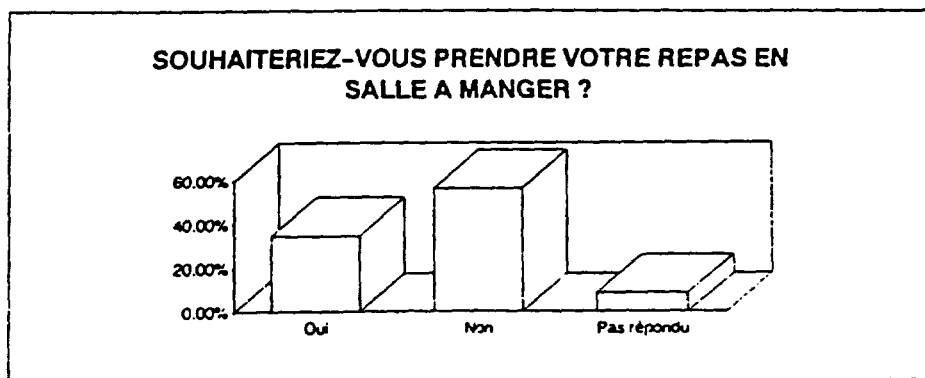
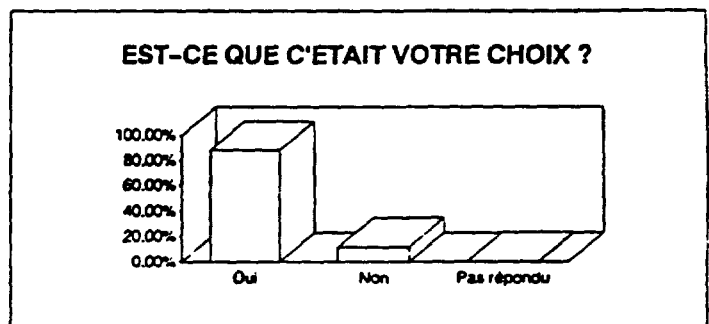
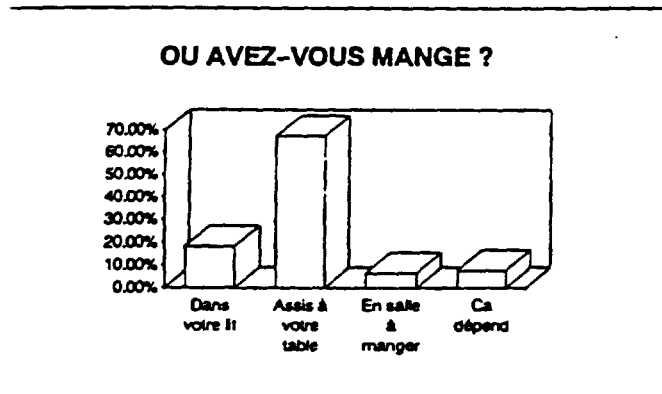
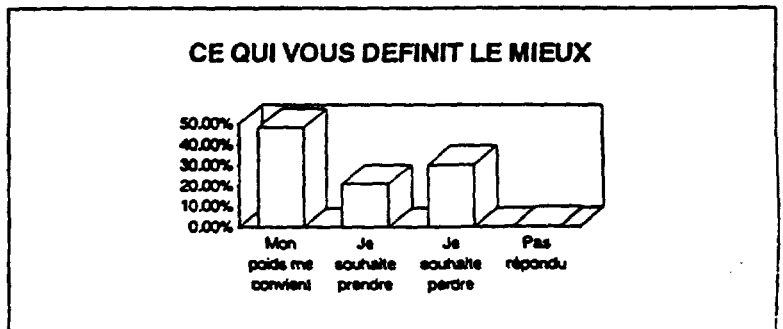
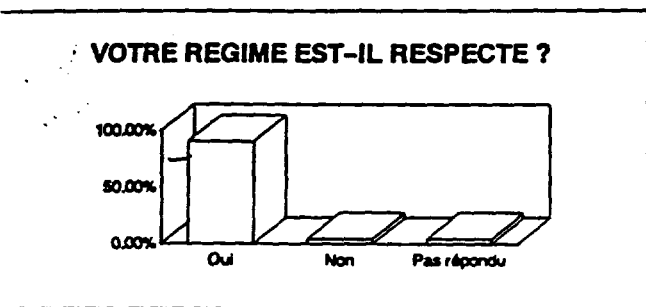
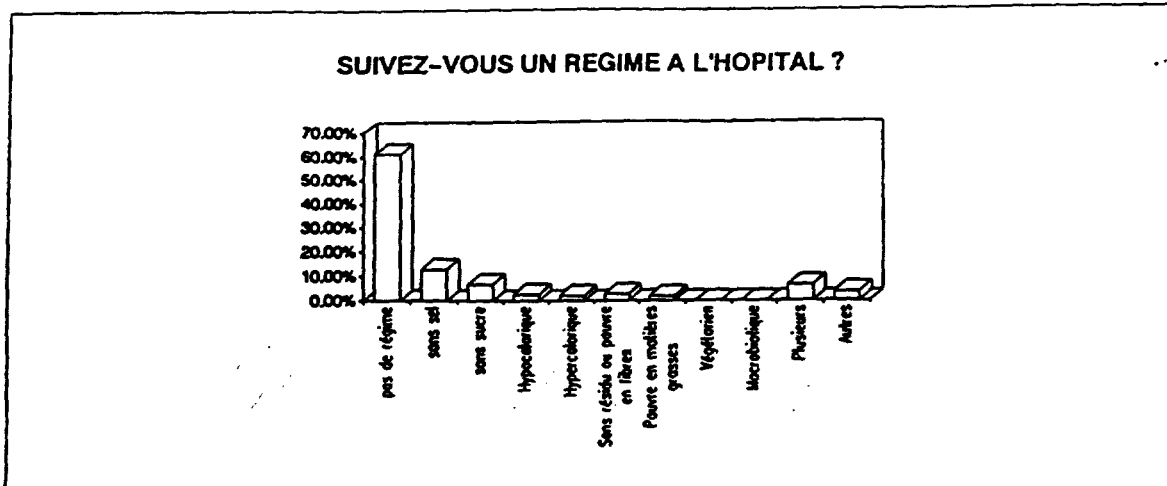
AVEZ-VOUS MANGÉ LE WEEK-END ?

	en nombre	en %
	1694	61.56%
	335	12.17%
présent le wk	417	15.15%
répondu	306	11.12%
	2752	100.00%

TOTAL APHP

Enquête de satisfaction sur la restauration

LE MALADE A L'HOPITAL



TOTAL APHP
Enquête de satisfaction sur la restauration

LE MALADE A L'HOPITAL

SUIVEZ-VOUS UN REGIME A L'HOPITAL ?

	en nombre	en %
<i>pas de régime</i>	1685	61.23%
<i>sans sel</i>	354	12.86%
<i>sans sucre</i>	183	6.65%
<i>Hypocalorique</i>	73	2.65%
<i>Hypercalorique</i>	56	2.03%
<i>Sans résidu ou pauvre en fibres</i>	74	2.69%
<i>Pauvre en matières grasses</i>	51	1.85%
<i>Végétarien</i>	2	0.07%
<i>Macrobiotique</i>		
<i>Plusieurs</i>	175	6.36%
<i>Autres</i>	99	3.60%
	2752	100.00%

VOTRE REGIME EST-IL RESPECTE ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	968	90.72%
<i>Non</i>	49	4.59%
<i>Pas répondu</i>	50	4.69%
	1067	100.00%

CE QUI VOUS DEFINIT LE MIEUX :

	en nombre	en %
<i>Mon poids me convient</i>	1323	48.07%
<i>Je souhaite prendre du poids</i>	581	21.11%
<i>Je souhaite perdre du poids</i>	836	30.38%
<i>Pas répondu</i>	12	0.44%
	2752	100.00%

J'AVEZ-VOUS MANGÉ ?

	en nombre	en %
<i>Dans votre lit</i>	501	18.20%
<i>Assis à votre table</i>	1858	67.51%
<i>En salle à manger</i>	179	6.50%
<i>Autre dépend</i>	214	7.78%
	2752	100.00%

EST-CE QUE C'ETAIT VOTRE CHOIX ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2424	88.08%
<i>Non</i>	313	11.37%
<i>Pas répondu</i>	15	0.55%
	2752	100.00%

DESHAITERIEZ-VOUS PRENDRE VOTRE REPAS EN SALLE A MANGER ?

	en nombre	en %
	958	34.81%
	1559	56.65%
<i>Pas répondu</i>	235	8.54%
	2752	100.00%

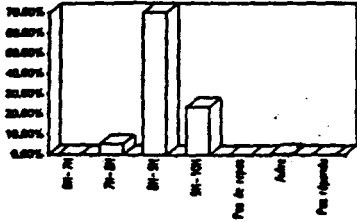
TOTAL APHP

Enquête de satisfaction sur la restauration

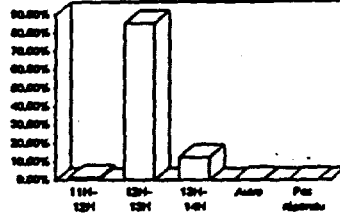
LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

EN GENERAL A QUELLE HEURE VOUS SERT-ON VOTRE REPAS A L'HOPITAL ?

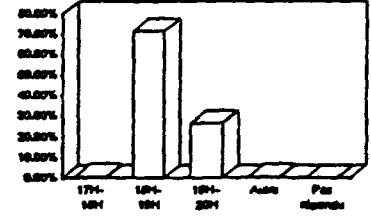
LE PETIT DEJEUNER



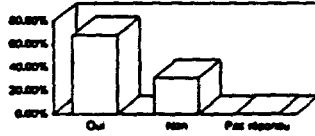
LE REPAS DE MIDI



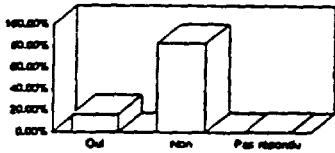
LE REPAS DU SOIR



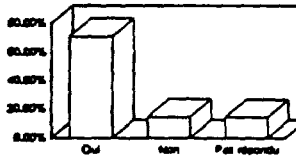
ETES-VOUS SATISFAIT ?



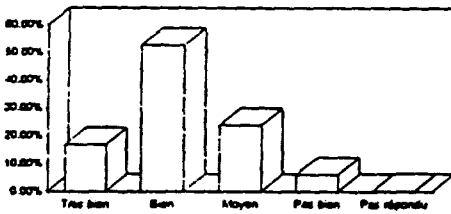
Z-VOUS OU AVEZ-VOUS EU BESOIN D'AIDE AU MOMENT DU REPAS ?



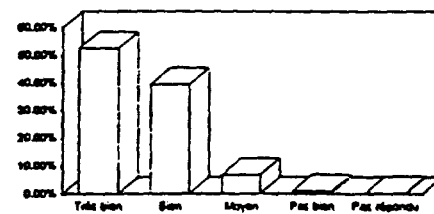
CETTE AIDE VOUS A-T-ELLE ETE APPORTEE AU MOMENT VOULU ?



LEMENT LE SERVICE DE RESTAURATION VOUS A-T-IL CONVENU ?



LE COMPORTEMENT DU PERSONNEL VOUS A-T-IL SATISFAIT ?
(Amabilité, disponibilité)



LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

EN GENERAL A QUELLE HEURE VOUS SERT-ON VOTRE REPAS A L'HOPITAL ?

PETIT DEJEUNER	en nombre	en %
5H-7H	6	0.22%
7H-8H	148	5.38%
9H-9H	1919	69.73%
9H-10H	643	23.36%
Pas de repas	6	0.22%
Autre	23	0.84%
Pas répondu	7	0.25%
	2752	100.00%

REPAS DE MIDI	en nombre	en %
11H-12H	45	1.64%
12H-13H	2344	85.17%
13H-14H	342	12.43%
Autre	16	0.58%
Pas répondu	5	0.18%
	2752	100.00%

REPAS DU SOIR	en nombre	en %
17H-18H	24	0.87%
18H-19H	1973	71.69%
19H-20H	728	26.45%
Autre	22	0.80%
Pas répondu	5	0.18%
	2752	100.00%

ETES-VOUS SATISFAIT ?

	en nombre	en %
Oui	1874	68.10%
Non	853	31.00%
Pas répondu	25	0.91%
	2752	100.00%

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU BESOIN D'AIDE AU MOMENT DU REPAS ?

	en nombre	en %
Oui	452	16.42%
Non	2281	82.89%
Pas répondu	19	0.69%
	2752	100.00%

CETTE AIDE VOUS A-T-ELLE ETE APPORTEE AU MOMENT VOULU ?

	en nombre	en %
Oui	321	71.02%
Non	66	14.60%
Pas répondu	65	14.38%
	452	100.00%

EN GÉNÉRAL LE SERVICE DE RESTAURATION VOUS A-T-IL CONVENU ?

	en nombre	en %
Très bien	463	16.82%
Bien	1456	52.91%
Moyen	660	23.98%
Pas bien	167	6.07%
Pas répondu	6	0.22%
	2752	100.00%

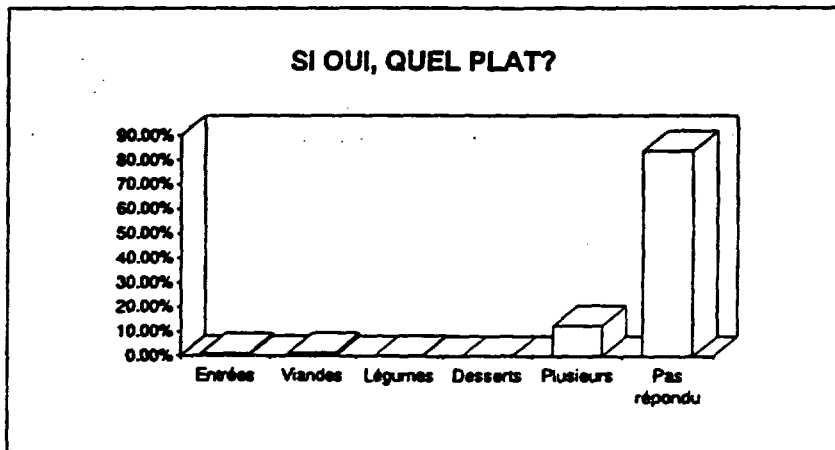
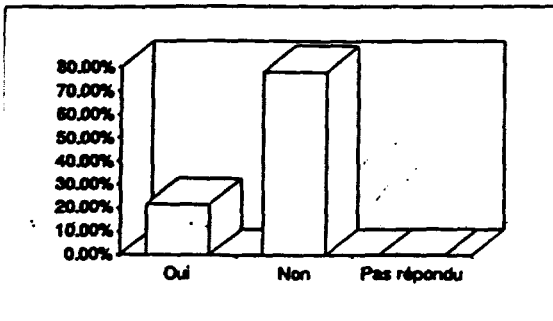
LE COMPORTEMENT DU PERSONNEL VOUS A-T-IL SATISFAIT ?
(Amabilité, disponibilité)

	en nombre	en %
Très bien	1445	52.51%
Bien	1091	39.64%
Moyen	185	6.72%
Pas bien	25	0.91%
Pas répondu	6	0.22%
	2752	100.00%

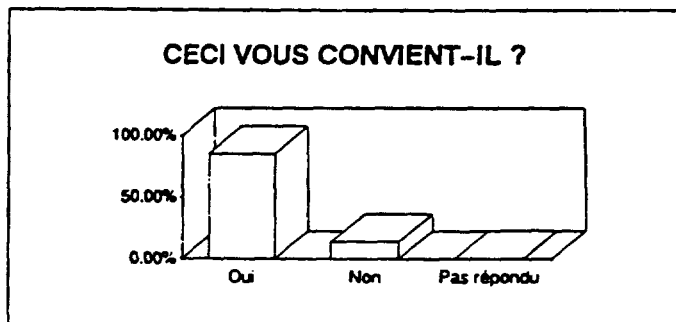
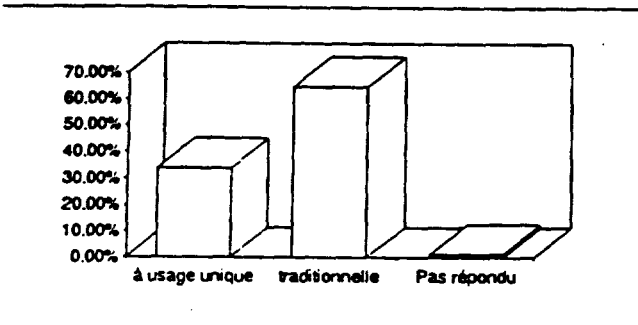
TOTAL APHP

LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

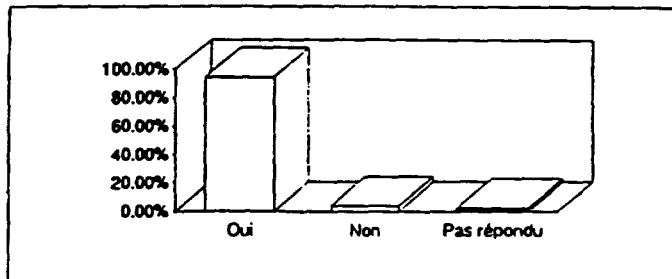
DOIT-ON AMELIORER LA PRESENTATION DU PLATEAU ?



LE PLAT PRINCIPAL EST SERVI EN VAISSELLE



ETES VOUS SATISFAIT DU TEMPS CONSACRE AU REPAS ?



TOTAL APHP
Enquête de satisfaction sur la restauration

LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

DOIT-ON AMELIORER LA PRESENTATION DU PLATEAU ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	596	21.66%
<i>Non</i>	2148	78.05%
<i>Pas répondu</i>	8	0.29%
	2752	100.00%

SI OUI, QUEL PLAT ?

	en nombre	en %
<i>Entrées</i>	32	1.16%
<i>Viandes</i>	41	1.49%
<i>Légumes</i>	13	0.47%
<i>Desserts</i>	7	0.25%
<i>Plusieurs</i>	350	12.72%
<i>Pas répondu</i>	2309	83.90%
	2752	100.00%

LE PLAT PRINCIPAL EST SERVI EN VAISSELLE

	en nombre	en %
<i>à usage unique</i>	932	33.87%
<i>traditionnelle</i>	1783	64.79%
<i>Pas répondu</i>	37	1.34%
	2752	100.00%

CECI VOUS CONVIENT-IL ?

	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2354	85.54%
<i>Non</i>	386	14.03%
<i>Pas répondu</i>	12	0.44%
	2752	100.00%

ETES VOUS SATISFAIT DU TEMPS CONSACRE AU REPAS ?

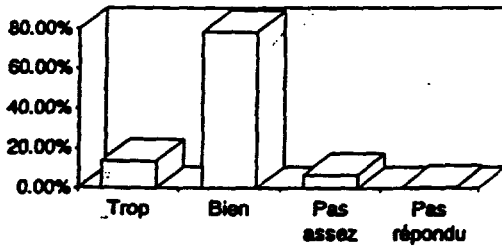
	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2596	94.33%
<i>Non</i>	100	3.63%
<i>Pas répondu</i>	56	2.03%
	2752	100.00%

TOTAL APHP

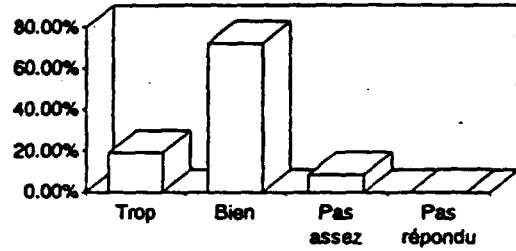
LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

QUE PENSEZ VOUS DE LA QUANTITE ?

