

Alimentation en milieu hospitalier

Avis n°78 *Adopté à l'unanimité lors de la
plénière du CNA du 4 juillet 2017*

Conseil National de l'Alimentation

Ministère de l'Économie et des Finances

Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation

Ministère des Solidarités et de la Santé



Cet Avis a été élaboré au sein d'un groupe de concertation du CNA :

Président :

Jean-Louis Bresson
Pédiatre-nutritionniste,
Hôpital Necker-Enfants malades, Paris

Rapporteur :

Jean Termens, UDIHR

Secrétariat du Conseil National de l'Alimentation :

Véronique Bellemain
Karine Boquet
Elora Gendre

Le CNA est une instance consultative indépendante

Le Conseil National de l'Alimentation est une instance consultative indépendante, placée auprès des ministres chargés de l'agriculture, de la consommation et de la santé.

Il est consulté sur la définition de la politique publique de l'alimentation et émet des Avis à l'attention des décideurs publics et des différents acteurs de la filière alimentaire sur des sujets tels que la qualité des denrées alimentaires, l'information des consommateurs, l'adaptation de la consommation aux besoins nutritionnels, la sécurité sanitaire, l'accès à l'alimentation, la prévention des crises, etc.

« Parlement de l'alimentation », le CNA organise la concertation entre acteurs de la filière alimentaire et le débat public

Positionné comme un Parlement de l'alimentation, le CNA développe depuis plus de 30 ans un processus de concertation intégrant les préoccupations des filières et de la société civile. Réalités du monde professionnel et attentes des consommateurs entrent ainsi en compte dans les débats.

Répartis en 8 collèges, ses 55 membres nommés représentent les principaux acteurs de la filière alimentaire : producteurs agricoles, transformateurs et artisans, distributeurs, restaurateurs, associations de consommateurs et d'usagers des systèmes de santé, de protection de l'environnement, d'aide alimentaire, syndicats de salariés, ainsi que des personnalités qualifiées. Les établissements publics de recherche et d'évaluation scientifique ainsi que les collectivités territoriales sont également membres de droit du CNA. En outre, assistent de plein droit aux travaux les représentants des ministères concernés.

Le CNA est également mandaté pour organiser le débat public dans le cadre de la politique publique de l'alimentation.

Pour la mandature 2016-2019, le CNA est présidé par M. Guillaume GAROT, député de la Mayenne et ancien ministre délégué à l'agroalimentaire.

Le CNA émet des Avis et des recommandations

Le CNA peut être saisi par un de ses ministres de tutelle, par toute autre instance consultative placée auprès de l'État ou de l'un de ses établissements publics, par un des collèges qui le constituent ou encore par son Président. La concertation organisée par le CNA vise ainsi à émettre des recommandations.

Un Avis du CNA est une œuvre collective, résultant de la participation des membres d'un groupe de concertation du CNA et du Secrétariat interministériel. Il est rendu public une fois adopté en séance plénière du CNA. Il est destiné aux acteurs de l'alimentation, en particulier aux pouvoirs publics, afin d'enrichir la décision publique et intégrer les opinions des différentes parties prenantes.

Pour faciliter sa lecture, il est structuré en trois parties :

- Une synthèse générale, exposant les éléments de contexte du sujet traité, rappelant les enjeux, exposant le mandat et dégageant les principaux axes de réflexion abordés ;
- La liste des recommandations rattachée à l'exposé de considérants et ordonnée par type d'acteurs concernés par leur mise en œuvre ;
- Le compte-rendu des axes de réflexions ayant guidé le processus de concertation. Ces axes sont le résultat de l'analyse issue de la phase de questionnement dans le cadre des auditions d'experts et de spécialistes. Il peut être présenté sous la forme de chapitres ou de fiches thématiques.

Tous les Avis émis par le CNA sont consultables et téléchargeables sur le site www.cna-alimentation.fr.

