

L'alimentation en milieu hospitalier

Mandat du groupe de travail

Version validée le 11 décembre 2014

Contexte

L'alimentation servie en milieu hospitalier remplit des fonctions diverses et complémentaires. Elle devrait notamment contribuer :

- au bien-être du patient, par une prestation culinaire, et par là, même, dans une certaine mesure, à la compensation psychologique du stress lié à la maladie et à la résidence dans un milieu non familial ;
- à une fonction nutritionnelle : apporter à l'organisme les nutriments nécessaires à une guérison optimale ;
- à une dimension thérapeutique directe, notamment dans les cas de dénutrition, dont le taux d'occurrence est important en milieu hospitalier, ainsi qu'en cas de besoins nutritionnels particuliers liés à un processus d'assimilation, un métabolisme ou un état physiologique spécifique, à une allergie ou intolérance ;
- à une action éducative de promotion des recommandations de santé publique grâce par leur mise en œuvre concrète.

Ces fonctions relèvent de différents métiers : économat pour les achats, cuisiniers pour la production ou la remise en température, hygiène, personnels de service pour le portage des repas, médecins nutritionnistes et diététiciens pour la prise en compte de besoins nutritionnels généraux ou spécifiques, médecins pour la prise en charge thérapeutique de l'alimentation, etc. Ces fonctions sont cependant synergiques et étroitement liées.

Des problèmes importants, des situations souvent considérées comme alarmantes, ont été identifiés de longues dates :

- au lieu de s'améliorer, le statut nutritionnel des patients se détériore de façon significative lors de séjours à l'hôpital, y compris de moyenne durée (deux semaines) ; indépendamment de leur pathologie, les patients maigrissent et des situations qualifiées de dénutrition apparaissent ;
- l'importance de l'état nutritionnel du malade sur l'évolution de sa pathologie est largement sous-estimée ;
- les patients se plaignent très généralement de la qualité des repas servis et des conditions de service (horaires, présentation, température, etc.) ainsi que de l'absence de prise en compte de leurs contraintes personnelles.

Or, il est démontré qu'une alimentation adaptée peut réduire de plusieurs jours la durée d'une hospitalisation, ce qui a notamment un impact important en termes de coût pour les systèmes de santé. La prévention, le dépistage et la prise en charge des situations de dénutrition sont donc d'une importance majeure et font partie des priorités du PNNS.

Un rapport du Pr Guy-Grand relevait, dès 1997, au-delà de l'hétérogénéité des moyens que les établissements avaient ou non mis en place, des carences ou des dysfonctionnements manifestes – alors que l'alimentation devrait à l'inverse être considérée comme un soin. Ce rapport a conduit à la création des Comités de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN). Un second rapport, de 2010, a conduit à la création, en décembre 2002, sous l'égide du PNNS 1, d'une commission présidée par le Pr. Ricour, chargée d'élaborer des outils pour améliorer l'évaluation du risque de dénutrition et sa prise en charge. Il s'en est suivi une clarification des rôles et missions des CLAN, qui a fait l'objet d'une Circulaire du ministère chargé de la santé¹. La coordination des actions ministérielles sur la dénutrition en établissements de santé a ensuite été assurée, dans le cadre du PNNS 2, par le Dr J.F. Zazzo, avec l'objectif, notamment, de généraliser les CLAN dans les établissements de santé à l'horizon 2010, avec des regroupements pour les établissements de petite taille. Depuis 2008, des journées « Alimentation à l'hôpital, en maison de retraite et en EPHAD » sont organisées ; elles bénéficient, depuis juin 2013, du label "Programme national pour l'alimentation" (PNA). Un groupe du PNA animé par la direction générale de la santé a par ailleurs travaillé sur les questions de dénutrition (2012/2013). La constatation a été faite, d'une part, que nombre d'outils et référentiels existe mais que leur qualité n'a pas toujours été validée, d'autre

¹ Circulaire DHOS/E1/n° 2002/186 du 29 mars 2002

part, que ces outils ne sont pas vraiment connus des professionnels potentiellement utilisateurs.

Ainsi, malgré quelques avancées, les problèmes soulevés en 1997 subsistent largement.

Les difficultés sont nombreuses, du fait de la diversité des acteurs concernés, soumis à des systèmes de contrainte différents ; du cloisonnement de l'organisation hospitalière, notamment entre la cuisine et le personnel médical et paramédical (qui se désintéresse souvent de l'alimentation servie aux patients) ; des contraintes d'organisation des soins ; des conditions de travail du personnel de service ; des patients eux-mêmes, souvent affaiblis, manquant d'appétit, parfois soumis à différents régimes.

Objectifs

Le groupe de travail du CNA réalisera un état des lieux de la situation et des principaux problèmes rencontrés, analysera les points critiques de cette situation et cherchera à identifier des solutions opérationnelles qui pourraient permettre d'apporter des améliorations. Le coût de la dénutrition et de ses conséquences pour le patient et la société, l'importance du gaspillage liée à la situation actuelle, seront notamment pris en compte pour proposer des pistes d'amélioration et de financement d'une alimentation répondant aux critères adaptés de qualité sanitaire, organoleptique et nutritionnelle.

La gérontologie et les établissements spécialisés seront exclus dans une première phase, compte tenu des problèmes spécifiques qui se posent en termes de physiologie ou d'organisation. Ce champ pourra être examiné dans une deuxième phase, sachant que le CNA a déjà adopté un avis sur *Les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques* (Avis n°53, 15/12/2005), dont une partie couvrait ces problèmes spécifiques.

Méthode de travail

Le groupe de travail sera présidé par le **Pr Jean-Louis BRESSON, M. Jean TERMENS** en étant le rapporteur.

Le président du groupe de travail présentera son programme de travail et rendra compte régulièrement des travaux en séance plénière du CNA.

Dans les limites compatibles avec son bon fonctionnement, le groupe de travail comprendra les membres du CNA qui le souhaitent, ou leurs représentants, ainsi que toute personne dont la participation semblera utile au président et au rapporteur. Il associera notamment : les représentants du ministère de la santé, de la Haute Autorité de Santé et des ARS ; des directions des structures d'hospitalisation publiques et privées ; du corps médical ; des personnels soignants ; du corps des diététiciens ; de la restauration collective en gestion directe et concédée ; des personnels de cuisine ; les organismes de sécurité sociale, les mutuelles médicales et les assureurs ; les IAA ; etc.

Le groupe rassemblera les études et recherches existantes relatives à l'alimentation en milieu hospitalier les plus pertinentes et identifiera des pratiques intéressantes mises en place dans certaines structures. Il entendra toute personne dont l'audition ou la contribution effective aux travaux sembleront utiles au président et au rapporteur. Il pourra également réaliser des entretiens sur sites.

Les invitations et ordres du jour des réunions seront établis par le président du groupe en relation avec le secrétariat du Conseil.

Calendrier de travail

Le groupe de travail fera un rapport intermédiaire de ses travaux lors de la séance plénière du CNA de septembre 2015. Il présentera un rapport assorti d'un plan d'action, si possible, au début de l'année 2016.