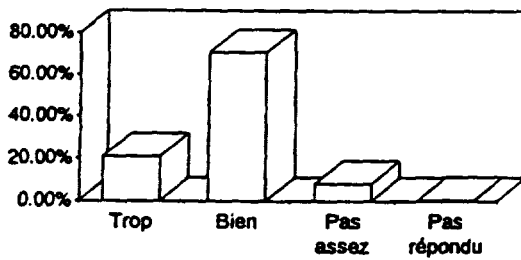
ENTREES ET POTAGES



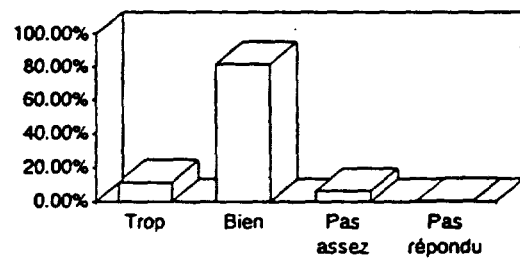
VIANDES ET POISSONS



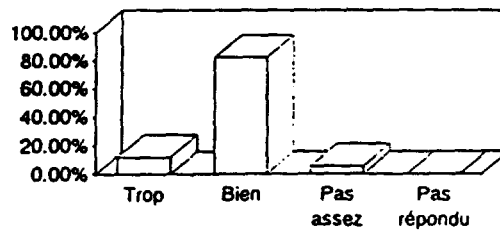
LEGUMES ET FECULENTS



FROMAGES



DESSERTS



TOTAL APHP

Enquête de satisfaction sur la restauration

LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

QUE PENSEZ VOUS DE LA QUANTITE ?

ENTREES ET POTAGES	en nombre	en %
<i>Trop</i>	379	13.77%
<i>Bien</i>	2163	78.60%
<i>Pas assez</i>	189	6.87%
<i>Pas répondu</i>	21	0.76%
	2752	100.00%

VIANDES ET POISSONS	en nombre	en %
<i>Trop</i>	525	19.08%
<i>Bien</i>	1985	72.13%
<i>Pas assez</i>	232	8.43%
<i>Pas répondu</i>	10	0.36%
	2752	100.00%

LEGUMES ET FECULENTS	en nombre	en %
<i>Trop</i>	571	20.75%
<i>Bien</i>	1949	70.82%
<i>Pas assez</i>	220	7.99%
<i>Pas répondu</i>	12	0.44%
	2752	100.00%

FROMAGES	en nombre	en %
<i>Trop</i>	311	11.30%
<i>Bien</i>	2258	82.05%
<i>Pas assez</i>	168	6.10%
<i>Pas répondu</i>	15	0.55%
	2752	100.00%

DESSERTS	en nombre	en %
<i>Trop</i>	326	11.85%
<i>Bien</i>	2267	82.38%
<i>Pas assez</i>	152	5.52%
<i>Pas répondu</i>	7	0.25%
	2752	100.00%

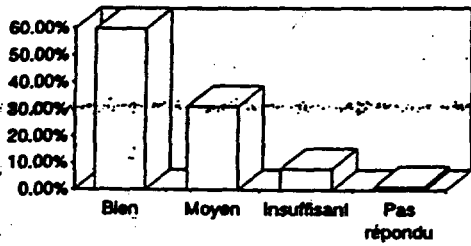
TOTAL APHP

Enquête de satisfaction sur la restauration

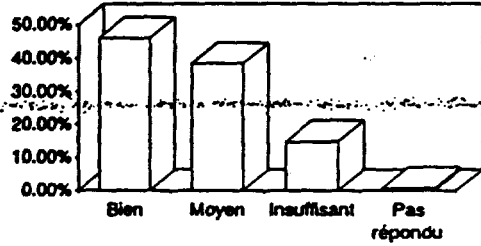
LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

QUE PENSEZ VOUS DE LA QUALITE ?

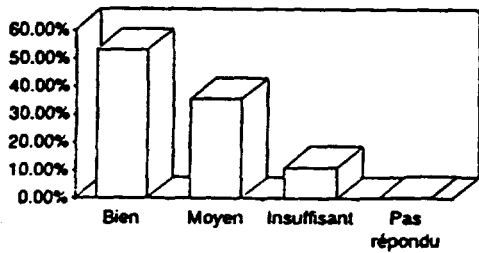
ENTREES ET POTAGES



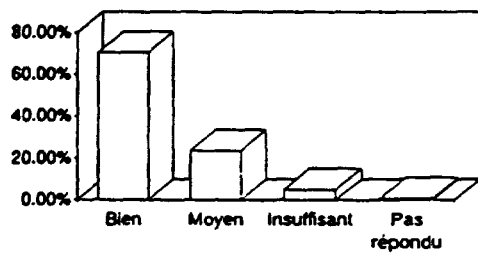
VIANDES ET POISSONS



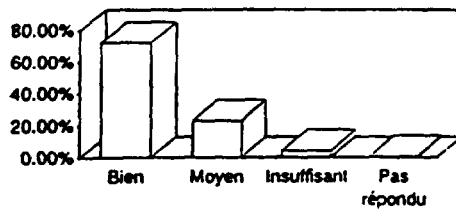
LEGUMES ET FECULENTS



FROMAGES



DESSERTS



LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

QUE PENSEZ VOUS DE LA QUALITE ?

ENTREES ET POTAGES	en nombre	en %
<i>Bien</i>	1646	59.81%
<i>Moyen</i>	857	31.14%
<i>Insuffisant</i>	214	7.78%
<i>Pas répondu</i>	35	1.27%
	2752	100.00%

VIANDES ET POISSONS	en nombre	en %
<i>Bien</i>	1267	46.04%
<i>Moyen</i>	1057	38.41%
<i>Insuffisant</i>	405	14.72%
<i>Pas répondu</i>	23	0.84%
	2752	100.00%

LEGUMES ET FECULENTS	en nombre	en %
<i>Bien</i>	1459	53.02%
<i>Moyen</i>	977	35.50%
<i>Insuffisant</i>	302	10.97%
<i>Pas répondu</i>	14	0.51%
	2752	100.00%

FROMAGES	en nombre	en %
<i>Bien</i>	1943	70.60%
<i>Moyen</i>	648	23.55%
<i>Insuffisant</i>	137	4.98%
<i>Pas répondu</i>	24	0.87%
	2752	100.00%

DESSERTS	en nombre	en %
<i>Bien</i>	1990	72.31%
<i>Moyen</i>	632	22.97%
<i>Insuffisant</i>	117	4.25%
<i>Pas répondu</i>	13	0.47%
	2752	100.00%

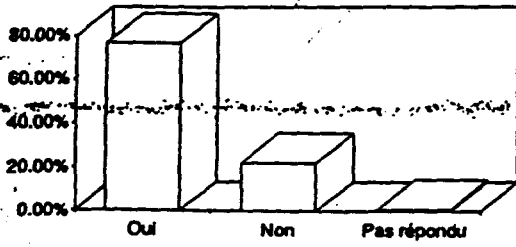
TOTAL APHP

Enquête de satisfaction sur la restauration

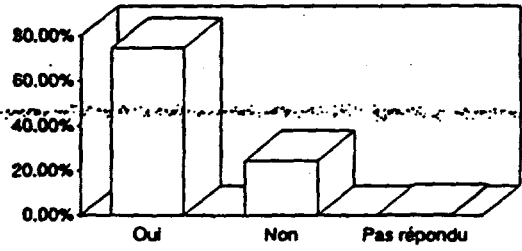
LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

EST CE QUE CELA VOUS SEMBLE VARIE ?

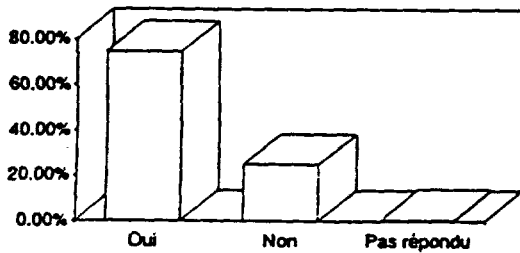
ENTREES ET POTAGES



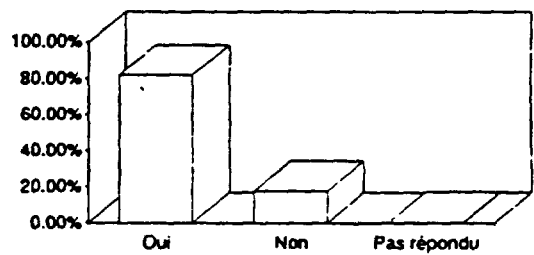
VIANDES ET POISSONS



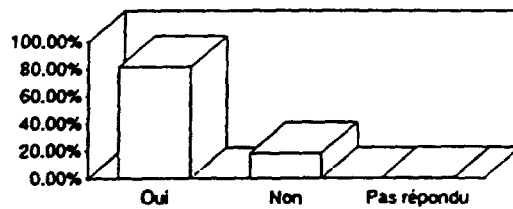
LEGUMES ET FECULENTS



FROMAGES



DESSERTS



TOTAL APHP
Enquête de satisfaction sur la restauration

LE SERVICE DE RESTAURATION A L'HOPITAL

EST CE QUE CELA VOUS SEMBLE VARIE ?

ENTREES ET POTAGES	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2116	76.89%
<i>Non</i>	609	22.13%
<i>Pas répondu</i>	27	0.98%
	2752	100.00%

VIANDES ET POISSONS	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2055	74.67%
<i>Non</i>	678	24.64%
<i>Pas répondu</i>	19	0.69%
	2752	100.00%

LEGUMES ET FECULENTS	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2054	74.64%
<i>Non</i>	684	24.85%
<i>Pas répondu</i>	14	0.51%
	2752	100.00%

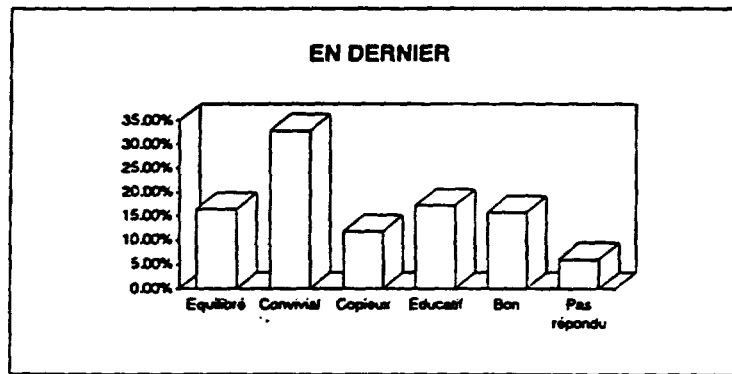
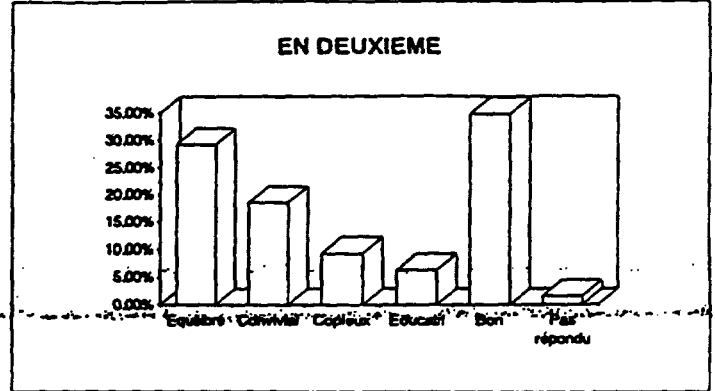
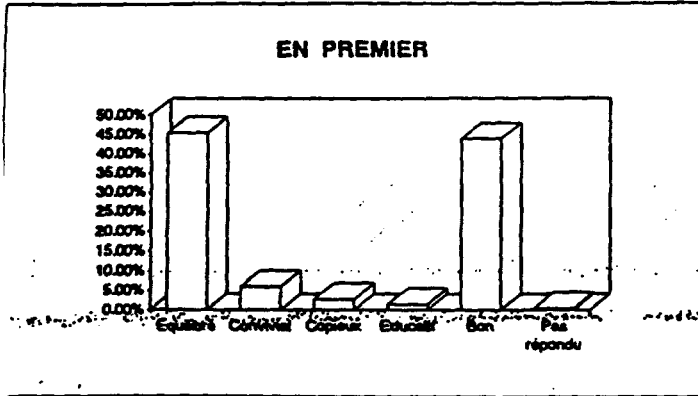
FROMAGES	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2255	81.94%
<i>Non</i>	480	17.44%
<i>Pas répondu</i>	17	0.62%
	2752	100.00%

DESSERTS	en nombre	en %
<i>Oui</i>	2242	81.47%
<i>Non</i>	499	18.13%
<i>Pas répondu</i>	11	0.40%
	2752	100.00%

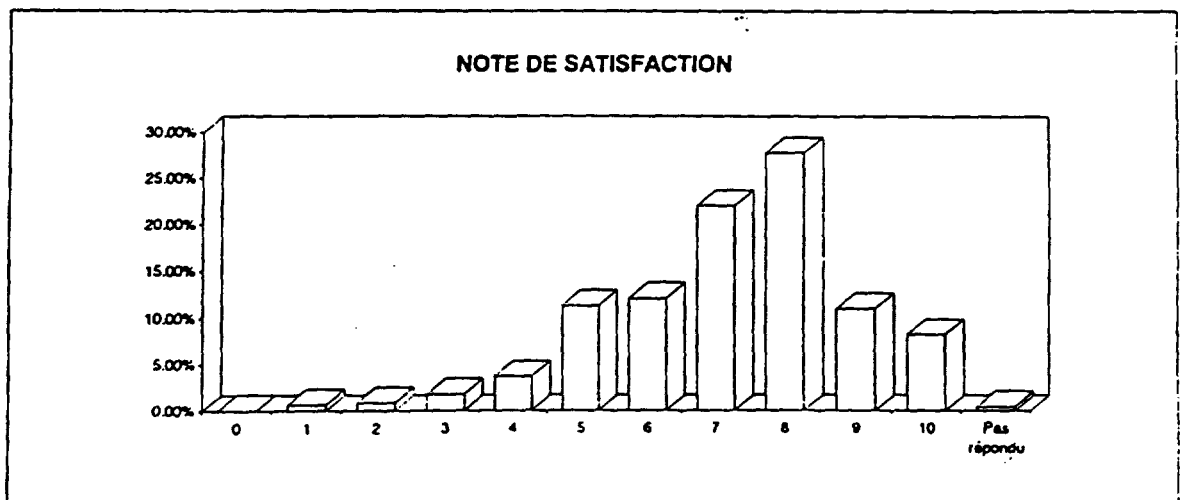
TOTAL APHP

LE REPAS A L'HOPITAL

POUR VOUS LE REPAS A L'HOPITAL DOIT-IL ETRE :



GLOBALEMENT ETES-VOUS SATISFAIT ?



Direction de l'Équipement
et du Système d'Information
Division Économique et Financière
Filière Cuisines Hospitalières

Direction des Finances

Département Contrôle de Gestion

Total AP-HP

96
Court-séjour

Résultats descriptifs
de l'enquête "Restauration-Service"

*Direction de l'Équipement
et du Système d'information
Division Économique et Financière*

- ✓ Paul Tronchon
- ✓ Corinne Benabdallah (☎ : 40.2741.67)

Résultats descriptifs

**Direction des Finances
Département Contrôle de Gestion**

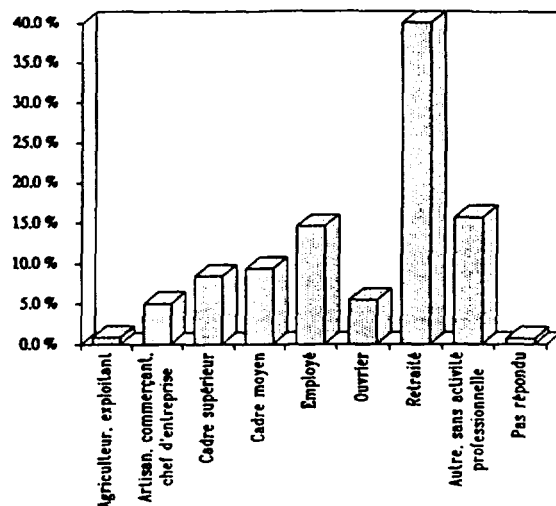
REPARTITION DES PATIENTS PAR SERVICE

Spécialité	Population échantillonnée 1996		Activité réelle 1995
	En nombre	En %	En %
Brulés	1	0.03 %	0.07 %
Cancérologie	16	0.54 %	1.53 %
Cardiologie	263	8.91 %	8.91 %
Chir. ortho.et traumatologie	215	7.29 %	6.85 %
Chir. plastique reconstr.	34	1.15 %	1.03 %
Chirurgie cardio-vasculaire	78	2.64 %	3.30 %
Chirurgie générale	79	2.68 %	2.22 %
Chirurgie thoracique	22	0.75 %	0.55 %
Chirurgie vasculaire	15	0.51 %	0.86 %
Chirurgie viscérale	231	7.83 %	8.86 %
Dermatologie / vénérologie	17	0.58 %	0.70 %
Endocrinologie	77	2.61 %	2.74 %
Gynéco-obstétrique	352	11.93 %	11.72 %
Hématologie clinique	47	1.59 %	1.67 %
Hépto-gastro-entéro	164	5.56 %	6.55 %
Immuno clinique	21	0.71 %	0.92 %
Maladies infectieuses	53	1.80 %	1.96 %
Médecine interne	438	14.84 %	9.54 %
Moyen séjour	38	1.29 %	0.20 %
Néphrologie	86	2.91 %	2.84 %
Neuro-chirurgie	48	1.63 %	3.45 %
Neurologie	108	3.66 %	3.34 %
O.R.L.	36	1.22 %	3.97 %
Ophtalmologie	20	0.68 %	2.44 %
Pneumologie	111	3.76 %	3.90 %
Radiothérapie	9	0.30 %	0.98 %
Rééducation polyvalente	84	2.85 %	0.39 %
Rééducation vasculaire	2	0.07 %	0.07 %
Rééducation cardiologique	30	1.02 %	0.34 %
Rééducation neurologique	47	1.59 %	0.69 %
Rhumatologie	104	3.52 %	2.83 %
Sto.chir.max.fac	12	0.41 %	0.83 %
Urologie	93	3.15 %	3.75 %
Total (*)	2 951	100.00 %	100.00 %

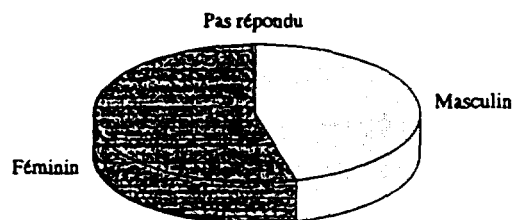
(*) hors 2 "pas répondu"

Répartition de la population échantillonnée

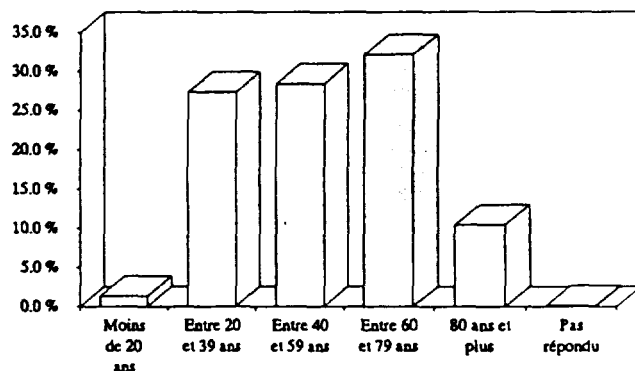
Profession	en nombre	en %
Agriculteur, exploitant	26	0.9 %
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	149	5.0 %
Cadre supérieur	248	8.4 %
Cadre moyen	277	9.4 %
Employé	430	14.6 %
Ouvrier	162	5.5 %
Retraité	1 181	40.0 %
Autre, sans activité professionnelle	459	15.5 %
Pas répondu	21	0.7 %
	2 953	100.0 %



Sexe	en nombre	en %
Masculin	1 359	46.0 %
Féminin	1 586	53.7 %
Pas répondu	8	0.3 %
	2 953	100.0 %

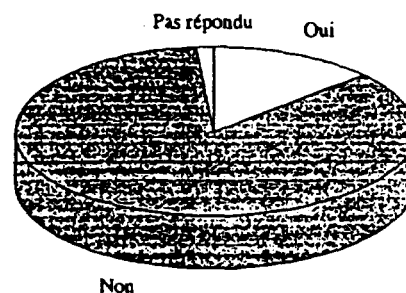


Age	en nombre	en %
Moins de 20 ans	41	1.4 %
Entre 20 et 39 ans	808	27.4 %
Entre 40 et 59 ans	840	28.5 %
Entre 60 et 79 ans	950	32.2 %
80 ans et plus	310	10.5 %
Pas répondu	4	0.1 %
	2 953	100.0 %



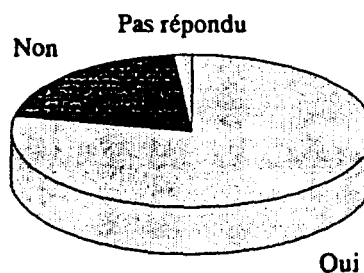
A part les régimes, avez-vous des contraintes alimentaires ?

	en nombre	en %
Oui	399	13.5 %
Non	2 519	85.3 %
Pas répondu	35	1.2 %
	2 953	100.0 %



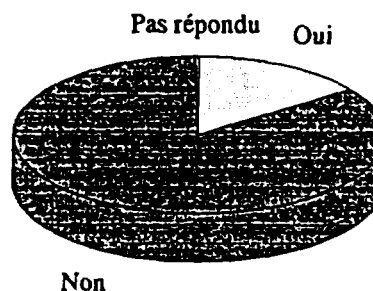
Avez-vous bon moral ?

	en nombre	en %
Oui	2 308	78.2 %
Non	598	20.2 %
Pas répondu	47	1.6 %
	2 953	100.0 %



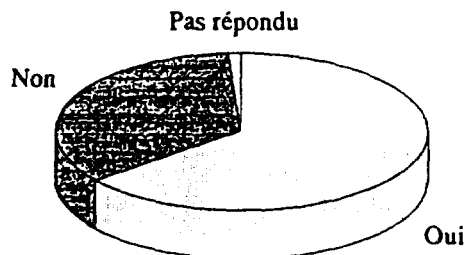
Avez-vous des problèmes de mastication ?

	en nombre	en %
Oui	449	15.2 %
Non	2 499	84.6 %
Pas répondu	5	0.2 %
	2 953	100.0 %



Avez-vous bon appétit ?