Conseil National de l'Alimentation

251, rue de Vaugirard - 75732 Paris Cedex 15

www.cna-alimentation.fr - 01 49 55 80 78 - cna@agriculture.gouv.fr

Table des matières

CHAPITRE INTRODUCTIF.....	6
I – MANDAT DU GROUPE DE CONCERTATION.....	6
1. Mandat.....	6
2. Périmètre de l'Avis.....	6
3. Une définition de l'alimentation en milieu hospitalier.....	7
II – CONSTATS.....	8
1. Dénutrition, morbidité et mortalité.....	8
2. Causes de la dénutrition.....	8
3. Un constat ancien.....	9
4. Un constat d'actualité.....	10
III – QUESTIONS.....	11
1. L'hôpital doit-il nourrir les patients ?.....	11
2. La qualité de la production est-elle toujours en cause ?.....	11
3. Le service du repas est-il déficient ?.....	11
4. Que faire ?.....	12
IV – DES ENJEUX QUI APPELLENT UNE RÉFORME EN PROFONDEUR.....	13
1. Enjeux sociétaux.....	13
1.1 Le patient à l'hôpital demeure un citoyen.....	13
1.2 L'importance de la prise en compte des dimensions symboliques, sociales et affectives de l'alimentation.....	14
2. Enjeux politiques.....	14
2.1 L'indispensable investissement des pouvoirs publics.....	14
2.2 Le besoin de références.....	15
3. Enjeux économiques.....	15
3.1 Les externalités négatives du système actuel (des gains potentiels).....	16
3.2 Les évolutions du modèle d'hospitalisation.....	16
3.3 Un nouveau modèle économique pour le système de l'alimentation hospitalière.....	17
RÉFÉRENCES.....	18
CHAPITRE RECOMMANDATIONS.....	21
I - Recommandations générales.....	22
Une nécessaire coordination des actions à l'échelle nationale.....	22
Une nécessaire réorganisation des relations entre les acteurs.....	23
Développer une nouvelle approche de l'alimentation à l'hôpital.....	23
II - Recommandations pour une offre à l'attention des patients mobiles et/ou autonomes.....	24
Les pouvoirs publics.....	25
Le personnel hospitalier.....	25
Les acteurs économiques.....	26
III - Recommandations pour une offre à l'attention des patients alités ou demeurant en chambre.....	26
Les pouvoirs publics.....	26
Le personnel hospitalier.....	26
Les acteurs économiques.....	27
ANNEXES.....	27
FICHE 1 : LE PATIENT, USAGER DE L'ALIMENTATION EN MILIEU HOSPITALIER.....	28
I – PATIENT ET ALIMENTATION À L'HÔPITAL.....	28
1. Perception de l'alimentation à l'hôpital par le patient.....	28
1.1 Évaluation de la satisfaction du patient.....	28
1.2 Impact de la perception de l'alimentation sur l'ensemble de l'hospitalisation.....	29
1.3 Communication autour du repas.....	30
2. Enjeux de l'alimentation à l'hôpital.....	30
2.1 Enjeux du point de vue des patients.....	30
2.2. Enjeux du point de vue des soignants.....	31
3. Temps et cadre du repas à l'hôpital.....	31
3.1 Contraintes de temps et de lieu.....	31
3.2 Éléments sociologiques influençant la perception du repas.....	31
3.3 Présentation du plateau repas et cadre du repas.....	33
II - PATIENT ET HOSPITALISATION.....	33