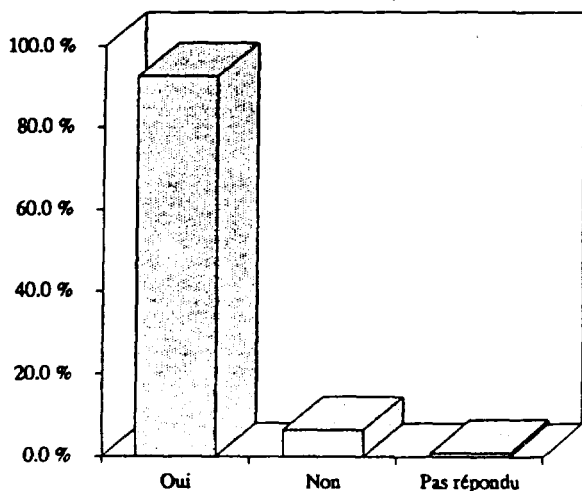
	en nombre	en %
Oui	1 897	64.2 %
Non	1 028	34.8 %
Pas répondu	28	0.9 %
	2 953	100.0 %



Température

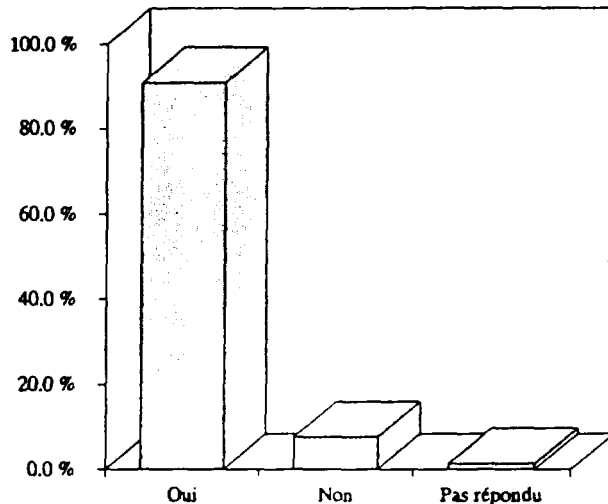
Le thé, café, chocolat du petit déjeuner
était-il chaud ?

	en nombre	en %
Oui	2 737	92.7 %
Non	191	6.5 %
Pas répondu	25	0.8 %
	2 953	100.0 %



Le plat principal du repas (midi et soir)
était-il chaud ?

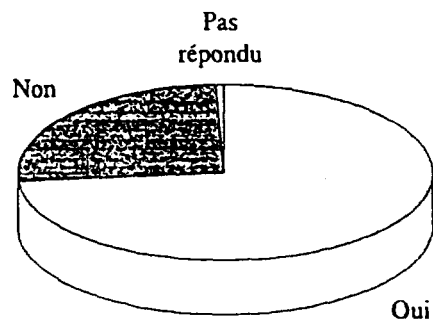
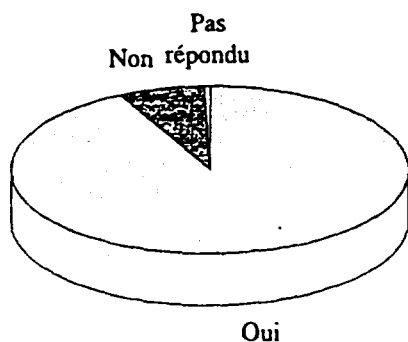
	en nombre	en %
Oui	2 684	90.9 %
Non	227	7.7 %
Pas répondu	42	1.4 %
	2 953	100.0 %



Avez-vous toujours choisi votre repas ?

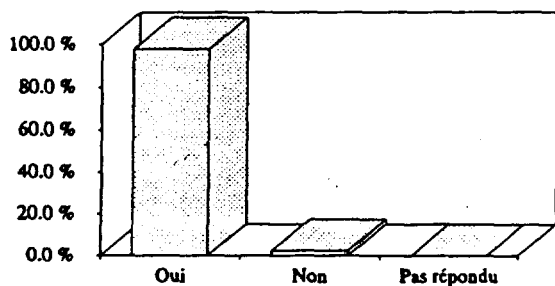
Petit déjeuner	en nombre	en %
Oui	2 738	92.7 %
Non	204	6.9 %
Pas répondu	11	0.4 %
	2 953	100.0 %

Midi et Soir	en nombre	en %
Oui	2 181	73.9 %
Non	756	25.6 %
Pas répondu	16	0.5 %
	2 953	100.0 %

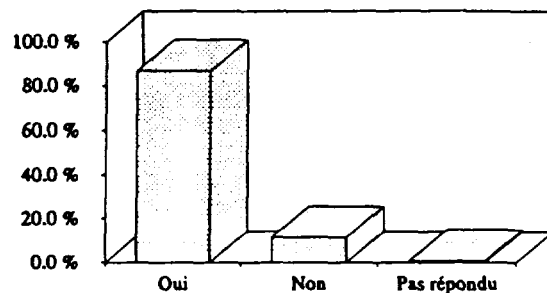


Le choix était-il toujours respecté ?

<i>Petit déjeuner</i>	en nombre	en %
Oui	2 669	97.5 %
Non	67	2.4 %
Pas répondu	2	0.1 %
	2 738	100.0 %

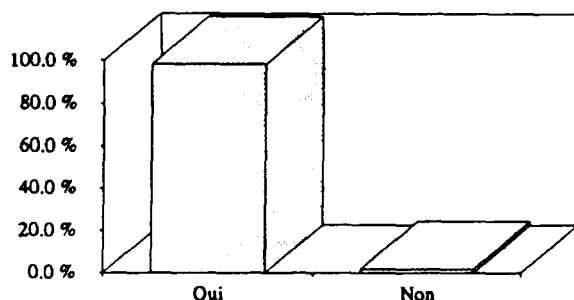


<i>Midi et Soir</i>	en nombre	en %
Oui	1 900	87.1 %
Non	257	11.8 %
Pas répondu	24	1.1 %
	2 181	100.0 %

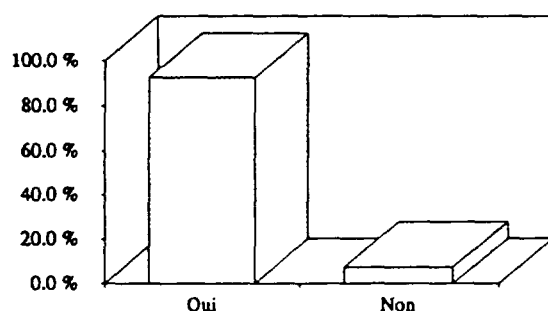


Même le week-end ?

<i>Petit déjeuner</i>	en nombre	en %
Oui	2 193	98.3 %
Non	38	1.7 %
Présent le WE	2 231	100.0 %

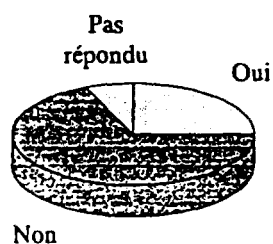


<i>Midi et Soir</i>	en nombre	en %
Oui	1 659	92.5 %
Non	135	7.5 %
Présent le WE	1 794	100.0 %

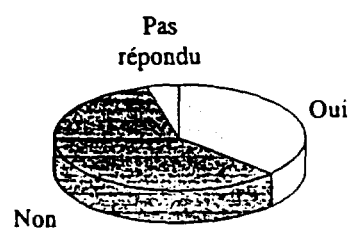


Si vous n'avez pas choisi, cela vous a-t-il gêné ?

<i>Petit déjeuner</i>	en nombre	en %
Oui	51	25.2 %
Non	140	68.7 %
Pas répondu	13	6.2 %
	204	100.0 %

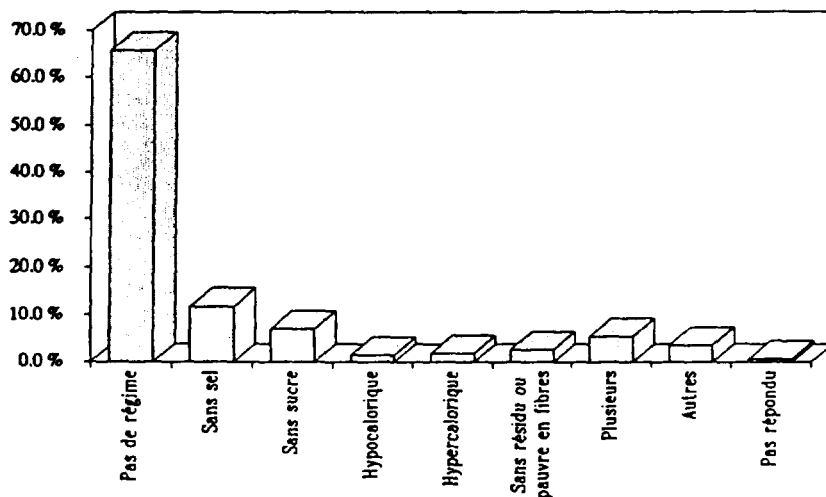


<i>Midi et Soir</i>	en nombre	en %
Oui	280	37.0 %
Non	447	59.1 %
Pas répondu	30	3.9 %
	756	100.0 %



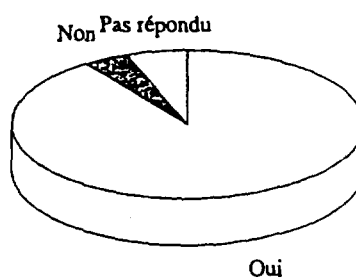
Suivez-vous un régime à l'hôpital ?

	en nombre	en %
Pas de régime	1 941	65.7 %
Sans sel	348	11.8 %
Sans sucre	207	7.0 %
Hypocalorique	41	1.4 %
Hypercalorique	53	1.8 %
Sans résidu ou pauvre en fibres	76	2.6 %
Plusieurs	162	5.5 %
Autres	106	3.6 %
Pas répondu	19	0.6 %
	2 953	100.0 %



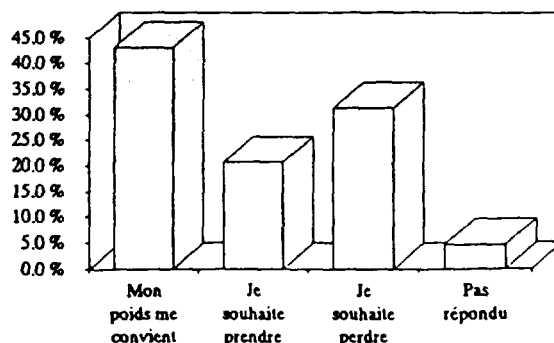
Votre régime est-il respecté ?

	en nombre	en %
Oui	897	90.3 %
Non	43	4.3 %
Pas répondu	53	5.3 %
	993	100.0%



Ce qui vous définit le mieux ?

	en nombre	en %
Mon poids me convient	1 276	43.2 %
Je souhaite prendre du poids	613	20.8 %
Je souhaite perdre du poids	926	31.4 %
Pas répondu	138	4.7 %
	2 953	100.0 %

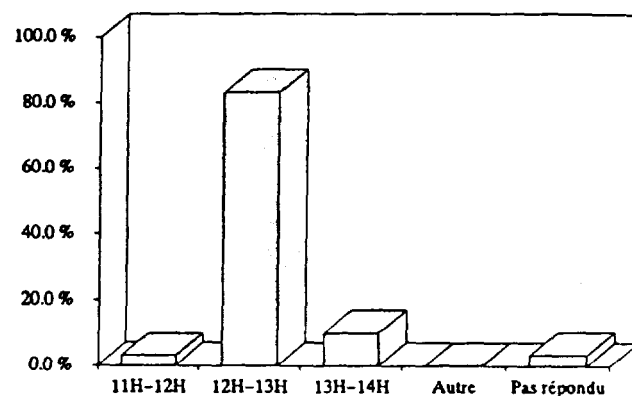
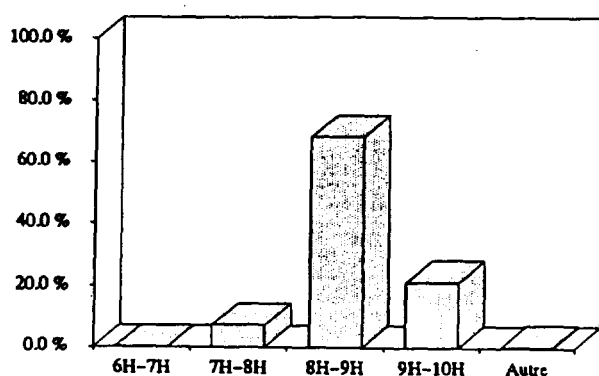


Le service de restauration à l'hôpital

En général, à quelle heure vous sert-on votre repas ?

<i>Petit déjeuner</i>	en nombre	en %
6H-7H	1	0.0 %
7H-8H	213	7.2 %
8H-9H	2 015	68.2 %
9H-10H	628	21.3 %
Autre	11	0.4 %
Pas répondu	85	2.9 %
	2 953	100.0 %

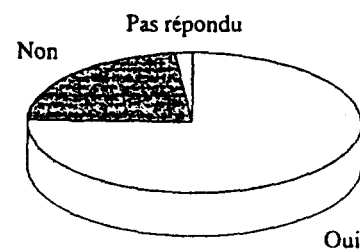
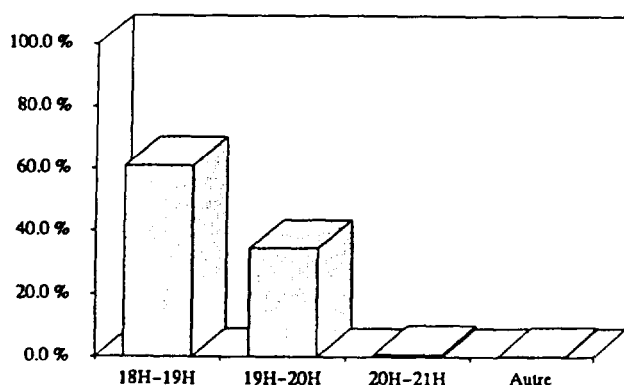
<i>Midi</i>	en nombre	en %
11H-12H	91	3.1 %
12H-13H	2 458	83.2 %
13H-14H	300	10.2 %
Autre	5	0.2 %
Pas répondu	99	3.4 %
	2 953	100.0 %



<i>Soir</i>	en nombre	en %
18H-19H	1 799	60.9 %
19H-20H	1 015	34.4 %
20H-21H	26	0.9 %
Autre	9	0.3 %
Pas répondu	104	3.5 %
	2 953	100.0 %

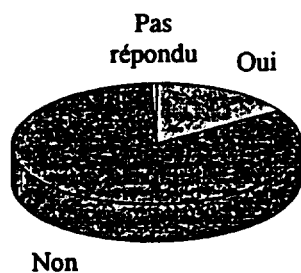
Etes-vous satisfait de ces horaires ?

	en nombre	en %
Oui	2 230	75.5 %
Non	682	23.1 %
Pas répondu	41	1.4 %
	2 953	100.0 %



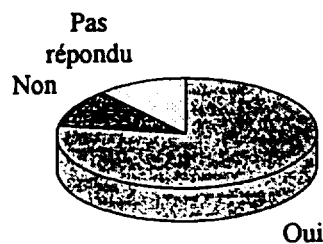
Avez-vous ou avez-vous eu besoin d'aide au moment du repas ?

	en nombre	en %
Oui	482	16.3 %
Non	2 460	83.3 %
Pas répondu	11	0.4 %
	2 953	100.0 %



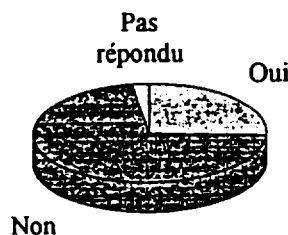
Cette aide vous a-t-elle été apportée au moment voulu ?

	en nombre	en %
Oui	375	77.8 %
Non	53	11.1 %
Pas répondu	53	11.1 %
	482	100.0 %



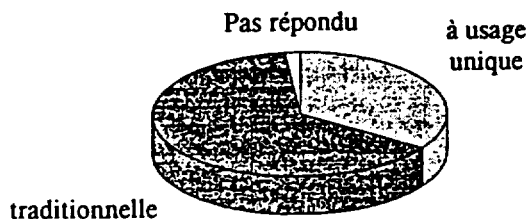
Doit-on améliorer la présentation du plateau

	en nombre	en %
Oui	777	26.3 %
Non	2 116	71.7 %
Pas répondu	60	2.0 %
	2 953	100.0 %



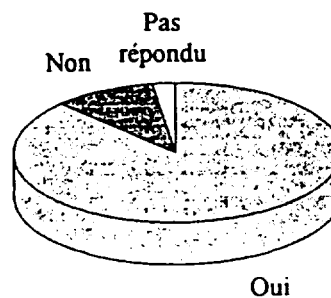
Le plat principal est servi en vaisselle :

	en nombre	en %
à usage unique	1 025	34.7 %
traditionnelle	1 887	63.9 %
Pas répondu	42	1.4 %
	2 953	100.0 %



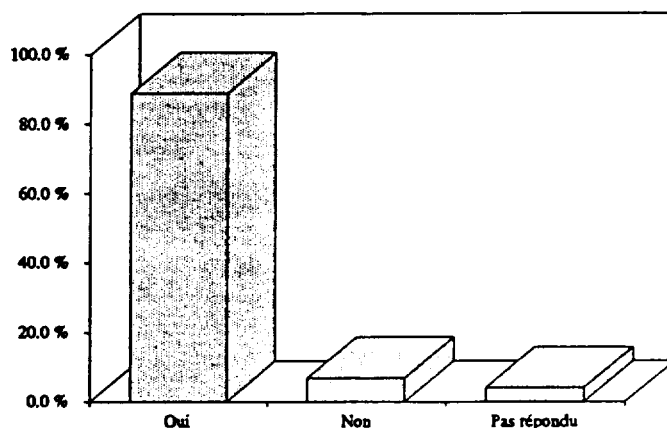
Ceci vous convient-il ?

	en nombre	en %
Oui	2 587	87.6 %
Non	307	10.4 %
Pas répondu	60	2.0 %
	2 953	100.0 %



Pouvoir choisir votre repas est-il pour vous un élément de satisfaction ?

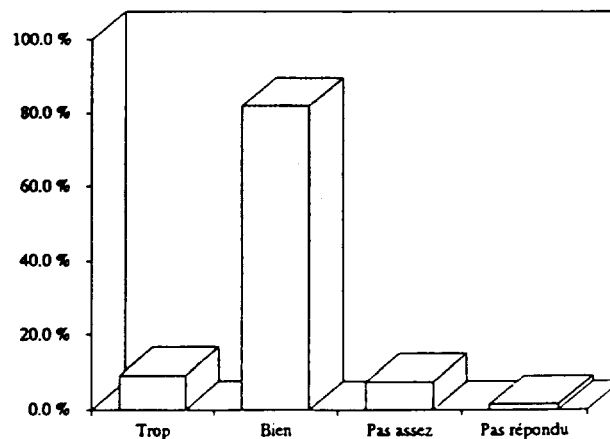
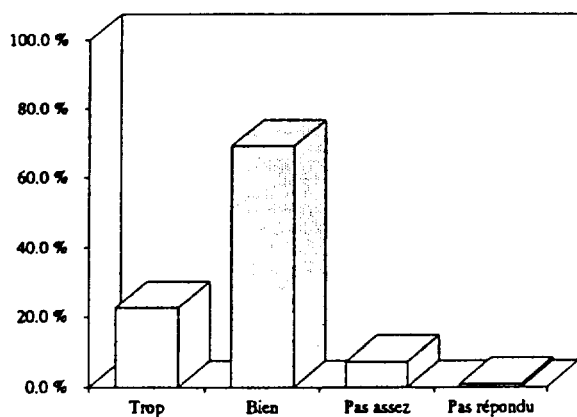
	en nombre	en %
Oui	2 625	88.9 %
Non	206	7.0 %
Pas répondu	122	4.1 %
	2 953	100.0 %



Que pensez-vous de la quantité ?

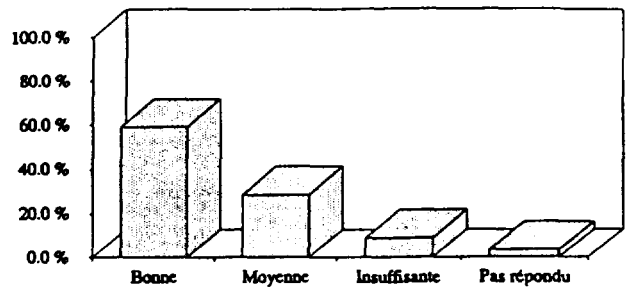
Plat et garniture	en nombre	en %
Trop	670	22.7 %
Bien	2 041	69.1 %
Pas assez	214	7.2 %
Pas répondu	28	0.9 %
	2 953	100.0 %

Fromage et dessert	en nombre	en %
Trop	269	9.1 %
Bien	2 423	82.1 %
Pas assez	218	7.4 %
Pas répondu	43	1.5 %
	2 953	100.0 %

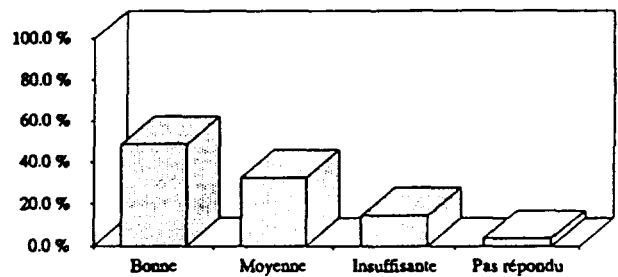


Que pensez-vous de la qualité ?

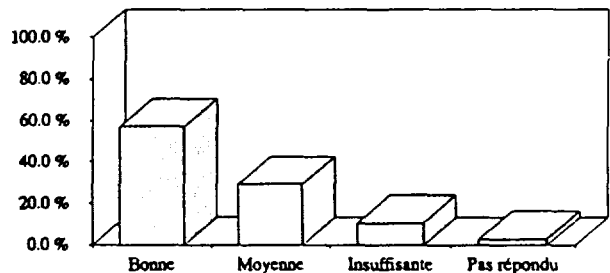
<i>Entrées et potages</i>	en nombre	en %
Bonne	1 744	59.1 %
Moyenne	839	28.4 %
Insuffisante	264	8.9 %
Pas répondu	106	3.6 %
	2 953	100.0%



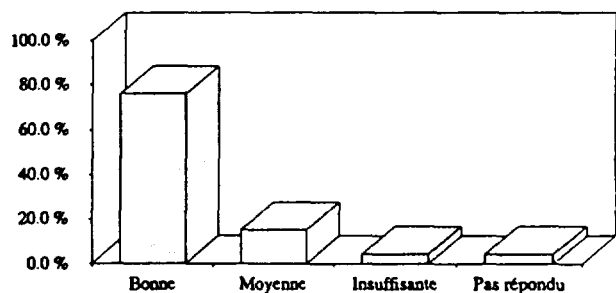
<i>Viandes et poissons</i>	en nombre	en %
Bonne	1 444	48.9 %
Moyenne	965	32.7 %
Insuffisante	431	14.6 %
Pas répondu	113	3.8 %
	2 953	100.0%



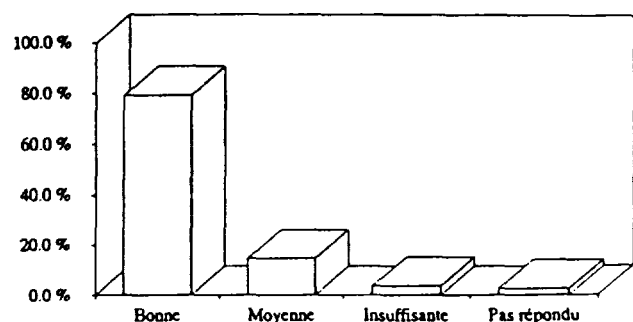
<i>Légumes et féculents</i>	en nombre	en %
Bonne	1 695	57.4 %
Moyenne	863	29.2 %
Insuffisante	311	10.5 %
Pas répondu	84	2.8 %
	2 953	100.0%



<i>Fromages</i>	en nombre	en %
Bonne	2 246	76.1 %
Moyenne	446	15.1 %
Insuffisante	130	4.4 %
Pas répondu	131	4.4 %
	2 953	100.0%

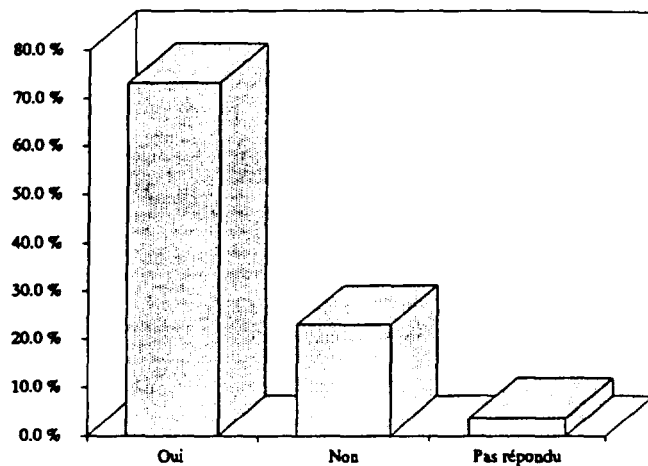


<i>Desserts</i>	en nombre	en %
Bonne	2 343	79.3 %
Moyenne	428	14.5 %
Insuffisante	104	3.5 %
Pas répondu	78	2.6 %
	2 953	100.0%



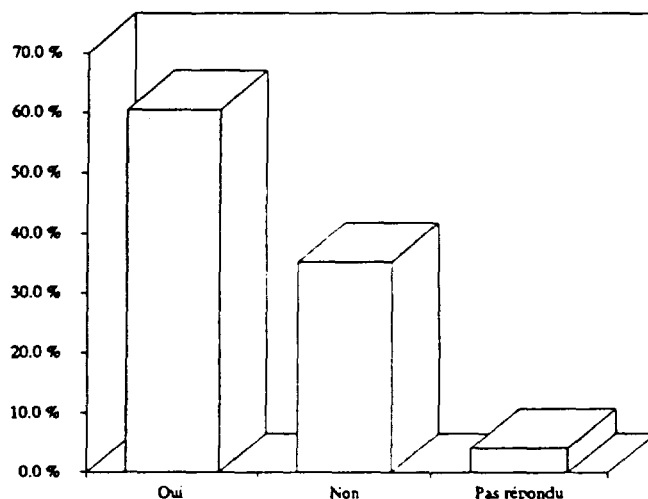
Est-ce que le plat principal vous semble varié ?

	en nombre	en %
Oui	2 163	73.3 %
Non	680	23.0 %
Pas répondu	110	3.7 %
	2 953	100.0 %



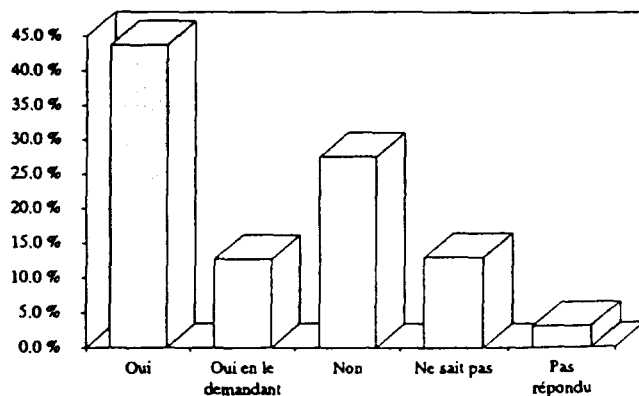
L'assaisonnement vous convient-il ?

	en nombre	en %
Oui	1 788	60.6 %
Non	1 043	35.3 %
Pas répondu	122	4.1 %
	2 953	100.0 %



Avez-vous la possibilité d'assaisonner ?

	en nombre	en %
Oui	1 291	43.7 %
Oui en le demandant	374	12.7 %
Non	811	27.5 %
Ne sait pas	386	13.1 %
Pas répondu	91	3.1 %
	2 953	100.0 %

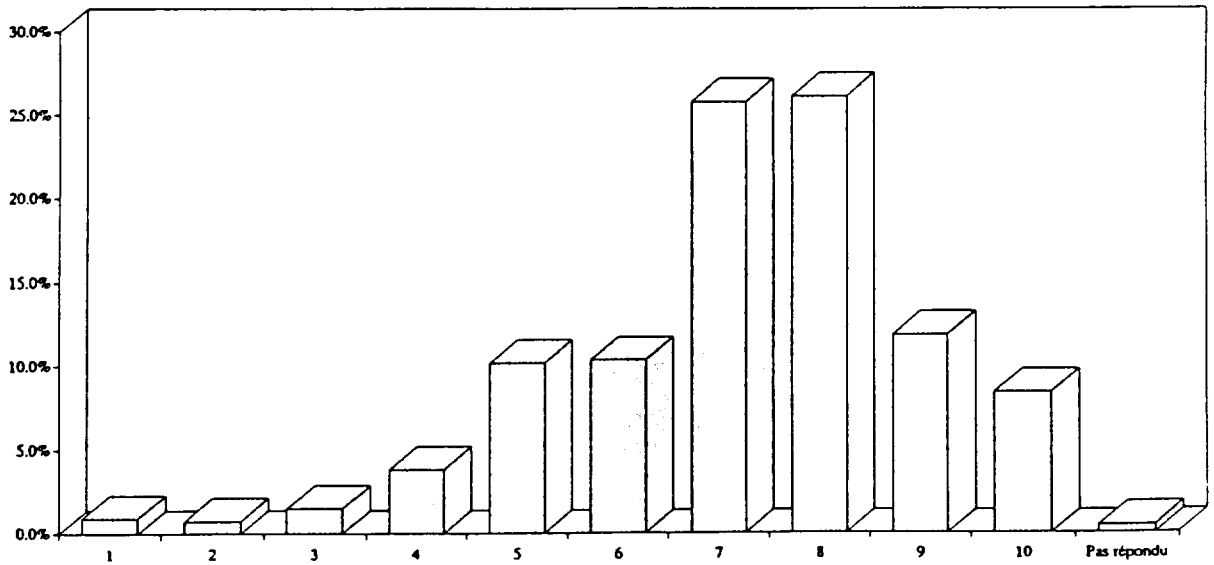


Globalement, êtes-vous satisfait(e) ?

NOTE	en nombre	en %
1	27	0.9%
2	22	0.7%
3	44	1.5%
4	112	3.8%
5	299	10.1%
6	304	10.3%
7	762	25.8%
8	772	26.1%
9	350	11.9%
10	247	8.4%
Pas répondu	14	0.5%
	2 953	100.0%

72.5% de satisfaits

Moyenne = 7.2



Initiales
de l'enquêteur

N° d'ordre
(Ne pas remplir)

1	2	3	4
---	---	---	---

Court séjour - 1996

Questionnaire "Restauration-Service"

Date :

Hôpital :

Code de la spécialité du service :

Code Hôpital

1) Depuis combien de jours êtes-vous hospitalisé(e) ?

Nombre de jours

ou Nombre de mois

Indiquez
le n° choisi

2) Avez-vous bon moral ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu

3) Avez-vous des problèmes de mastication ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu

4) Avez-vous bon appétit ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu

Parlons de la température

5-1) Le thé, café, chocolat du petit déjeuner était-il chaud ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu

5-2) Le plat principal du repas de midi (et repas du soir) était-il chaud ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu

A propos du choix...

6-1) Avez vous toujours choisi votre petit déjeuner ?

1 Oui 2 Non (si non, répondre 4 à Q.6.2 et 6.3 et passez à Q. 6.4) 3 Pas répondu

6-2) (Si oui), le choix était-il respecté ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu 4 n'a pas choisi

6-3) Même le Week-end ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu 4 n'a pas choisi

6-4) (Si non), cela vous a-t-il gêné ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu 4 a choisi

7-1) Avez vous toujours choisi votre repas du midi et du soir

1 Oui 2 Non (Si non, répondre 4 à Q. 7.2, et 7.3 et passez à Q. 7.4) 3 Pas répondu

22

7-2) (Si oui), le choix était-il respecté ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu 4 n'a pas choisi

23

7-3) Même le Week-end ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu 4 n'a pas choisi

24

7-4) (Si non), cela vous a-t-il gêné ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu 4 a choisi

25

8) Suivez-vous un régime particulier à l'hôpital ?

1 Pas de régime

2 Sans sel

3 Sans sucre (diabétique)

4 Basse calorie

5 Hypercalorique (avec supplément)

6 Sans résidu ou pauvre en fibres

7 Plusieurs régimes

8 Autre (précisez) -----

9 Pas répondu

26

9) Votre régime est-il respecté ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu 4 Pas de régime

27

10) Parmi les propositions suivantes, laquelle vous définit le mieux ?

1 Mon poids me convient

2 Je souhaite prendre du poids

3 Je souhaite perdre du poids

4 Pas répondu

28

11) En général, à quelle heure vous sert-on votre petit déjeuner ?

1 6-7 h

2 7-8 h

3 8-9 h

4 9-10 h

5 autre

6 pas répondu

29

Parlons des horaires à l'hôpital...

12) En général, à quelle heure vous sert-on le repas du midi ?

1 11-12 h

2 12-13 h

3 13-14 h

4 autre

5 pas répondu

30

13) En général, à quelle heure vous sert-on le repas du soir ?

1 18-19 h

2 19-20 h

3 20-21 h

4 autre

5 pas répondu

31

14) Etes-vous satisfait de ces horaires ?

1 Oui

2 Non

3 Pas répondu

32

15) Avez-vous ou avez-vous eu besoin d'aide au moment du repas ?

1 Oui

2 Non (Si non, répondre 4 question 16 et passez à 17)

3 Pas répondu

33

16) Cette aide vous a-t-elle été apportée au moment voulu ?

1 Oui

2 Non

3 Pas répondu

4 Pas eu besoin d'aide

34

17) Doit-on améliorer la présentation du plateau ?

1 Oui

2 Non

3 Pas répondu

35

18) Le plat principal est servi :

1 en vaisselle à usage unique 2 en vaisselle traditionnelle 3 Pas répondu

36

19) Ceci vous convient-il ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu

37

20) Pouvoir choisir votre repas est-il pour vous un élément de satisfaction ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu

38

21) Que pensez-vous de la quantité ?

Plat et garniture

1 Trop 2 Bien 3 Pas assez 4 Pas répondu

39

Fromage et dessert

1 Trop 2 Bien 3 Pas assez 4 Pas répondu

40

22) Et la qualité, est-elle ?

1 Bonne 2 Moyenne 3 Insuffisante 4 Pas répondu

pour les entrées et potages

41

les viandes et poissons

42

les légumes et féculents

43

les fromages

44

les desserts

45

23) Est-ce que le plat principal vous semble varié :

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu

46

24) L'assaisonnement vous convient-il ?

1 Oui 2 Non 3 Pas répondu

47

25) Avez-vous la possibilité d'assaisonner ?

1 Oui 4 Je ne sais pas
2 Oui, en le demandant 5 Pas répondu
3 Non

48

26) Globalement, êtes-vous satisfait ? (donnez une note de 1 à 10, 10 étant la note maximale)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Très mécontent</i>		<i>Mécontent</i>		<i>Peu satisfait</i>		<i>Satisfait</i>		<i>Très satisfait</i>	<i>Très très satisfait</i>

49 50

27) Vos idées nous intéressent ! Que proposez-vous pour améliorer les repas à l'hôpital ?

Caractéristiques du malade

28) Age :

51 52

29) Sexe : 1 Masculin 2 Féminin

53

30) Profession :

- | | |
|--|---|
| 1 agriculteur, exploitant | 5 employé |
| 2 artisan, commerçant, chef d'entreprise | 6 ouvrier |
| 3 cadre supérieur | 7 retraité |
| 4 cadre moyen | 8 autres, sans activité professionnelle |
| | 9 pas répondu |

54

31) A part les régimes, avez-vous des contraintes alimentaires :

- 1 Oui 2 Non 3 Pas répondu

55

Annexe VI

L'expérience du CHG de Villefranche-sur-Saône

MÉLIORER LA RESTAURATION HOSPITALIÈRE

Ré Courtin,
Régine Flandre,
Catherine Tissot
Arlette Imbert

En 1990, une commission pour améliorer les prestations s'est par une meilleure connaissance des problèmes rencontrés par les services de soins. Une réunion a été mise en place au CHU de Villefranche-sur-Saône. Une première et une aide-soignante ont été chargées de recueillir l'avis des malades et de leur famille. Les collègues sur la prestation repas. Le nombre d'avis à recueillir, en 1991 une commission a été créée en 1991 une commission ad hoc élargie à l'ensemble des services par la mise en place de «référents hôteliers», tous volontaires, prenant au minimum un agent par service, interlocuteur privilégié des services logistiques. Cette commission, qui se réunit une heure et une fois tous les deux mois, est chargée de résoudre tous les problèmes de fonctionnement hôtelier pour améliorer la qualité des soins au malade. Elle se compose du directeur des services logistiques, du chef de bureau des services économiques, du chef de cuisine, d'un adjoint technique responsable de la blanchisserie et des services techniques, de deux diététiciens et de la surveillante chef intermédiaire des services économiques et représentant le service infirmier. Parmi les problèmes débattus : la qualité moyenne de certains plats, les menus de week-end peu origi-

naux, les livraisons de pain trop tardives... Autant de critères qui influenceront le prochain appel d'offre.

Ces référents sont aussi sollicités pour des dégustations lors de choix de viande, d'épicerie, de charcuterie... Ils ont également une fonction à remplir dans l'approvisionnement en linge mais, surtout, ils ont en charge la recherche et la transmission de l'information, avec notamment la mise en place dans leur unité d'un outil de recueil de données qu'ils fournissent à la commission avant leur retour à l'équipe. Cette expérience a permis de mesurer la méconnaissance réciproque des rôles de chacun dans les secteurs de soins et de cuisine et la nécessité de mettre en place une formation-action.

● UNE FORMATION ADAPTÉE

Créer une dynamique entre le service de cuisine, et les unités de soins autour de la fonction restauration, rappeler les règles d'hygiène de base et l'importance de chacun en tant que maillon d'une chaîne ont été les objectifs majeurs de cette formation. Des groupes constitués de dix agents de cuisine et des référents des unités de soins se sont rencontrés sur trois demi-journées pour élaborer un protocole commun entre unités de soins et cuisine pour la distribution des repas et le retour des chariots. À côté de cette formation théorique, une action pratique dans les cuisines a été organisée pour observer la fabri-

cation des repas et la chaîne de conditionnement, puis dans les unités pour connaître les difficultés occasionnées lors de la distribution. Environ quarante personnes ont été formées sur dix jours.