1. Quelques considérations sur l'histoire et la philosophie du soin.....	34
1.1 Quelle place le système de santé accorde-t-il au patient ?76.....	34
1.2 Rapports entre médecine et soins78.....	34
1.3 Préciser ce qui relève et contribue à la réalisation du soin81.....	36
2. Relation soignants / soignés.....	37
2.1 Expériences de patients / représentants des usagers et patients experts.....	37
2.2 Comment améliorer cette relation de soin ?84.....	39
FICHE 2 : LES ACTEURS DE L'OFFRE ALIMENTAIRE EN MILIEU HOSPITALIER.....	41
1. Description de chacun des acteurs.....	42
1.1 Acteurs internes.....	42
1.1.1 Acteurs de la restauration.....	42
1.1.2 Acteurs du soin.....	43
1.1.3 Acteurs du pilotage.....	46
1.2 Acteurs institutionnels.....	47
1.2.1 État : Ministères chargés de l'agriculture et de la santé, Agences régionales de santé.....	47
1.2.2 Financeurs : sécurité sociale et mutuelles.....	48
1.3 Prestataires de services et fournisseurs.....	48
1.3.1 Industriels.....	48
1.3.2 Distributeurs.....	50
1.3.3 Sociétés de restauration collective (SRC).....	50
1.3.4 Architectes.....	50
2. Articulation et interfaces entre les acteurs.....	51
2.1 Le CLAN (Comité de Liaison Alimentation et Nutrition).....	51
2.2 Enjeux et systèmes de contraintes différents.....	52
FICHE 3 : LES ÉTAPES DE LA RESTAURATION HOSPITALIÈRE.....	54
1. Offre alimentaire.....	54
2. Différentes étapes du processus : de l'achat jusqu'à la consommation finale.....	55
2.1 Production.....	55
2.1.1 Achat de denrées.....	55
2.1.2 Préparation des repas.....	56
2.1.3 Prise en charge alimentaire.....	58
2.2 Distribution.....	58
2.2.1 Différents types de service.....	59
2.2.2 Consommation des repas par le patient.....	60
FICHE 4 : LES MODES DE GESTION.....	63
1. Nature juridique de la restauration hospitalière112.....	63
2. Modalités de gestion de la restauration : publique / privée.....	63
2.1 Gestion interne dite gestion en régie.....	63
2.2 Gestion externalisée.....	63
2.3 Limites de la gestion déléguée de la restauration hospitalière.....	64
FICHE 5 : LA STRUCTURE DU COÛT D'UN REPAS.....	66
1. La structure du coût d'un repas.....	66
2. La place du coût de l'alimentation dans le budget des hôpitaux.....	66
FICHE 6 : LES DONNÉES GÉNÉRALES SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS.....	68
1. Différents établissements.....	68
2. Différentes types d'hospitalisation.....	69
3. Différentes durées de séjour : quelques exemples de la diversité des durées de séjour.....	70
4. Le financement des hôpitaux.....	70
FICHE 7 : HISTORIQUE DE L'ALIMENTATION À L'HÔPITAL.....	72
1. Historique de l'alimentation à l'hôpital.....	72
1.1 Du Moyen Âge à la fin du XVIII ^e siècle.....	72
1.2 De la fin du XVIII ^e siècle au XIX ^e siècle.....	73
1.3 Apparition d'une nouvelle science : la nutrition.....	73
2. Quelques éléments sur la conception actuelle de l'alimentation à l'hôpital.....	74
2.1 L'alimentation perçue comme mission logistique.....	74
2.2 La difficulté de concilier ces problèmes dans une sociologie de l'organisation de l'hôpital.....	74
3. L'alimentation comme vecteur d'hospitalité à l'hôpital.....	74
ANNEXE 1.....	76
BIBLIOGRAPHIE.....	76
Articles.....	76

Ouvrages.....	77
Études/Rapports.....	77
Mémoires.....	78
Guides.....	78
ANNEXE 2.....	79
SIGLES et ABRÉVIATIONS.....	79
ANNEXE 3.....	80
MEMBRES DU GROUPE DE CONCERTATION.....	80
ANNEXE 4.....	84
PERSONNES AUDITIONNÉES.....	84

CHAPITRE INTRODUCTIF

I – MANDAT DU GROUPE DE CONCERTATION

Positionné comme un parlement de l'alimentation, le Conseil National de l'Alimentation (CNA) développe un processus de concertation intégrant les préoccupations des filières et de la société civile. Ses avis sont ainsi élaborés dans le cadre de groupes de concertation au sein desquels s'expriment les réalités et attentes du monde professionnel et des consommateurs au cours de débats dont l'objectif est d'aboutir à des recommandations consensuelles.

Les positions avancées au sein de cet avis sont le fruit d'une construction consensuelle qui résulte des échanges et débats entre les membres du groupe de concertation s'appuyant sur les compétences de chacun et sur un processus d'auditions d'experts et de spécialistes. Ainsi, les affirmations développées dans le rapport sont essentiellement fondées sur la base d'opinions argumentées. Les références scientifiques ont été utilisées pour nourrir le processus de concertation.

1. Mandat

Le mandat du groupe de concertation « Alimentation en milieu hospitalier » a été adopté le 11 décembre 2014 par le CNA plénier. Ce mandat partait du postulat que « des problèmes importants, des situations souvent considérées comme alarmantes ont été identifiés de longue date :

- au lieu de s'améliorer, le statut nutritionnel des patients se détériore de façon significative lors des séjours, y compris de moyenne durée (deux semaines) ; indépendamment de leur pathologie, les patients maigrissent et des situations qualifiées de dénutrition apparaissent¹ ;
- l'importance de l'état nutritionnel du malade sur l'évolution de sa pathologie est largement sous-estimée² ;
- 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. »

Pour remplir la mission confiée, le groupe de concertation a précisé le périmètre de l'avis et défini l'alimentation en milieu hospitalier.