Une situation complexe

Grâce à un apport financier conséquent, la formation continue a pu se doter de moyens importants, notamment l'intervention d'un organisme de conseil-formation extérieur, qui a piloté le projet.

Le problème était complexe, puisque l'ensemble du personnel intervenait au niveau du self de la cuisine, du conditionnement et du nettoyage. Or on notait une méconnaissance du travail de chacun : les contraintes des services de soins étaient ignorées du personnel de cuisine et vice versa. Par ailleurs, les agents restaient très centrés sur les techniques de production et peu ouverts aux problèmes du consommateur.

Pour motiver l'ensemble des acteurs concourant à la restauration, un effort particulier a été fait dans le domaine de l'information, maillon indispensable pour enclencher un processus participatif : des contenus plaqués, un personnel non informé auraient paralysé tout processus de formation, aussi audacieux soit-il.

Pour élaborer la nouvelle politique de restauration et lui donner l'impulsion nécessaire, les principales lignes directrices ont été inspirées par :

– un souci de transparence (connaissance des orientations ...)

DES CONTENUS PLAQUÉS,
UN PERSONNEL NON
INFORMÉ AURAIENT
PARALYSÉ TOUT PROCESSUS
DE FORMATION, AUSSI
AUDACIEUX SOIT-IL

Ré Courtin est responsable
de la formation continue
Régine Flandre est
surveillante chef
Catherine Tissot est diététicienne
Arlette Imbert est aide-soignante
CHG de Villefranche-sur-Saône

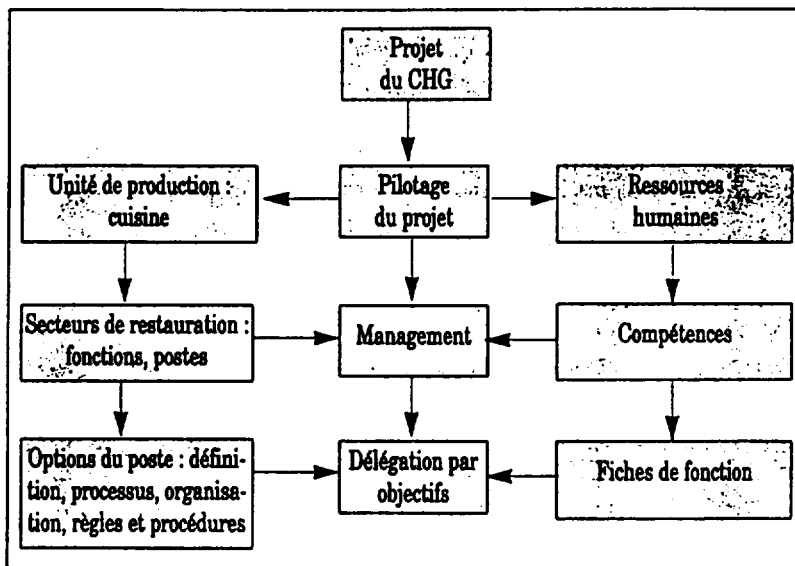


Figure 1. Niveau d'intervention dans le projet global

- la recherche d'une bonne coordination entre les différents secteurs concernés (service cuisine, de soins, de diététique et économique) ;
- un souci d'élaborer une démarche claire, précise, reflétant les attentes du personnel et de l'institution (fig. 1).

Le contenu de la formation

Une première formation - «Hygiène et distribution des repas» - était destinée au personnel de cuisine, des unités de soins et du service diététique avec un objectif central : créer une dynamique entre le personnel soignant et celui des cuisines autour de la fonction restauration. L'importance de tous les maillons de la chaîne alimentaire et de l'hygiène fut largement développée en théorie et en application pratique sur le terrain. Une réflexion commune fut menée autour de la définition de la «qualité

repas» évaluable en fonction de quatre critères principaux symbolisés par la fleur de la qualité (fig. 2)

Une formation-action concrétisa la continuité de la formation initiale. Son objectif fut d'élaborer avec le personnel d'encadrement de la cuisine des protocoles écrits et des procé-

dures de production en conformité avec la réglementation en matière d'hygiène.

Dans un dernier temps, la programmation d'une assistance technique eut comme mission de réorganiser la restauration au CHG dans une optique de qualité et de gestion (élaboration de planning commande, procédures de gestion, etc.).

Au cours de ce même cycle, une formation «Initiation à la diététique» fut proposé au personnel, tandis qu'une infirmière-formatrice, Lisette Cazellet, proposa une conférence sur le thème «Le repas est un soin» soulignant l'importance de la présentation des repas et d'un environnement permettant de faire d'un repas un moment de plaisir.

Les résultats

Du point de vue diététique, soulignons les nombreux aspects positifs de cette formation, et notamment la place retrouvée du repas en tant que

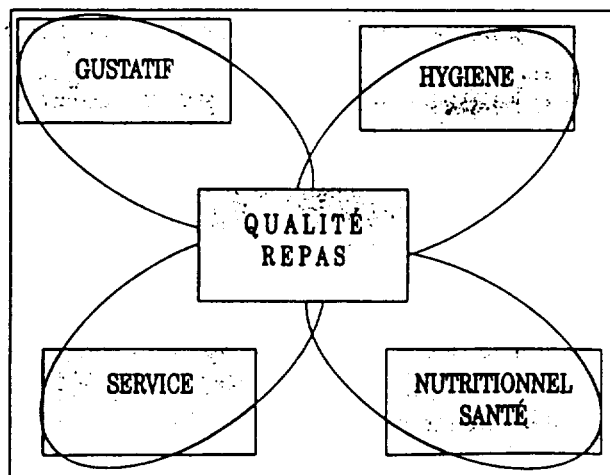


Figure 2. La fleur de la qualité

soin. En effet, la qualité dans l'assiette du consommateur ne peut être atteinte qu'avec la coordination et la complémentarité des quatre acteurs principaux (fig. 3).

Pour les référents soignants, cette formation s'est révélée très positive par la pluridisciplinarité des groupes, la rencontre d'un «univers» mal connu et la prise de conscience des difficultés de coordination. Le contact avec les employés de cuisine n'est à ce jour plus impersonnel et facilite les relations. Dans les unités de soins, la formation a fait boule de neige et on a constaté un regain d'intérêt pour la participation à la commission hôtelière et une fréquentation plus élevée du self (environ 100 repas supplémentaires servis le midi).

Le personnel ressent une certaine valorisation de son travail, y compris près des collègues et des supérieurs hiérarchiques, ne serait-ce que par la prise de parole pour choisir les informations à transmettre à la commission et la transmission des réponses apportées.

Une formation complémentaire de cinq à six mois pour les employés de cuisine principalement, a été décidée pour affiner l'analyse des dysfonctionnements et commencer d'y remédier.

Arlette Imbert, aide-soignante, plutôt surprise au départ par le thème de la formation («L'arrivée des marchandises nécessaires à la fabrication des repas des malades et du personnel hospitalier jusqu'à leur consommation soit jusqu'à l'assiette»), a rapidement éprouvé du respect

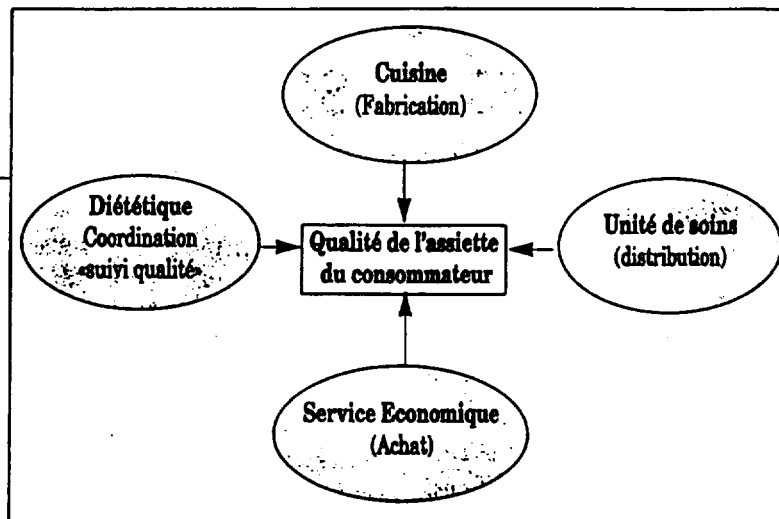


Figure 3. Les quatre acteurs principaux de la qualité de l'assiette du consommateur

pour ces «employés en cuisine» comme on dit simplement à l'hôpital qui, «s'ils ne travaillent pas directement au contact du malade, ont comme nous le souci de son confort et de sa guérison. Cette découverte de leur travail, de leur psychologie, de leurs difficultés aussi, a été une riche expérience. Approfondir nos connaissances en hygiène alimentaire, prendre conscience de la qualité indispensable à apporter à chaque étape, de la rigueur en terme d'hygiène pour la restauration collective, et plus particulièrement la restauration hospitalière, furent quelques points forts de cette formation».

Du côté des malades, on retient une diminution des plaintes concernant la chaleur, la quantité, le goût ...

Le repas devient soin

Un comité technique de restauration est désormais chargé, entre autres, de définir des normes de grammages, de produits, (et non de marques), d'établir la distinction entre les différentes catégories d'usagers, de donner un avis sur les futurs

aménagements et de proposer des mesures d'amélioration. En 1991, la meilleure gestion des stocks et des commandes a permis d'améliorer les prestations auprès des malades. L'évaluation du circuit de la demande du lit du malade jusqu'à l'arrivée du plateau repas a été faite par des aides-soignantes et a servi à optimiser le système.

D'autres projets sont en cours : informatiser les commandes des repas, changer à plus long terme les chariots de distribution «chaîne chaude» pour répondre aux demandes des soignants et de la cuisine.

Il est peut-être encore hasardeux de dire aujourd'hui qu'au terme de ce voyage, «le repas soit devenu un soin». Néanmoins, les ingrédients ajoutés au fil de ces semaines de formation et d'organisation, font que le repas est en train «de devenir un soin» au même titre que les autres, à une époque où les nutritionnistes estiment que la «longévité d'un individu dépend du contenu de son assiette».

DU CÔTÉ DES MALADES, (RETIENT UNE DIMINUTION DES PLAINTES CONCERNANT LA CHALEUR, LA QUANTITÉ LE GOÛT...

Annexe VII

Référentiel de formation
Enseignement de la Diététique

**Institut de formation
en soins infirmiers**

MÉDICALES

TECHNIQUES

ADMINISTRATIVES

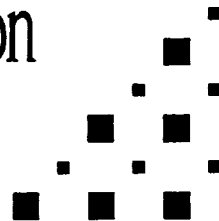
SOINS et MÉDICO-TECHNIQUES

LES FORMATIONS DE L'AP-HP

ENSEIGNEMENT DE LA DIÉTÉTIQUE

En Institut de Formation
en Soins Infirmiers

Référentiel de formation



Composition du groupe de travail

Diététiciennes

Catherine Brunel	Diététicienne - Ambroise Paré.
Chantal Cerf	Diététicienne - Beaujon.
Michèle Dutripon	Cadre supérieur de Diététique - P. Brousse.
Françoise Funel	Diététicienne - Saint-Louis.
Marielle Lienard	Diététicienne - Antoine Béclère.
M.-Christine Puissant	Cadre supérieur de Diététique - St-Louis.
Joëlle Wenz	Diététicienne - Bicêtre

Formateurs I.F.S.I

Lydie Guervin	Formateur - I.F.S.I Tenon
Véronique Lahrach	Formateur - I.F.S.I Rothschild
M.-Christine Lavalée	Puéricultrice-Formateur - I.F.S.I Tenon
Gisèle Rocabois	Formateur - I.F.S.I Saint-Louis
Mathilde Viateau	Directeur - I.F.S.I Saint-Louis

Experts en fonction des modules " soins infirmiers" :

Christine Benoit	Responsable de la Formation Initiale (D.F.C.)
Monique Blahay	Diététicienne - Beaujon
Michel Herbays	Cadre Infirmier - Broca

Nous adressons nos remerciements aux formateurs en soins infirmiers, aux infirmiers, aux diététiciens des services de Diététique, aux secrétaires qui ont participé directement ou indirectement à l'élaboration du contenu de ce référentiel ainsi qu'aux médecins qui l'ont validé.

- Docteur	Baumann	P. Brousse
- Professeur	Belghiti	Beaujon
- Professeur	Cathelineau	Saint-Louis
- Professeur	Charpentier	Kremlin Bicêtre
- Docteur	Chikli	A. Paré
- Professeur	Dommergues	Kremlin Bicêtre
- Professeur	Modai	Saint-Louis
- Docteur	Sauvanet	Beaujon

Sommaire

Introduction	
I - Présentation de la fonction de diététicien	5
II - Objectifs poursuivis	6
III - Importance de la diététique	7
IV - Recommandations	8
Organisation de l'enseignement de la diététique	
I - Par le biais des modules en soins infirmiers	9
II - Par le biais des régimes alimentaires	13
Contenu de l'enseignement de la diététique	
- Les besoins de l'homme sain	15
Notions d'équilibre alimentaire	
- Module hygiène	17
- Module soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses et aux personnes atteintes de l'infection par VIH	18
- Module soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires	20
- Module soins infirmiers en pédiatrie	21
- Module soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives	24
- Module soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections endocriniennes	29
- Module soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections néphrologiques et urologiques	33
- Module soins infirmiers aux personnes âgées	36
- Module soins infirmiers en maternité et aux personnes atteintes d'affections gynécologiques	38
- Module soins infirmiers aux personnes atteintes d'hémopathies et de cancers	39
- Module soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques	41
Bibliographie	43
Annuaire	53
Annexes	57

Décret n° 93.345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Circulaire de la Direction des Hôpitaux du 4 mars 1985

Introduction

I/ PRESENTATION DE LA FONCTION DE DIETETICIEN

- La formation du diététicien est sanctionnée :

- soit par un brevet de technicien supérieur en diététique,
- soit par un diplôme universitaire de technologie en biologie appliquée, option diététique.

L'obtention de l'un ou l'autre de ces diplômes est indispensable pour prétendre au titre de "diététicien" et pour exercer la profession.

- Le diététicien, rééducateur de santé, technicien supérieur de l'alimentation, est l'auxiliaire du médecin.

Il participe à l'élaboration de la politique alimentaire de l'établissement en fonction des besoins nutritionnels des patients hospitalisés.

Garant de l'équilibre nutritionnel, il traduit les prescriptions médicales pour les personnes dont l'état le nécessite.

Son acte se veut éducatif ou rééducatif, préventif ou curatif vis à vis de tous les acteurs internes ou externes à l'hôpital.

C'est un professionnel de la communication en nutrition.

Il participe à la formation des différents professionnels de santé.

II/ OBJECTIFS POURSUIVIS

- * Etablir, à partir du vécu professionnel, un référentiel de formation sur l'enseignement de la diététique destiné aux étudiants en soins infirmiers.
- * Permettre une meilleure collaboration entre les différents partenaires, infirmiers, aides-soignants, diététiciens, afin d'optimiser la prise en charge diététique de la personne soignée.
- * Permettre aux étudiants d'avoir des connaissances minimales en diététique dans les différents modules étudiés.
- * Permettre aux étudiants et aux infirmiers de :
 - Répondre aux questions des personnes soignées par rapports aux différents régimes alimentaires.
 - Participer aux actions d'éducation en collaboration avec les diététiciens.
 - Veiller au bon respect des régimes alimentaires par la personne soignée et ses visiteurs.
 - Connaître les règles alimentaires liées aux différentes religions et les habitudes alimentaires selon les ethnies.

III/ IMPORTANCE DE LA DIETETIQUE DANS L'ENSEIGNEMENT DES SOINS INFIRMIERS

L'alimentation est un acte vital, quotidiennement répété. Manger fait appel à ce qu'il y a de plus profond en chacun de nous. Cet acte quotidien s'inscrit dans un contexte relationnel et culturel.

Dans le domaine de la Santé, l'alimentation tient une place importante.

De ce fait, les professionnels sont concernés en tant qu'Educateur de Santé par la prise en charge nutritionnelle des personnes soignées.

Afin d'optimiser celle-ci, il est nécessaire qu'elle s'effectue en complémentarité entre les différents partenaires : médecins, gestionnaires, infirmiers, aides-soignants, diététiciens, assistants de service social.

Dans la formation initiale des étudiants en soins infirmiers, l'enseignement de la diététique s'impose tout au long de la formation.

IV-RECOMMANDATIONS

L'enseignement de la Diététique est à envisager en étroit partenariat entre diététiciens et formateurs des IFSI et à inclure dans le projet pédagogique. Il est souhaitable que cet enseignement soit effectué par des diététiciens du fait de leur formation spécifique et de leurs expériences professionnelles. En effet la documentation n'est pas toujours adaptée aux IDE et les données diététiques nécessitent une réactualisation régulière et adaptée.

* **Aux diététiciens chargés des cours nous recommandons :**

- la construction du programme de formation en étroite collaboration avec les formateurs d'IFSI afin que celui-ci s'articule avec le projet pédagogique en cours.
- l'utilisation de méthodes pédagogiques interactives, adaptées et variées (schémas...).
- l'intégration du rôle de l'IDE au secteur extra hospitalier (HAD, Santé scolaire, PMI...).
- l'évaluation de toute formation.

* **Aux formateurs des IFSI nous rappelons que :**

- la surveillance de l'alimentation relève du rôle propre de l'IDE, bien que parfois déléguée à l'AS.
- l'enseignement de la Diététique est indispensable pour l'infirmier, donc obligatoire dans le cursus de formation.

Organisation de l'Enseignement de la diététique

Quel que soit le projet de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers , il est nécessaire d'aborder en tout premier lieu :

- L'alimentation de l'homme sain de la naissance à la fin de vie au travers du module transversal de SOINS INFIRMIERS N°1 : les différents besoins de l'homme.

- L'hygiène alimentaire dans le module transversal : HYGIENE.

Ensuite deux possibilités permettent d'aborder l'enseignement de la diététique soit :

- 1- par le biais des **MODULES EN SOINS INFIRMIERS** (Cf. programme)
- 2- par le biais de **REGIMES ALIMENTAIRES ET/OU D'ALIMENTATION ADAPTEE** à la personne soignée.

1- Par le biais des MODULES EN SOINS INFIRMIERS

*** Module de soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses et aux personnes atteintes par l'infection par le VIH.**

- régime pauvre en fibres
- alimentation hypercalorique
- alimentation hyperprotidique

*** Module de soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies cardiovasculaires.**

- régime hyposodé
- régime hypocholestérolémiant hypotriglycéridémiant
- régime hypocalorique
- alimentation riche en fibres

*** Module de soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections respiratoires**

- régime hyposodé
- régime hyperprotidique

*** Module de soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections traumatologiques , orthopédiques , rhumatologiques.**

- alimentation hyperprotidique
- alimentation hypo-uricémiant
- alimentation riche en calcium
- alimentation riche en fibres

*** Module de soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives**

- alimentation d'épargne digestive ou sans résidu
pauvre en fibres
NI léger
- régime hyposodé
- alimentation hypercalorique
- alimentation hyperprotidique
- restriction hydrique
- alimentation entérale

*** Module de soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections endocriniennes**

- régime hypoglucidique
- régime hypocholestérolémiant, hypotriglycéridémiant
- régime hypocalorique
- régime hypercalorique
- régime hyperprotidique

* **Module de soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections néphrologiques et urologiques**

- régime hyposodé
- restriction hydrique
- régime hypoprotidique
- régime hypokaliémiant
- régime hypocalcémiant
- régime hypophosphorémiant
- différents régimes par rapport aux lithiases urinaires
- régime hyperprotidique

* **Module de soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections du système nerveux**

- alimentation entérale

* **Module de soins infirmiers aux personnes atteintes d'hémopathies et de cancers**

- régime hyperprotidique
- régime hypercalorique
- alimentation entérale

* **Module de soins infirmiers aux personnes âgées**

- régime hypercalorique
- régime hyperprotidique
- alimentation riche en calcium
- alimentation riche en fibres

* **Module de soins infirmiers aux urgences et en réanimation**

- régime hypercalorique
- régime hyperprotidique
- alimentation entérale

* **Module de soins infirmiers en maternité et aux personnes atteintes d'affections gynécologiques**

- alimentation riche en calcium
- hygiène de vie de la femme enceinte
- alimentation de la femme enceinte et de la mère allaitante

* **Module de soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections oto-rhino-laryngologiques et stomatologiques.**

- alimentation entérale
- régime hyperprotidique
- régime hypercalorique

* **Module de soins infirmiers en pédiatrie et pédopsychiatrie**

- alimentation du prématuré, du nouveau né et de l'enfant
- régime antidiarrhéique
- régime lors des déshydratations
- régime lors d'intolérance aux protéines du lait de vache
- régime lors d'intolérance au gluten
- régime lors de phénylcétonurie
- alimentation entérale

2- par le biais de REGIMES ALIMENTAIRES ET/OU D'ALIMENTATION ADAPTEE

Avant chaque type d'affections lire Soins Infirmiers auprès des personnes atteintes de...