2. Périmètre de l'Avis

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ont été exclus du périmètre des réflexions du groupe de concertation, ces établissements étant confrontés à des problématiques très spécifiques.³

Le cœur des réflexions du groupe de concertation a porté sur les courtes⁴, moyennes et longues durées de séjour, ce sont les cas de figure dans lesquels le risque de dénutrition est le plus important. La

1 « Un jour donné dans un établissement de court séjour pour enfants, adultes ou personnes âgées, la dénutrition s'élève respectivement à 20 %, 45 % et 60 % ». Dénutrition, une pathologie méconnue en société d'abondance, PNNS, 2010.

2 Par exemple, dans un cas de dénutrition sévère, les complications infectieuses post-opératoires augmentent de 10 à 20 %.

3 Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt. Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées.

4 Dans le cas des hospitalisations courtes durées (48h), l'hospitalisation n'est pas la cause de la dénutrition, si le patient est dénutri, c'est qu'il est entré à l'hôpital dénutri. Dans ce cas, l'alimentation servie ne doit pas aggraver la situation et dans l'idéal, cet individu devrait être dépisté dénutri et pris en charge en conséquence.

prise en charge ambulatoire, amenée à se développer, a également été prise en compte.

Les réflexions du groupe de concertation ont porté à la fois sur les établissements publics et privés.

Le groupe de concertation n'est pas spécifiquement revenu sur les aspects nutritionnels de l'alimentation. L'alimentation proposée à l'hôpital, doit, bien entendu, couvrir les besoins nutritionnels du patient et le rôle des diététiciens et des responsables de cuisine est de prévoir des menus remplissant les besoins nutritionnels des patients en fonction des recommandations nutritionnelles établies⁵.

Le groupe de concertation n'est pas non plus revenu sur l'ensemble des aspects de contrôles d'hygiène et de sécurité sanitaire ; ces aspects sont sous la responsabilité de l'hôpital et contrôlés par les services de l'État.

3. Une définition de l'alimentation en milieu hospitalier

Le dictionnaire Larousse définit l'alimentation comme « l'action ou la manière de s'alimenter » c'est à dire « de se procurer et d'ingérer des aliments ». Mais l'alimentation revêt une signification bien plus vaste que le simple fait d'ingérer de la nourriture. C'est un acte volontaire et une fonction originale qui répond à trois impératifs : assurer une fonction vitale, procurer du plaisir et jouer un rôle social. Aucune autre fonction n'associe chez l'être humain une telle diversité d'éléments physiologiques, culturels, religieux et affectifs⁶.

La nutrition est, quant à elle, définie comme « le processus par lequel un organisme vivant ingère les aliments, les assimile, les transforme et les utilise pour sa croissance, son entretien, son fonctionnement et pour produire chaleur et énergie ». Elle a donc trait à la fonction physiologique. Le terme est moins chargé d'affects et pourtant une fonction nutritive suffisante nécessite que soient réunies des conditions complexes associant des mécanismes physiologiques, sociologiques et anthropologiques⁷.

Nutrition et alimentation ne sont pas synonymes. L'une correspond à une fonction physiologique nécessaire au fonctionnement de chaque organisme vivant, l'autre est partie intégrante de l'accompagnement du patient ouvrant un champ de créativité qui valorise le plaisir sensoriel quel que soit le stade d'évolution de la maladie.⁸

Pour ces raisons, nous incluons dans l'alimentation en milieu hospitalier, l'alimentation dite normale mais excluons l'ensemble des interventions nutritionnelles spécifiques (alimentation artificielle entérale ou parentérale) qui relèvent du champ médical et non plus du champ de l'alimentation entendu comme phénomène complexe associant les notions de plaisir et d'acte volontaire.

5 ANC 2001.

6 Pfitzenmeyer P, Manckoundia P, Rapin C, Éthique et nutrition, Cours dans le cadre du DIU de Soins Palliatifs et Accompagnement, 2009-2011, Nacy-Dijon, Avril 2010.

7 Devalois B, Gineston L, Leys A, Controverse « Peut-on ou non discuter d'un éventuel arrêt de la nutrition/hydratation médicalement assistée ou doit-on les considérer comme des soins « de base » ? in Médecine Palliative : Soins de Support – Accompagnement – Éthique, 2008 Août;7(4) : 222-228.

8 Elise PIOT, Arrêt de la nutrition artificielle chez le patient en fin de vie, Enquête auprès des soignants, Thèse soutenue dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale, 2011, Page 22.

II - CONSTATS

1. Dénutrition, morbidité et mortalité

Le développement d'une dénutrition au cours d'une maladie, quelle qu'elle soit, en affecte le pronostic de façon majeure. Le premier constat de cet effet délétère sur l'évolution de diverses pathologies a été dressé il y a près de 40 ans par Weinsier et coll. (1)⁹. Depuis, de nombreuses études ont démontré de façon concordante que la dénutrition accroît la durée de séjour, comme le nombre de réadmissions à l'hôpital (2). Surtout, la dénutrition aggrave très sensiblement le cours de la maladie de fond, qu'elle soit aiguë ou chronique, en augmentant la fréquence des complications et la mortalité (3). Il faut souligner que la dénutrition affecte la durée d'hospitalisation, la morbidité et la mortalité, indépendamment de la maladie de fond (4).

Naturellement, l'aggravation des pathologies induite par la dénutrition a un lourd coût humain lié à la réduction de la qualité et de l'espérance de vie. Cela implique aussi des conséquences économiques, pouvant aller jusqu'à tripler le montant de la prise en charge hospitalière des malades dénutris (4,5), ce qui explique que l'alimentation soit devenue une priorité des hôpitaux dans certains pays (6).

2. Causes de la dénutrition

De nombreux facteurs, liés à la maladie, aux traitements ou au niveau socio-économique, peuvent contribuer au développement d'une dénutrition (3).

Cependant, il en est un qui mérite une particulière attention, car il est, en théorie, modifiable : le séjour à l'hôpital (7). Il existe en effet une relation entre la durée de séjour et le risque de dénutrition (8). L'hospitalisation elle-même serait donc un facteur de risque de dénutrition comme en témoigne la dégradation progressive des paramètres nutritionnels chez l'adulte (1,9,10) ou l'apparition d'une dénutrition pendant l'hospitalisation d'enfants ne souffrant pas de pathologies graves (11). De fait, la durée de séjour apparaît comme un facteur de risque indépendant de dénutrition (12). L'altération de l'état nutritionnel pourrait simplement s'expliquer par une consommation alimentaire insuffisante pendant l'hospitalisation (13). L'évaluation de la consommation alimentaire à l'hôpital confirme qu'en dépit d'une offre quantitativement suffisante, notamment en énergie et en macronutriments, la plupart des patients ne couvrent pas leurs besoins, sans que ce déficit puisse être attribué à la maladie (14). Cette sous-consommation massive (touchant jusqu'à plus de 50 % des patients) des repas proposés par l'hôpital constitue un facteur de risque de mortalité proportionnel à la réduction de consommation (15). Le risque relatif (RR) de décès dans les 30 jours est ainsi multiplié par 2 (intervalle de confiance à 95 % : 1,53 - 2,89) chez les patients qui ne consomment qu'un quart des repas qui leur sont proposés. Ce RR est indépendant des autres facteurs de risque liés aux patients eux-mêmes ou à leur maladie (15). Paradoxalement, l'inadéquation entre besoins et consommation alimentaire est le plus souvent négligée (7,16).

Comme une image en miroir, les repas fournis produisent des restes très importants (dans certains cas, plus de 40 % en moyenne des aliments proposés), un gaspillage qui est directement lié à leur faible consommation (17,18). Notre pays ne fait pas exception. C'est la restauration collective en établissements de santé et médico-sociaux qui enregistre le plus gros volume de gaspillage, avec une moyenne de 264 ± 149 g/repas et par personne. Les patients de court séjour (hôpital) produisent environ deux fois plus de pertes (362 g/repas et par personne) que les résidents de long séjour (hôpital ou maison de retraite ; 166 g/repas et par personne)¹⁰. À titre indicatif, le poids moyen de l'alimentation (hors boissons) d'un adulte sain est de l'ordre de 1,100 à 1,200 g par jour et par personne¹¹.

Il faut donc souligner que les pertes les plus importantes sont liées au service du repas à la chambre (19,20).

Les facteurs potentiellement impliqués sont, par ordre d'importance : le manque de temps pour se res-

9 # Les références sont en fin de chapitre.