*** Le régime hyposodé**

- affections digestives
- affections cardio-vasculaires
- affections néphrologiques urologiques

*** Le régime hypocholestérolémiant, hypotriglycéridémiant**

- affections cardio-vasculaires
- affections endocriniennes

*** Le régime pauvre en fibres**

- affections digestives
- affections infectieuses

*** Le régime hypercalorique**

- affections oto-rhino-laryngologiques et stomatologiques
- affections hématologiques et cancers
- chez les personnes âgées atteintes de dénutrition
- dans les services d'urgences et de réanimation
- affections endocriniennes
- affections infectieuses
- affections digestives

*** Le régime hyperprotidique**

- affections oto-rhino-laryngologiques et stomatologiques
- affections hématologiques et cancers
- chez les personnes âgées atteintes de dénutrition
- dans les services d'urgences et de réanimation
- affections endocriniennes
- affections digestives
- affections traumatologiques, orthopédiques, rhumatologiques
- affections respiratoires

*** Le régime hypocalorique**

- affections endocriniennes
- affections cardio-vasculaires

*** Le régime hypoglycémique**

- affections endocriniennes
- affections en maternité

- affections en pédiatrie et pédopsychiatrie

* **Le régime riche en calcium et en minéraux**

- affection des personnes âgées
- affections traumatologiques , orthopédiques , rhumatologiques
- affections gynécologiques

* **L'alimentation riche en fibres**

- affections des personnes âgées
- affections traumatologiques , orthopédiques , rhumatologiques
- affections digestives
- affections cardio-vasculaires

* **La restriction hydrique**

- affections cardio-vasculaires
- affections néphrologiques et urologiques
- affections digestives

* **Les régimes hypokaliémiants , hypoprotidiques , hypophosphorémiants, pauvre en calcium.**

- affections néphrologiques et urologiques

* **L'alimentation entérale**

- affections oto-rhino-laryngologiques et stomatologiques
- affections digestives
- affections du système nerveux
- affections hématologiques et cancers
- affections aux urgences et en réanimation
- affections en pédiatrie et pédopsychiatrie

* **Le régime hypo-uricémiant**

- affections néphrologiques et urologiques

* **Les différents régimes selon les lithiases urinaires**

- affections néphrologiques

* **L'alimentation du prématuré, du nourrisson et de l'enfant et les différents régimes selon les pathologies**

- affections en pédiatrie

Contenu de l'enseignement de la diététique en IFSI

BESOINS DE L'HOMME SAIN

NOTIONS D'EQUILIBRE ALIMENTAIRE

Temps de formation prévu : 3 heures

- Besoin énergétique

- * Dépense de base
- * Dépense de thermorégulation
- * Dépense d'activité physique
 - définition de la calorie
 - apports énergétiques recommandés selon le sexe, la taille, l'âge, le climat.

- Nutriments énergétiques

- | | | |
|------------|---|---------------------|
| * Protides | } | |
| | } | |
| * Lipides | } | Rôles |
| | } | Besoins |
| | } | Sources principales |
| * Glucides | } | |

NB : alcool

- Nutriments non énergétiques

- * Eau
- * Vitamines
 - hydrosolubles Vit C
B1 - B2 - B9
PP - B12
 - Liposolubles Vit A
D
E

Rôles
Besoins
Sources principales

* Sels minéraux :

- | | |
|---------------------|---------------------|
| - Fer | Rôles |
| - Calcium phosphore | Besoins |
| - Magnésium | Sources principales |
| - Potassium | |
| - Oligo-éléments | |

* Fibres alimentaires

- | | |
|--------------|---------------------|
| - Solubles | Mécanismes d'action |
| - insolubles | Sources principales |

- Les groupes d'aliments

- Notion d'équilibre alimentaire

- * Ration nutritionnelle équilibrée
- * Principales erreurs alimentaires
- * Travaux pratiques sur l'équilibre des menus

MODULE HYGIENE

Temps de formation prévu : 3 heures

- **Hygiène en restauration collective :**

- * Les micro-organismes dans l'alimentation :
 - caractères des bactéries
 - multiplication - rôle de la température
- * Les moyens de conservation des aliments
- * Les règles essentielles d'hygiène en restauration collective :
 - préparation des denrées (liaison chaude - liaison froide).
 - les locaux - le matériel
 - le personnel
 - distribution des repas à l'hôpital (cas particuliers : patients contagieux, patients immuno déprimés).
- * Les toxi-infections alimentaires

- **Hygiène et alimentation entérale :**

- * les produits : conservation
- * les protocoles d'administration et l'entretien du matériel

MODULE
SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES
ATTEINTES DE MALADIES INFECTIEUSES
ET DE L'INFECTION PAR VIH

Temps de formation prévu : 3 heures

- La dénutrition

- * Constante
- * Des causes variables et parfois associées :
 - Hypercatabolisme lié au virus
 - Infections opportunistes
 - Etat dépressif
 - Fatigue
 - Inappétence - dégoûts
 - Habitudes alimentaires parfois particulières.

- La conduite diététique

- * Intervention nutritionnelle le plus tôt possible sans attendre une perte de poids importante.
- * Interrogatoire alimentaire
- * Mise en place d'une alimentation hypercalorique
hyperprotidique

Selon l'état du patient :

- par supplémentation simple (laitages ...)
- par enrichissement des préparations
- par utilisation de produits diététiques (avec ou sans lactose)

Conseils alimentaires

- équilibre
- fractionnement
- hygiène

- Les infections opportunistes
à conséquences digestives.

* Les candidoses :

adapter la texture :

- l'assaisonnement
- la température des aliments

* Les diarrhées :

- Dans tous les cas régime le plus large possible
- Hydratation
- Réponse diététique adaptée selon la cause de la diarrhée

* Encéphalopathies - Toxoplasmoses cérébrales :

- Problèmes de déglutition
- Ralentissement cérébral

- Participation de l'infirmière à l'assistance nutritionnelle

- Appeler la diététicienne le plus tôt possible
- Encourager le suivi des conseils diététiques
- Stimuler
- Veiller au confort du patient au moment du repas
- Etre attentif à ses désirs alimentaires
- Veiller à l'hygiène
- Mettre "à jeun " uniquement si les examens le justifient
- Signaler à la diététicienne :
 - toute perte de poids
 - nausées
 - diarrhées
 - problèmes de déglutition
 - mucites - candidoses.
- En cas de suivi HAD penser qu'il existe un suivi diététique possible.

En conclusion :

- **alimentation = soin**
- **nécessite d'une collaboration diététiciens/infirmiers.**

MODULE
SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES
ATTEINTES D'AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

temps de formation prévue : 2 H 30

Les déséquilibres alimentaires favorisant l'apparition de maladies cardio-vasculaires.

- Alimentation riche en graisse saturées
- Suralimentation

Autres facteurs de risques :

- Hypercholestérolémie
- Hypertriglycéridémie
- Alcoolisme
- Tabagisme
- Sédentarité

Régime en cas d'hyperlipidémie) Buts et principes du régime

Régime hyposodé) " "

- **Rôle infirmier**

- compréhension du régime par le patient
- contrôle des apports extérieurs
- conditions d'utilisation des produits de remplacement
- efficacité du régime (poids - PA - diminution des oedèmes).

<p style="text-align: center;">MODULE SOINS INFIRMIERS EN PEDIATRIE</p>

Temps de formation prévu :6 heures

- * le prématuré
- * le nourrisson (de 0 à 1 an).
- * les pathologies nécessitant un régime alimentaire

- L'alimentation du nourrisson (de 0 à 1 an)

- * Les intérêts de l'allaitement maternel
- * Les principaux laits
 - réglementation
 - les dénominations :
 - Préparations pour nourrissons (1er âge)
 - Préparations de suite (2ème âge)
 - Aliments lactés pour enfants en bas âge (croissance)
- * La couverture des principaux besoins de croissance :
 - énergie
 - protéines
 - calcium
 - eau
 - fer
 - vitamines
 - oligoéléments
- * La diversification
(exemples de rations)
- * Prévoir :
 - visite de la biberonnerie
 - manipulations

- Le prématuré

- Besoins et produits adaptés

- Pathologies nécessitant la prescription d'un régime

- * Le reflux gastro-oesophagien
 - causes
 - traitement diététique

- * La diarrhée aiguë
 - causes et conséquences
 - régimes selon l'âge
 - exemples de réalimentation progressive

- * La déshydratation

- * Les intolérances aux protéines du lait de vache

traitement uniquement diététique :

 - les exclusions
 - les substituts de lait
 - exemple d'alimentation diversifiée

- * L'intolérance au gluten

Traitement uniquement diététique :

 - les exclusions
 - les produits

- * La mucoviscidose

- * La phénylcétonurie

- * Autres pathologies de l'enfant pouvant nécessiter une prise en charge diététique associée à la prise en charge médicale et/ ou psychologique :
 - obésité
 - anorexie
 - insuffisance rénale
 - hyperlipidémies
 - diabète
 - autres maladies métaboliques

- * Le régime hyposodé chez l'enfant : indications et particularités concernant la pédiatrie

- * Les substituts du lait :
 - hydrolysats de protéines
 - lait H.A.
 - laits sans lactose

- Rôle infirmier

- * Surveillance de l'alimentation:
 - température de l'alimentation
 - ingesta
 - mode d'administration
 - respect des horaires
 - connaissance des différents produits
 - importance de la transmission

MODULE SOINS INFIRMIERS
AUX PERSONNES ATTEINTES D'AFFECTIONS
DIGESTIVES

Temps de formation prévu : 4 heures

On considère que l'anatomie du tube digestif et la digestion sont connus et assimilés.

ADAPTATION DE L'ALIMENTATION AUX DIFFERENTES PATHOLOGIES DU TUBE DIGESTIF

Introduction

- Importance de la flexibilité
Régimes les moins restrictifs possible avec un retour à l'alimentation "normale" ou la plus proche possible de la normale.
- la réalimentation est une phase où les aliments sont réintroduits progressivement en tenant compte des quantités, de la qualité nutritionnelle et de la texture des aliments.
- Schéma de réalimentation.

- Les régimes d'épargne digestive

Sans résidu
Pauvre en fibre
Normal léger

- Alimentation entérale

- * Définition
- * Intérêt
- * Caractéristiques des mélanges pour sonde
 - Présentation des produits
Emballage et conservation
Composition des produits :
 - produits polymériques
 - produits semi-élémentaires

- Mode d'administration : différents matériels utilisés
- Précautions d'administration : hygiène , débit , température , fréquence
- * Problèmes rencontrés par le malade
 - Problèmes digestifs
 - Problèmes psychologiques

- Bouche pharynx oesophage

- * Alimentation à texture modifiée
 - principe
 - réalisation pratique
 - fractionnement
- * Bouche oesophage
 - alimentation normale à texture modifiée
 - radiothérapie : absence de salive, lésions radiques diverses d'où texture et choix des aliments en fonction de la tolérance
- * Oesophage
 - Sténose
Texture lisse adaptée ou alimentation entérale
 - Varices oesophagiennes sclérosées
Lacté froid puis texture lisse puis alimentation normale plus ou moins hyposodée et hypoprotidique
 - Oesophagectomie
Réalimentation fractionnée : pâteuse ou texture lisse selon les cas

- Estomac

- * Ulcère
 - conseils hygiéno-diététiques
 - respect des tolérances personnelles
- * Gastrectomie
 - Conséquences diététiques
L'alimentation sera :
présentée en repas de petits volumes et fractionnée
contrôlée en sucre.
à texture modifiée en début de réalimentation pauvre
en fibres , puis élargie au normal léger.

- Les complications
 - "Dumping syndrom"
 - Amaigrissement
 - Diarrhée
 - Bézoard

- Pancréas

- * **Pancréatite aigüe**
Réalimentation sans graisse stricte + ou - T.C.M
contrôlée en sucres suivant la tolérance
pauvre en fibre.
- * **Pancréatite chronique**
Conseils hygiéno-diététiques
sans alcool
normo lipidique (extraits pancréatiques souvent nécessaires)
régime diabétique si nécessaire
- * **Chirurgie du pancréas**
Régimes adaptés, élargis en fonction de l'évolution de la maladie.
- **Duodéno pancréatectomie céphalique**
Réalimentation pauvre en fibre à texture modifiée et fractionnée + ou - sans
sucre selon l'existence d'un diabète.
Extraits pancréatiques si besoin
- **Spléno pancréatectomie caudale**
Réalimentation pauvre en fibre le plus souvent sans sucre car diabète
insulino dépendant associé.
Extraits pancréatiques si besoin
- **Pancréatectomie sub totale (rare)**
Régime diabétique pauvre en fibre avec TCM et extraits pancréatiques et
insuline.
- * **Dérivations Wirsungo digestives ou kysto digestives.**
Régime de la pancréatite chronique et pauvre en fibre.

- Foie et voies biliaires

*** Voies biliaires**

Lithiases - ictère -

Conseils : hygièno-diététiques

Respect des tolérances du patient

*** Dérivations bilio digestives**

Régime pauvre en fibre

*** Foie**

- Hépatite : conseils hygièno-diététiques
- Hépatectomie :
Réalimentation pauvre en fibre plus ou moins hyposodée suivant le risque d'ascite.

- Cirrhose alcoolique ou post hépatitique
Cirrhose non décompensée :
Renutrir en fractionnant
Tenir compte des goûts du patient
Sevrage d'alcool
Alimentation normo salée et assez sucrée
Compléments vitaminiques du groupe B

- Cirrhose décompensée avec ascite :
Régime hyposodé
hypercalorique et normoprotidique (sauf en cas
d'encéphalopathie : hypoprotidique)
fractionné (malade anorexique)

- Transplantation hépatique
Réalimentation pauvre en fibre , hyposodé (corticothérapie)
Alimentation protégée en cas d'immunosuppression importante
Puis alimentation normale, sans alcool , hyperprotidique , + ou -
hyposodée.
La renutrition prime.

- Pathologies intestinales

- * Pathologies du grêle
 - Résections étendues du grêle
maladie de Crohn
infarctus mésentérique

En réalimentation : sans résidu strict
Puis élargissement plus ou moins rapide vers une alimentation normale
Alimentation hypercalorique pour compenser les pertes
Attention aux pertes hydroélectrolytiques, surtout en cas de jéjunostomie
ou d'iléostomie.

- * Hémicolectomie avec ou sans Colostomie
Réalimentation pauvre en fibre
Puis élargissement + ou - rapide selon la tolérance et l'intervention
(élargissement plus lent après chirurgie rectale et colectomie droite
qu'après colectomie gauche et amputation abdomino-périnéale)
- * Diarrhée et Constipation
Conseils hygiéno-diététiques

MODULE
SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES ATTEINTES
D'AFFECTIONS ENDOCRINIENNES

ALIMENTATION ET DIABETE

Temps de formation prévu : 1 heure 30

- Buts :

- * Equilibrer
- * Eviter les complications
- * Couvrir le besoin énergétique

- Caractéristiques de l'alimentation :

Alimentation adaptée :

- * à l'individu
- * à son état
- * à son mode de vie.

d'où la nécessité de bien connaître le patient : ses habitudes alimentaires , son environnement , ses activités ...

Alimentation équilibrée :

- * Aspect qualitatif :
 - les groupes d'aliments (rappel)
 - principales teneurs en glucides des aliments
 - glucides simples
 - glucides complexes
 - notion d'index glycémique

- * Aspect quantitatif :
 - protides 10 à 15 %
 - lipides 30 à 35 %
 - glucides 50 à 60 %

Alimentation répartie :

- * au moins 3 repas par jour
- * répartition des glucides :
 - intérêts des collations
 - répartition théorique en fonction du nombre d'injections

Alimentation régulière :

- * régularité des apports en glucides
- * régularité des horaires
- * régularité du nombre de repas

- Rôle propre de l'IDE dans l'alimentation du diabétique

Vis à vis du patient : (rôle éducatif)

- * aspect pratique :
 - prise des repas
 - prise des collations
 - sucre dans la poche si besoin...
 - conduite à tenir en cas d'hypoglycémie

Vis à vis de la famille :

- * surveillance des apports
- * conseils

Connaissance de l'organisation des repas à l'hôpital :

- * doit pouvoir pallier si retard , panne

L'infirmier participe à l'éducation alimentaire du malade :
il est un relais entre lui, la famille et le diététicien.

ALIMENTATION ET OBESITE

Temps de formation prévu : 1 heure 30

- Définition de l'obésité (rappel)

Formule de Lorentz

Indice de masse corporelle : IMC/ BMI

- * Obésité = excès de masse grasse
- * Définition individuelle de l'obésité
 - influences socio-culturelles
 - impératifs médicaux
 - données personnelles.

- Le régime hypocalorique

Doit être adapté à l'individu.

- * Evaluation des apports spontanés
- * Puis calcul d'un régime pour créer un bilan énergétique négatif

- Contrôle de l'efficacité du régime

Par les bénéfices attendus :

- * Somatiques :
 - poids diminue
 - HTA diminue
 - Glycémie diminue
 - Hyperlipémie diminue
 - Hyperuricémie transitoire
 - Diminution des douleurs articulaires
 - Intervention chirurgicale devenue possible ...

- * Psychologiques et sociaux
 - Notion de contrat passé
 - Les aliments - leur répartition
- * Aspect quantitatif
- * Aspect qualitatif :
 - choix des aliments
 - conseils de cuisson
- * Répartition - fractionnement
- * Régularité dans la prise des repas .

- Education du patient

- * Soutien - aide
- * Contrat à établir à plus ou moins court terme (stabilisation du poids)
- * La famille - les sorties
- * Les " trucs"
- * Les différents régimes dans les médias

- Rôle de l'IDE

- * Contrôle
 - poids - taille - bilans -
 - respect du régime :
 - patient
 - visites.
- * Encourager , ne pas punir , déculpabiliser
- * Aider dans son environnement
- * Transmettre au diététicien les difficultés perçues

MODULE
SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES ATTEINTES D'AFFECTIONS
NEPHROLOGIQUES
ET UROLOGIQUES

Temps de formation prévu : 2 heures

Préambule sur l'alimentation des Français trop riche en protéines.

- Rappel de la fonction rénale :

- * Excrétion des déchets : urée , créatinine , acide urique
- * Excrétion de l'eau , sodium , potassium
- * Contrôle de l'équilibre acido-basique
- * Contrôle de l'équilibre phospho-calcique

- Insuffisance rénale chronique (I.R.C)

- Définition
- Manifestation
- traitement
 - Conservateur (selon taux créatinine)
 - Epurateur (dialyses)
 - Substitutif (greffes)
- * Traitement diététique de l'I.R.C (conservateur)
 - Protides et calories (hypoprotidique)
 - Eau
 - Sodium , potassium (variable)

* Traitement diététique lors de l'Hémodialyse

- en dehors des séances
 - Protides (normal)
 - Eau (limitée)
 - Sel (hyposodé large à peu salé)
 - Potassium (limité)
calcium , vitamines.
- pendant les séances : souplesse dans l'alimentation

Dialyse péritonéale chronique

- Principe (avec schéma)
- Protides (hyper protidique)
- Glucides (sans saccharose)
- Sel et potassium (peu limités)

* Traitement diététique de la transplantation rénale

- sel , (hyposodé)
- glucides (sans saccharose)
- protides (hyper protidique au début)
- élargissement en fonction de l'évolution
- calcium
- lipides (hypo cholestérolémiant selon les besoins)
Comparaison du degré de liberté alimentaire :
hémodialyse / transplantation.(positif)

* Divers régimes fréquemment associés à l'I.R.C

- I.R.C + diabète
- I.R.C + hyper-triglycéridémie

- Acidose → + eau de vichy
- Calcium → hypocalcémie (pas de régime)
hypercalcémie (limitation du calcium)

- Insuffisance rénale aiguë :

Hémodialyse selon ionogramme + régime hyposodé.

- Syndrome néphrotique

- * Rappel des caractéristiques de la maladie :
- * Éléments diététiques à contrôler
 - sodium (hyposodé, hyposodé strict si poussée)
 - protides (hyperprotidique)
 - eau
 - potassium
 - calcium
 - fer, oligo-éléments

Syndrome néphrotique et I.R.C (normoprotidique , hyposodé).

- Lithiase urinaire :

- Majoration de l'apport hydrique peu minéralisé.
- En cas de lithiase urique : régime de la goutte.
- Alimentation équilibrée.

<p style="text-align: center;"><u>MODULE SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES</u> <u>AGEES</u></p>
--

Temps de formation prévu : 2 heures

Introduction : définition des tranches d'âges , spécificité 3ème et 4ème âge.

- **Modifications physiologiques et anatomiques**

- **Modifications psychologiques**

- **Facteurs extérieurs**

- **Risques de carences et leurs conséquences**

- * la carence énergétique
- * la carence protéique
- * la carence hydrique
- * les carences en minéraux (calcium , fer)
- * les carences en vitamines (C, D, Folate, B12...)
- * l'insuffisance d'apport en fibres : (constipation)

- **Applications pratiques**

- * Prévention de la dénutrition
de la déshydratation
- * Alimentation variée et adaptée aux possibilités de chaque individu
(mastication , autonomie , goûts , fractionnement...)
- * La personne âgée à domicile :
 - Attention aux régimes abusifs
 - Les moyens d'aide aux repas
 - Conseils pratiques de supplémentation
- * La personne âgée en institution :
 - Collaboration étroite entre diététicien/infirmier
 - Respect des goûts et habitudes alimentaires pour la prise de commande des repas
 - Aide aux repas
 - Respect des horaires et de la durée des repas

Importance des collations

Participation de l'infirmier à l'assistance nutritionnelle.

- * Encadrement de l'aide soignant.
- * Installation de la personne âgée : veiller à son confort.
- * Stimulation de la personne, faire boire régulièrement
- * Aide à la prise du repas
- * Surveillance : (à noter sur le dossier de soins)
 - de la conformité de la texture en fonction de la personne
 - de la quantité prise
 - des risques de fausses routes
 - du poids
 - du transit
 - des signes de déshydratation
- * Conseils aux familles
- * Collaboration entre infirmier diététicien pour la prise en charge alimentaire journalière de la personne âgée.

Pour la personne âgée le repas est un moment privilégié et un repère dans la journée.

- Importance du cadre , de l'environnement , respect des repas festifs et des dimanches , accueil des familles , dans une ambiance conviviale.
- Participation à la réalisation de repas (Atelier cuisine) .
- Surveillance des produits alimentaires conservés dans les chambres.

- Démarche diététique

- * Alimentation hyperprotidique - hypercalorique : les moyens de supplémentation.
- * Les troubles de la déglutition : eau gélifiée.
- * Troubles du transit
- * Assouplissement des régimes thérapeutiques.
- * Respect de la personnalité

MODULE
SOINS INFIRMIERS EN MATERNITE ET AUX
PERSONNES ATTEINTES D'AFFECTIONS GYNECOLOGIQUES

Temps de formation prévu : 1 heure

- **Modifications physiologiques de la grossesse**
 - * hormonales
 - * développement de l'embryon

- **Besoins de la femme enceinte**
 - * apports recommandés (ca++-Fer-folates)
 - * groupes alimentaires à privilégier
 - * exemples de ration
 - * hygiène de l'alimentation (listeriose - toxoplasmose)

- **La femme allaitante**
 - * besoins
 - * aliments galactogènes

Dans ce module on ajoutera un chapitre concernant les besoins spécifiques de la femme ménauposée.

<p style="text-align: center;">MODULE</p> <p style="text-align: center;"><u>SOINS INFIRMIERS DES PERSONNES ATTEINTES D'HEMOPATHIES</u> <u>ET DE CANCERS</u></p>
--

Temps de formation prévu : 2 heures

- **Rappel des pathologies**

- **Alimentation protégée ou décontaminée**

Pour les patients en aplasie

* Pourquoi ?

- risques d'infections endogènes liés à
 - la neutropénie
 - les modifications de la flore intestinale
 - l'altération de la muqueuse intestinale.
- les mesures de prévention des infections
 - décontamination digestive (partielle ou totale)
 - irradiation corporelle totale
- isolement des patients (en chambre ou sous flux)
- en quoi les aliments sont-ils porteurs de germes ?

* Alimentation protégée

- indications
- buts
- réalisation pratique
- exclusions alimentaires

* Alimentation décontaminée

- indications
- buts
- réalisation pratique
- exclusions alimentaires

- * Hygiène du personnel
 - pendant la préparation des aliments
 - pendant la distribution des aliments.

- Autres conséquences des traitements induisant la nécessité d'adapter l'alimentation.

- * Nausées - vomissements
 - * Diarrhées - malabsorption
 - * Mucites - Herpès
 - * Modification de la perception des odeurs
 - * Modification de la perte des goûts
 - * Goûts très changeants - Envies alimentaires.
- ⇒ Grande importance du nursing de la part de toutes les catégories de personnel
- ⇒ Retenir l'importance de l'alimentation qui rythme les journées de l'hospitalisé.

- Conseils aux familles.

- * Sur les possibilités d'apports alimentaires extérieurs
- * Eventuellement sur les mesures d'hygiène à prendre après la sortie (aplasie-post-greffe)

- Participation de l'IDE à l'alimentation

- * Connaissance des aliments à risques
- * Donner des informations sur l'état digestif et nutritionnel du patient.
- * Présence - soutien (l'isolement conduit vite à l'inappétence).
- * Contrôle des apports par la famille.

NB: La diététique concernant les personnes atteintes de cancers est abordée aux cours des différents modules.

MODULES SOINS INFIRMIERS AUPRES
DES PERSONNES ATTEINTES DE
TROUBLES PSYCHIATRIQUES

La diététique concernant ces modules est à envisager avec les équipes de psychiatrie.

Bibliographie

GENERALITES SUR L'ALIMENTATION :

Livres :

- Education nutritionnelle , méthode pratique
Zylbergberg , Lecerf , Lefebvre , Fressin
Institut Pasteur de Lille
1 , rue du Professeur Calmette
59019 Lille Cedex
- Apports nutritionnels conseillés pour la population française
Henri Dupin , Lavoisier Tec et Doc.
- Petit répertoire - Outils et documents pour une information nutritionnelle
Edité par l'ADLF (Association française des Diététiciennes de la Langue Française)
35 allée Vivaldi - 75012 Paris
- Idées reçues sur la diététique
Christine Craplet - Hachette collection : Guide de santé.
- L'omnivore
Claude FISCHER. Editions Odile JACOB
- Alimentation et nutrition humaines
Henri DUPIN. Editions ESF
- Le doux et l'amer
Mathy CHIVA.PUF

Revue de l'infirmière

- | | |
|-----------------------|--|
| N°12 - juin 1985 : | Température et repas |
| N°14 - juin 1986 : | Alimentation parentérale |
| N°15 - octobre 1988 : | Alimentation entérale . Intérêt réalisation pratique et surveillance |
| N°10 - mai 1989 : | Des bases pour l'alimentation |
| N°12 - juin 1989 : | Des bases pour l'alimentation |
| N°2 - janvier 1991 : | La sociologie de l'assiette |
| N°12 - juin 1992 : | Valeur nutritionnelle de la pomme de terre dans l'alimentation |
| N°11 - juin 1994 : | Equilibre alimentaire |

Santé de l'homme :

- | | |
|-----------------------------|---|
| N°286 - mars/avril 1990 : | Les végétariens peuvent bien manger. |
| N°251 - mai/juin 1984 : | Diététique : la "ligne maillot"
Les régimes amaigrissants : trop de viandes. |
| N°269 - mai/juin 1987 : | La diététique de l'été |
| N°288 - sept/octobre 1990 : | L'eau dans tous ses états. |

L'école des parents :

N°1 - 1992 : Bien manger ça s'apprend.

Jonction :

N°89 - juin 1986 : Le pain

Infirmière magazine :

N°38 - avril 1990 :	Votre pain quotidien
N°41 - juillet/aout 1990 :	Manger juste en vacances
N°42 - septembre 1990 :	Les céréales au petit-déjeuner
N°43 - octobre 1990 :	Toute la vérité sur la charcuterie
N°44 - novembre 1990 :	Margarine ou beurre allégé ?
N°45 - décembre 1990 :	Réveillonner aux coquillages et crustacés
N°49 - avril 1991 :	Les fibres
N°51 - juin 1991 :	La surcharge pondérale
N°67 - décembre 1992 :	Nutrition et alcool

Revue soins généraux :

N°502 - juin 1987 : L'alimentation idéale : référence aux lipides
N°556 - mai 1990 : Le comportement alimentaire
Physiologie

Revue soins chirurgie :

N°114/115 - aout/septembre 1990 : Quoi de neuf dans nos assiettes ?
N°154/155 - décembre 93/janvier 94 : "Les exigences nutritionnelles péri-opératoires.

MODULE HYGIENE :

Livres :

- Comprendre et pratiquer l'hygiène en cuisine.
Professeur Jacques Rozier
Ecole vétérinaire d'Alfort
- La restauration hospitalière
JP POULAIN B. SAINT SERVIN. EDITIONS CRISTAL
- L'hygiène alimentaire à l'hôpital Guide AP-HP
G. BRUCKER - Edition Doin
G. RYKNER -

Films :

- Hygiène en cuisine collective et restauration
Tome 1 Bien connaître les microbes
Tome 2 Comment barrer la route à la contamination.
- La cuisine Collective
sous la Direction du Pr Rozier
Vidéo MdB , rue Duc , 75018 Paris.

Revue :

- Décision santé 15 juillet 1993
Toxi infections alimentaires collectives en milieu hospitalier : les règles d'hygiène.

Fascicules :

- Le praticien et les toxi infections alimentaires collectives
fascicule édité par le ministère chargé de la santé et de la famille 1988.
- Restauration en collectivité , Règles d'hygiène
fascicule édité par le Comité d'éducation pour la santé 1983
2 , rue Auguste Comte , 92170 Vanves
- Bulletin de liaison des comités locaux de lutte contre l'infection
Service de l'hygiène hospitalière
Bulletin N°12 : Distribution des repas à l'hôpital 1986
Bulletin N° 24 : Surveillance des personnels de cuisine
le contrôle bactériologique des cuisines hospitalières
Toxi infections alimentaires collectives
Rappel des règles élémentaires d'hygiène en service de restaurat. collecti. 1990.

MODULE SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES ATTEINTES D'AFFECTIONS CARDIO VASCULAIRES :

Film :

- Mieux manger pour mieux vivre
Vidéothèque AP- HP
10 , rue des fossés Saint Marcel Paris 5e

Livre :

- Le livre de la prévention cardio-vasculaire
Jean-Paul Roquebrune
Fédération Française de Cardiologie
Editions Médicales M S D

Fascicules :

édités par la Fédération française de cardiologie
50 , rue du Rocher Paris 75008 Tél : 45.22.52.51

- Connaissez-vous votre taux de cholestérol ?
- Hypertension

Alimentation équilibrée cœur protégé

- Cœur de femme

MODULE SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES INFECTIEUSES ET DE L'INFECTION PAR VIH :

Revues :

Revue soins généraux:

N° 579/580 -déc.93 / janv 94 : SIDA et nutrition : objectif poids.

Revue soins puériculture :

N° 151/152 - décembre 1993 / janvier 1994

- "SIDA" mère enfant - Interventions infirmières " : alimentation.

Fascicule :

- Nutrition et VIH

édité par AIDES 247 , rue de Belleville Paris 19e

ou par ARCAT-SIDA 57 , rue saint Louis en l'ile Paris 4e

MODULE SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES AGEES :

Revues :

Revue de l'infirmière :

N°14 - septembre 1989 : Comment se nourrir l'âge venu ?

L'infirmière magazine :

N°47 - février 1991 : L'alimentation après 60 ans .

Soins généraux :

N°581 - février 1994 : l'alimentation de la personne âgée.

Fascicules :

- Bien manger après 50 ans
CIDIL , 27 rue de la Procession Paris 15e
- Des plats ... tout en couleurs ! Fruits et légumes frais
APRIFEL , 115 , rue du Fg Poissonnière , Paris 9e
- Retraite et bonne fourchette
Comité d'éducation pour la santé , 2 rue Auguste Comte , 92170 Vanves
- L'alimentation des personnes âgées
- Recommandations et conseils pratiques
Centre de recherche et d'information nutritionnelle ,
89 , rue d'Amsterdam Paris 8e

MODULE SOINS INFIRMIERS EN MATERNITE ET AUX PERSONNES ATTEINTES D'AFFECTIONS GYNECOLOGIQUES

Revue : Gynécologie Obstétrique

revue soins puériculture pédiatrie :

- N° 149 - octobre 1993. Alimentation de la femme enceinte
- N° 153 - février 1994 : "L'alimentation de la femme allaitante"

Film :

- J'ai choisi d'allaiter
Vidéothèque AP-HP secteur audiovisuel
10, rue des Fossés Saint Marcel, 75005 Paris

Fascicules :

- Bien manger en attendant bébé
édité par le département santé du CIDIL
27, rue de la Procession 75015 Paris
- L'alimentation des femmes enceintes
Recommandations et conseils pratiques
Centre de recherche et d'information nutritionnelle
89, rue d'Amsterdam, 75008 Paris
- La femme enceinte devant son assiette
Dr Fricker (Bichat)
Gervais lait, service informations
32730 Ville Courtel sur ARROS

MODULE SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES ATTEINTES D'AFFECTIONS ENDOCRINIENNES :

Revue :

revue soins Gynécologie Obstétrique Puériculture Pédiatrie :

N° 111/112 - août /sept 1990 : alimentation des adolescents français .

Revue soins Gynécologie Obstétrique puériculture pédiatrie :

N°142 - mars 1992 : - " Prise en charge et alimentation d'une jeune fille diabétique "
" alimentation de l'enfant diabétique ".

- Saccharose et Santé (G.SLAMA)
Information diététique N°1 1993

Livres :

- "Maigrir selon ses hormones "
Halte aux traitements miracles
Dr Pierre Nys - Editions du Rocher
- "Le mincir vrai " guide diététique du poids idéal
Frédéric Derat Carrière 1992
Editions Buchet Chastel - 18 , rue Condé - 75006 Paris
- "Le guide du bien maigrir en gardant la santé"
Docteur J.Fricker (INSERM)
Editions O.Jacob

Fascicules :

- Glucorama du praticien N°4 - Traitement du DNID
Informations de diabétologie publiées par
Lipha Santé / Division Aron Médicia - 116 Rue Carnot
92150 Suresnes - tél : 45.06.64.20

MODULE SOINS INFIRMIERS EN PEDIATRIE :

Livres :

- Traité de nutrition pédiatrique
C. Ricour - J. Ghisolfi - G. Putet - O. Goulet
Editions Maloine 1993
- "Nutrition et renutrition en pratique pédiatrique"
C. Polonovski - M. Voyer - J. Chaumeil - C. Courpotin
édition E.S.F 1992
- " Alimentation du nourrisson de la naissance à 18 mois".
C. Courpotin - S. Machinot - JP. Girardet
Edition Flammarion médecine 1986
- " Alimentation de l'enfant malade".
C. Courpotin - P. Ferré - JP. Girardet - M.A. Lebars
Edition Flammarion médecine 1982

- "Alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans"
G. Vermeil - A.M Dartois - M. Du Fraisseix
Edition Doin 1983
- "Diététique de l'enfant"
G. André
Edition Masson 1983
- "Cahier de puériculture : Diététique Infantile"
MD. Belliot - H. Cachia - S. Machinot
Edition Masson 1985
- "Le goût et l'enfant"
J. Puisais
Edition Flammarion

Reuves :

Revue de l'infirmière :

N°4 - février 1991 : Sécurité pour les biberons

Revue soins gynécologie obstétrique puériculture pédiatrie :

- N°139/140 - décembre 92/janvier 93 : "Diversification de l'alimentation de l'enfant.
N°144 - mai 1993 : Alimentation de l'enfant et de l'adolescent
N°145/146 - juillet 1993 : Diététique des diarrhées aiguës du nourrisson sans déshydratation grave.
N° 149 - octobre 1993 : "Les allergènes de l'environnement des enfants leur rôle sensibilisant": "les allergènes alimentaires"
N°151/152 - décembre 93 / janvier 94 : "La vitamine D"

Information - diététique :

- N°2 - 1990 : Diététique et mucoviscidose
N°3 - 1990 : Qualité de vie des enfants atteints de maladies héréditaires du métabolisme traités par nutrition entérale à domicile.
N°2 - 1991 : - Entérocolite ulcéronecrosante du nouveau-né
- Approche diététique des chylothorax de l'enfant .
- Alimentation par sonde en néphrologie.
N°3 - 1991: - Evolution des ingestas des enfants hospitalisés.
- Utilisation des lipides chez les enfants ayant une maladie respiratoire chronique
- Evolution de l'alimentation des mêmes enfants.
- Acquisition des préférences alimentaires chez l'enfant .
- De l'hygiène alimentaire à l'éducation nutritionnelle
N°3 - 1992 : - Approche de l'éducation nutritionnelle en néphrologie pédiatrique.
N°2 - 1992 : - Nutrition chez l'enfant atteint du SIDA.

- N°2 - 1993 : - Alimentation entérale dans les atrésies des voies biliaires pour la préparation à la transplantation hépatique.
- Assistance nutritionnelle par sonde - expérience d'un centre pédiatrique.
- N°3 - 1993 : - Evolution du petit déjeuner avec l'âge chez les mêmes enfants.
- Prise en charge alimentaire d'enfants à Necker Enfants malades
- Naissance d'une biberonnerie modèle
- N°1 - 1993 : - Consommation en glucides des adolescents
- Consommation de glucides chez les enfants

Médecine et nutrition

- N°3 - 1993 : - Consommation de produits laitiers chez des enfants de 9 à 14 ans dans la région parisienne.
- N°4 - 1993 : - Journée du comité de coordination des collectivités
Paris 7.04.1993 :
Alimentation des enfants et adolescents
- N°5 - 1993 : - Comportements alimentaires chez des enfants et des adolescents dans la région parisienne.

Cahier de nutrition et diététique :

- N°5 - septembre 1993 : Société de nutrition et diététique de langue française
Alimentation de l'enfant (29.01.93).
- N°1 - février 1994 : Etude longitudinale de la croissance et de l'alimentation chez les enfants 10 mois à 8 ans.

Revue française diététique :

- N°1 - 1986 : - Approche diététique des diarrhées aiguës en pédiatrie
- N°2 - 1986 : - Place de la nutrition entérale à débit continu dans la prise en charge des cardiopathies cyanogènes graves du nourrisson .
- N°4 - 1986 : - Elements de diététiques en hépatologie pédiatrique .
- N° 2 - 1987 : - Réunion de l'Association des Personnels d'hémodialyse pédiatrique.
- N°1 - 1988 : - Brûlures caustiques de l'oesophage chez l'enfant
- N°3 - 1988 : - Nutrition entérale à débit continu et malnutrition de l'enfant insuffisant respiratoire
- N°4 - 1988 : - Traitement diététique de la glycogénose de type I.
- N°4 - 1989 : - Organisation d'une biberonnerie centrale attachée à un centre de néonatalogie.
- N°1 - 1990 : - Alimentation des enfants de faible poids de naissance.

MODULE SOINS INFIRMIERS EN REANIMATION

Revue :

Revue de l'infirmière :

N°11 - juin 1990 : Réalimentation des malades comateux.

Symbiose :

N°61 - juillet/aout 1988 : Alimentation parentérale et réanimation.

Revue soins généraux :

N°568 - janvier 1993 : Traitement de la douleur et diététique.

N°569 - février 1993 : L'alimentation des patients non éveillés et en voie d'éveil.

MODULES SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES ATTEINTES D'AFFECTIONS DIGESTIVES

Livres :

- Pathologie du foie
Pathologie du tube digestif
des notions fondamentales aux applications pratiques

Edition Brillant Associé Médical

6 , Bd Edgar Quinet , Paris 14e

Centre de documentantation des laboratoires SMITH KLINE AND FRENCH - 15 , rue Jean Jaurès , Puteaux

Revue soins chirurgie :

N°59 - janvier 1986 : La pompe à nutrition parentérale.

N°60 - février 1986 : La pompe à nutrition parentérale.

Revue Soins Gynécologie Obstétrique Puériculture Pédiatrie :

N°103/104 - décembre 88/janvier 89 : Alimentation entérale nocturne.

Revue soins généraux :

N°528 - septembre 1989 : Indications de la nutrition entérale en milieu hospitalier et HAD.

MODULE SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES ATTEINTES D'HEMOPATHIES ET DE CANCERS :

Reuves :

Revue soins généraux :

N°575/576 - Aout/septembre 1993 : Le patient et son alimentation pendant la greffe de moelle osseuse.

N°151-152 - Déc. 93/Janv. 94 : La vitamine D.

MODULES DE PSYCHIATRIE

Reuves :

Revue soins psychiatrie :

N° 154/155 -aout/septembre 1993 : "Schizophrénie et troubles des conduites alimentaires"

N°162 - avril 1994 : " Un amaigrissement sévère" (fiche soins).

Annuaire des diététiciens, diététiciennes de l'AP-HP

HOPITAL	NOM PRENOM	QUALITE	TELEPHONE
Albert Chenevier	CROLARD Christine	Cadre Diététique	49.81.31.71
Ambroise PARE	GLORIEUX Hélène	Cadre Diététique	49.09.54.44
Antoine BECLERE	GARRAULT Corinne	Cadre Supérieur Diététique	45.37.42.49
Avicenne	CHABRIER Colette	Cadre Supérieur Diététique	48.95.57.56
Beaumont	CAZENOVES Dominique	Cadre Diététique	40.87.55.32
Bicêtre	ARNAISE Lucette LECORRE Françoise PELTIER Micheline	Cadre Supérieur Diététique Cadre Supérieur Diététique Cadre Diététique	45.21.30.95 45.21.31.07 45.21.31.07
Bichat	Unité Diététique MUSSO M. José TANTER Dominique ARDEN M. France PICOULEAU Dominique PIEL-MACE Bernadette Service Professeur APFELBAUM JAUZON Geneviève	Cadre Supérieur Diététique Cadre Supérieur Diététique Cadre Diététique Cadre Diététique Cadre Diététique (Long et Moyen Séjour)	40.25.80.22 40.25.80.25 standard Poste 53.067 Poste 53.070 Poste 53.071 Poste 58.025
Bouicaut	BILLION Jacqueline	Cadre Supérieur Diététique	45.54.92.92 Poste 2617
Broca	DAVID Bernadette	Cadre Supérieur Diététique	44.08.35.92
Broussais	MATABON M. Thérèse VINSOUS Pascale	Cadre Supérieur Diététique Cadre Diététique	43.95.92.06
C. Foix-J. Rostand	CHAUVET Eliane	Cadre Supérieur Diététique	45.59.46.19
Charles Richet	BERTHIER Catherine	Diététicienne	34.29.23.44
Cochin	VIANO Lucie DUVERNOY M. Christine	Cadre Supérieur Diététique Cadre Diététique	42.34.15.44
Corentin-Ceillon	BOUTIN M. Claudine	Cadre Supérieur Diététique	46.29.41.05

HOPITAL	NOM PRENOM	QUALITE	TELEPHONE
Emile Roux	CIFARELLI Danièle	Cadre Supérieur Diététique	45.95.81.10
Fernand Vidal	RISCH Denise	Cadre Diététique	40.05.41.32
Georges Clémenceau	ETIENNE Noëlle	Cadre Diététique	69.23.21.70
H.A.D.	MAITRE Michèle	Cadre Supérieur Diététique	42.16.09.31
Hendaye	POCHULU Catherine	Cadre Diététique	(16) 69.48.82.80
Henri Mondor	TERRAL Michelle	Cadre Diététique	49.81.21.18
Hôtel Dieu	Service Général BAILLERGEON Monique JOUBERT Martine	Cadre Supérieur Diététique Cadre Diététique	43.34.81.60 42.34.81.56
	Diabétologie LAFFITE Annick	Cadre Diététique	42.34.83.97
	Nutrition CRAPLET Christine	Cadre Diététique	42.34.84.70
Jean Verdier	POULHES Christiane	Cadre Diététique	48.02.66.39
Joffre	ROCHEREAU Annick	Cadre Supérieur diététique	69.83.62.46
Laënnec	GEHIN Renée	Cadre Diététique	44.39.69.68
Lariboisière	RAOUL Odette FAIDHERBES Nadia CHARTRAIN Sylvie	Cadre Supérieur Diététique Cadre Supérieur Diététique Cadre Diététique	49.95.80.38 49.95.85.63
Louis Mourier	ZANCHA Anne	Cadre Diététique	47.60.64.61
Necker Enfants Malades	LEROUX Anne-Marie	Cadre Diététique	44.49.49.27
	Pédiatrie (biberonnerie) ASTRE Jacqueline	Cadre Diététique	44.49.49.25

HOPITAL	NOM PRENOM	QUALITE	TELEPHONE
Paul BROUSSE	DUTRIPON Michèle HERVE Annie	Cadre Supérieur Diététique Cadre Diététique	45.59.30.45 45.59.34.94
Pitié Salpêtrière	CESAR D'ORNANO A.-Marie DEBELLIS Nicole	Cadre Supérieur Diététique Cadre Diététique	42.16.12.25 42.16.12.27
Raymond Poincaré	HACHET Colette	Cadre Supérieur Diététique	47.10.76.51
René Muret	FREIRE Yvette	Diététicienne	49.36.61.09
Robert Debré	MACHINOT Sylvine	Cadre Supérieur Diététique	40.03.20.00 Poste 3998
Rothschild	NARTZ Michèle	Cadre Diététique	40.19.32.57
Saint-Antoine	RAMEAU Christine	Cadre Supérieur Diététique	49.28.20.56
Saint Lazare	MORIN M. Christine	Cadre Supérieur Diététique	48.00.55.23
Saint Louis	Service Général PUISSANT M. Christine	Cadre Supérieur Diététique	42.49.98.19
Sainte Pétrine	BACQUET Anne-Marie	Cadre Supérieur Diététique	44.96.31.38
Saint Vincent de Paul	ADREY Sylvette	Cadre Diététique	40.48.81.48
San Salvador	PEYROL Jocelyne	Cadre Supérieur Diététique	(16) 94.38.08.51
Tenon	FOUYER Linaïck	Cadre Supérieur Diététique	40.30.63.99
Trousseau	LE BARS Marie-Annick	Cadre Diététique	44.73.61.51 ou 44.73.67.24
Vauquard	CLERET Karin	Diététicienne	40.45.80.70

Annexes

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION HUMANITAIRE

Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

NOR : SANP9300793D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 372 et L. 473, L. 510-10 et L. 761-11 ;

Vu le décret n° 81-539 du 12 mai 1981 modifié relatif à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu le décret n° 91-1281 du 17 décembre 1991 modifiant le décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation ;

Vu le décret n° 92-48 du 13 janvier 1992 modifiant le décret n° 71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération ;

Vu le décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières ;

Vu l'avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales en date du 22 décembre 1992 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 2 mars 1993 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. - Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs sont de nature technique, relationnelle et éducative. Leur réalisation tient compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des règles professionnelles des infirmiers et infirmières, incluant notamment le secret professionnel :

- de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques, en tenant compte de la personnalité de chacune d'elles, dans ses composantes psychologique, sociale, économique et culturelle ;
- de prévenir et évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement ;
- de concourir au recueil des informations et aux méthodes qui seront utilisées par le médecin pour établir son diagnostic ;
- de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- d'appliquer les prescriptions médicales et les protocoles établis par le médecin ;
- de participer à la surveillance clinique des patients et à la mise en œuvre des thérapeutiques ;
- de favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie familial et social ;
- d'accompagner les patients en fin de vie et, en tant que de besoin, leur entourage.

Art. 2. - Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives qu'il juge nécessaires et accomplir les soins indispensables conformément aux dispositions de l'article 3 ci-après. Il identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Lorsque ces soins sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile, à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants ou d'auxiliaires de puériculture. La formation de ces derniers est assurée par le ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire et le ministre de l'Éducation Nationale. Le ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire informe le ministre de l'Éducation Nationale de la formation de ces derniers du fait de leur formation.

Art. 3. - Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins infirmiers suivants, visant notamment à assurer le confort du patient et comprenant, en tant que de besoin, son éducation et celle de son entourage :

- soins d'hygiène corporelle et de propreté ;
- surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaires ;
- vérification de la prise des médicaments et surveillance de leurs effets ;
- changement de sonde d'alimentation gastrique ou de sonde vésicale ;
- administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article 4 ci-après ;
- soins et surveillance des patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- surveillance de l'élimination intestinale et urinaire ;
- soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- soins et surveillance des nouveau-nés placés en incubateur, sous réserve des dispositions prévues à l'article 4 ci-après ;
- installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- maintien de la liberté des voies aériennes supérieures, aspiration des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé, sous réserve des dispositions prévues à l'article 7 ci-après ;
- ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- appréciation des principaux paramètres servant à la surveillance de l'état de santé des patients : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observation des manifestations de l'état de conscience ;
- renouvellement du matériel de pansement non médicamenteux ;
- réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux visés à l'article 4 ci-après ;
- prévention et soins d'escarres ;
- préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un plâtre ou d'une autre immobilisation ;
- soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- surveillance des scarifications, injections et perfusions visées aux articles 4 et 5 ci-après ;
- surveillance des cathéters courts : veineux, artériels ou épicrâniens ;
- surveillance des cathéters ombilicaux ;
- surveillance des patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- pose d'un timbre à la tuberculine et lecture ;
- détection des parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- recueil des données biologiques obtenues par les techniques à lecture instantanée suivantes :
 - a) Urines : glycosurie, acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiel en ions hydrogène (pH) ;
 - b) Sang : glycémie, acétonémie ;
- aide et soutien psychologique ;
- observation et surveillance des troubles du comportement ;

- entretien d'accueil et d'orientation ;
- organisation et animation d'activités à visée sociothérapeutique.

Art. 4. - L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale, qui, sauf urgence, doit être écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes ou soins infirmiers suivants :

- scarifications, injections et perfusions autres que celles visées à l'article 5 ci-après ;
- scarifications et injections destinées aux vaccinations ;
- tests tuberculiques autres que celui visé à l'article 3 ci-dessus ;
- mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
- surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- injections, à l'exclusion de la première, et perfusions dans ces cathéters veineux centraux et ces montages :

a) De produits autres que ceux visés à l'article 5 ci-après ;

b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou loco-régionale mentionnées à l'article 7 ci-après.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier et transcrit dans le dossier de soins infirmiers.

- administration des médicaments ;
- installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ;
- installation et surveillance du nouveau-né sous photothérapie ;
- surveillance du régime alimentaire du nourrisson présentant des troubles nutritionnels ;
- renouvellement du matériel de pansement médicamenteux ;
- réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
- ablation du matériel de réparation cutanée ;
- surveillance et ablation des systèmes de drainage et de tamponnement ;
- pose de bandages de contention ;
- pose d'une sonde gastrique en vue de tubage, d'aspiration, de lavage d'estomac ou d'alimentation gastrique ;
- pose d'une sonde vésicale en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation ou d'irrigation de la vessie sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après ;
- instillation intra-urétrale ;
- pose de sonde thermique ;
- toilette périnéale ;
- injection vaginale ;
- pose d'une sonde rectale ;
- lavement, goutte-à-goutte rectal, extraction de fécalomes ;
- appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
- soins et surveillance d'une plastie ;
- participation aux techniques de dilatation orificielle ou cicatricielle ;
- soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- participation à la correction de l'hypothermie et de l'hyperthermie ;
- administration en aérosols de produits médicamenteux ;
- soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- pulvérisations médicamenteuses ;
- irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
- lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- bain d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- bains médicamenteux ;
- enregistrement d'électro-cardiogrammes sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après ;
- mesure de la pression veineuse centrale ;

- vérification du fonctionnement des appareils de ventilation artificielle ou de monitoring usuels, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- installation et surveillance des patients placés sous oxygénothérapie normobare et, en tant que de besoin, à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmaticque ;
- ablation de plâtre ou d'une autre immobilisation ;
- saignées ;
- prélèvements de sang veineux ou capillaire ;
- prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments, des phanères ou des muqueuses directement accessibles ;
- participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- recueil aseptique des urines ;
- transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- soins et surveillance des patients lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- entretien individuel à visée psychothérapeutique ;
- participation au sein d'une équipe pluridisciplinaire aux techniques de médiation à visée psychothérapeutique.

Art. 5. - L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes ou soins infirmiers suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

- injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, un contrôle de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ;
- prélèvement de sang artériel pour gazométrie ;
- utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance du patient placé sous cet appareil ;
- enregistrement d'électro-encéphalogrammes, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après ;
- application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
- soins et surveillance des patients opérés au décours d'intervention sous réserve des dispositions prévues à l'article 7 ci-après ;
- ablation de cathéters centraux ;
- cures de sevrage ;
- cures de sommeil ;
- enveloppements humides d'indication psychiatrique.

Art. 6. - L'infirmier participe en présence d'un médecin à l'application des techniques suivantes :

- première injection d'une série d'allergènes ;
- premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
- enregistrement d'électro-cardiogrammes et d'électro-encéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
- prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles visées à l'article 4 ci-dessus ;
- actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
- activités au sein d'un bloc opératoire en tant que panseur, aide ou instrumentiste. Ces activités sont exercées en priorité par un infirmier titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire ;
- préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
- pose de plâtre ou autre immobilisation ;
- transports sanitaires urgents entre établissements de soins, effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
- transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de soins, effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
- sismothérapie ;
- insulinothérapie.

Art. 7. - L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme sont seuls habilités, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout

moment, à participer à l'application des techniques suivantes après que le médecin a examiné le patient et a posé l'indication anesthésique :

- anesthésie générale ;
- anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin ;
- réanimation per-opératoire.

A titre transitoire, les infirmiers qui établiront que, antérieurement au 15 août 1988, ils participaient, sans posséder le titre requis, à l'application des techniques mentionnées à l'alinéa précédent sont habilités à poursuivre cette participation jusqu'au 15 octobre 1994.

Art. 8. - En l'absence du médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet, de sa part et dès que possible, d'un compte rendu écrit, daté, signé et remis au médecin.

Lorsque la situation d'urgence s'impose à lui, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger le patient vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Art. 9. - Selon le secteur d'activité où il exerce et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose, organise ou participe à des actions :

- de formation initiale et continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- d'encadrement des stagiaires en formation ;
- de formation, de prévention et d'éducation, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- de recherche dans le domaine des soins infirmiers.

Il participe à des actions :

- de prévention et d'éducation en matière d'hygiène et de santé individuelle et collective, notamment pour ce qui concerne la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, le syndrome d'immunodéficience acquise, le cancer, les toxicomanies, l'alcoolisme, le tabagisme, la maltraitance, les accidents du travail et accidents domestiques ;
- de dépistage des troubles sensoriels, des handicaps ou anomalies du squelette, des maladies professionnelles et des maladies endémiques ;
- d'information sexuelle et d'information dans le domaine de la santé mentale ;
- de recherche en matière d'épidémiologie, d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à la concertation avec les membres des autres professions de santé ou des professions sociales en vue de coordonner leurs interventions, notamment dans le domaine des prélèvements et des transplantations d'organes ou greffes de tissus.

Art. 10. - Le décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 modifié relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier est abrogé.

Art. 11. - Le ministre de la santé et de l'action humanitaire est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 15 mars 1993.

PIERRE BÉRÉGOVOY

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

BERNARD KOUCHNER

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE, SANTÉ. - TEXTES OFFICIELS

Classification	N° du texte
SP 4 455	5009

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

Secrétariat d'Etat
chargé de la santé
Direction des hopitaux

Circulaire DH/6 D/85-85 du 4 mars 1985 relative aux activités des diététiciens dans les établissements d'hospitalisation publics mentionnés à l'article L. 792 du code de la santé publique

(Non parue au *Journal officiel*)

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, et le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé,

à

Messieurs les commissaires de la République de région directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour information) ;

Madame et Messieurs les commissaires de la République de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]).

Mon attention a été appelée à plusieurs reprises sur la nature des activités confiées aux diététiciens dans les établissements hospitaliers publics.

La présente circulaire a pour objet de donner aux établissements hospitaliers des indications sur les tâches qui peuvent être assurées par ces personnels.

Le diététicien remplit au sein des établissements hospitaliers, comme dans d'autres types de structures assurant un hébergement collectif, une mission qui consiste à veiller à la qualité et à assurer l'équilibre de l'alimentation de l'ensemble des personnes hospitalisées.

Intervenant dans un hôpital, le diététicien est en outre responsable de la réalisation des régimes prescrits par le médecin. Il assure aussi une mission d'éducation, de formation et de prévention.

Mission traditionnelle des diététiciens

En liaison avec les services économiques de l'établissement ainsi qu'avec le responsable et les personnels de cuisine, le diététicien établit les menus du régime normal et des régimes standards ; il veille notamment à la qualité et à l'équilibre de l'alimentation, au respect des règles d'hygiène dans le cadre des textes en vigueur et s'assure de la qualité des aliments tout au long de la chaîne alimentaire (conception, production, distribution...).

Mission spécifique du diététicien

Le diététicien est chargé de surveiller la réalisation des régimes prescrits par le médecin.

Il traduit, pour ce faire, la prescription médicale en menus. Il prend en compte les besoins nutritionnels du malade en veillant à ses goûts et ses habitudes. Il s'assure avec l'équipe soignante de l'adaptation du malade à son régime et contribue à rendre ce régime efficace.

Il s'entretient avec le médecin du suivi et de la modification éventuelle des régimes thérapeutiques.

Les menus élaborés par le diététicien prévoient, selon chaque cas, soit l'adaptation des régimes standards (par exemple : régimes pauvres en fibres - régimes hypoprotidiques) qu'il module, soit l'établissement d'un régime diététique personnalisé (par exemple : préparations spécifiques, pesées rigoureuses).

Dans l'unité diététique, le diététicien gère les stocks de denrées courantes nécessaires, de produits diététiques ainsi que le matériel particulier exigé.

Mission d'éducation, de formation et de prévention

Cette mission constitue une part importante du rôle du diététicien au sein de l'hôpital ; elle s'exerce tant en direction des hospitalisés et des consultants externes, que des personnels.

Après des hospitalisés : cette mission se traduit par des entretiens individuels ou en groupe avec participation, le cas échéant, des familles.

Après des consultants externes, il participe aux actions de prévention menées, par exemple, auprès des femmes enceintes...

Après des personnels : dans les unités de soins, l'intervention du diététicien doit permettre de sensibiliser les personnels aux principes généraux d'une alimentation équilibrée et des régimes standards et de les habituer à une saisie correcte du langage diététique dans les cuisines, le diététicien doit informer les personnels des techniques particulières à certains régimes, des techniques nouvelles et former, le cas échéant, certains personnels à la réalisation de préparations spécifiques.

Il participe, en outre à la formation des élèves en diététique qui lui sont confiés et intervient à la demande dans les écoles d'aides-soignants et les écoles para-médicales.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur des hôpitaux,
J. DE KERVASDOUÉ