10 <http://www.agriculture.gouv.fr/telecharger/75033?token=d2d871bce4f2734504c1ccbee46d4>

11 INCA 2. Étude individuelle nationale des consommations alimentaires. AFSSA, 2009. INCA 3

taurer (notamment, repas interrompu du fait d'un geste médical), mais aussi la présentation et la qualité gustative des plats, leur remise en température ou des portions mal adaptées aux désirs des patients (21). De fait, les conditions entourant le repas à l'hôpital ont une influence décisive sur sa consommation par le patient, fortement perturbée par les interruptions liées aux soins (22), l'attention que les soignants apportent ou non au repas (22,23), l'aide fournie ou non lors du repas (24), voire la simple difficulté à ouvrir seul certains emballages mais aussi l'inadaptation ergonomique de la prise alimentaire en cas de handicap lié à l'hospitalisation (patient alité, fractures, etc.) (24,25). Malheureusement, la lourdeur et la complexité croissantes de la charge de soins qui pèse sur les personnels soignant repoussent à l'arrière plan le service du repas dont ils assument aussi la responsabilité (26).

Il n'est donc pas très surprenant que l'enquête nationale I-SATIS de 2016¹² indique que la moitié des patients ne sont pas satisfaits de la qualité des repas (satisfaction moyenne à mauvaise) et que plus de 40 % ne sont pas satisfaits de la variété des plats servis (satisfaction moyenne à mauvaise). Il faut noter que le niveau de satisfaction a régulièrement diminué entre 2011 et 2014¹³. Ces enquêtes soulignent l'importance de la qualité perçue des repas qui apparaît comme le principal facteur de satisfaction des patients (27).

3. Un constat ancien

Les problèmes liés à l'alimentation hospitalière, avec pour conséquence le risque de dénutrition lié au séjour, sont donc bien documentés. Dans notre pays, l'alimentation en milieu hospitalier a même fait l'objet d'un rapport spécifique destiné au ministre de la santé (28) pour mieux analyser les difficultés rencontrées et tenter d'y porter remède. Le rapport notait déjà que « tout patient hospitalisé est à risque, même s'il n'est pas dénutri » et qu'il existe à l'hôpital une « malnutrition iatrogène latente »¹⁴.

Le rapport avait identifié un certain nombre d'insuffisances susceptibles de rendre compte de ces mauvais résultats, parmi lesquelles : une logistique du transport des repas, « maillon faible » de la chaîne conduisant au patient ; un foisonnement de divers types d'alimentations « thérapeutiques », sous des appellations souvent abusives et, pour beaucoup, sans réelle justification médicale ou scientifique ; un personnel soignant peu formé à la nutrition et peu impliqué ; un corps médical peu motivé ; une administration sous-estimant les enjeux et finalement, une organisation complexe et cloisonnée.

En découlaient des objectifs de formation pour les différentes catégories de personnel hospitalier et une préconisation : la création de comités de liaison alimentation-nutrition (CLAN) à l'échelle locale et régionale, dans le but avoué de lutter contre la dispersion des responsabilités concernant l'alimentation à l'hôpital. La circulaire portant création des CLAN a été publiée en 2002¹⁵ et a précisé ses missions : dépister à l'admission les troubles nutritionnels, relever les goûts et les aversions des patients, assurer une offre alimentaire adaptée aux besoins, prescrire une alimentation artificielle si nécessaire et selon le bon usage, surveiller l'état nutritionnel et la consommation alimentaire, former les professionnels de santé. Le CLAN a été conçu comme une structure transversale, dont le but était de permettre aux différents professionnels impliqués dans l'alimentation hospitalière et le soin des malades de travailler ensemble autour d'objectifs communs. La création d'un CLAN n'était pas obligatoire et son rôle a été limité à celui de conseiller auprès de la direction et de la commission médicale d'établissement (CME)¹⁶.

12 HAS et ATIH.

13 Site du ministère chargé de la santé.

14 Malnutrition créée par le cadre médical.

15 Circulaire DHOS/E n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.

16 Commission Médicale d'Établissement : instance représentative de la communauté médicale, pharmaceutique et odontologique au sein d'un établissement public de santé.

4. Un constat d'actualité

Au niveau national, peu d'actions d'ensemble ont été, depuis, mises en place pour favoriser une meilleure prise en compte de l'alimentation hospitalière, notamment en termes de formation. Celle des diététicien(ne)s reste l'une des plus courtes (2 ans) au niveau international. Celle des infirmier(e)s et aides soignant(e)s ne s'intéresse toujours pas beaucoup à l'alimentation et à la nutrition. En médecine l'enseignement de la nutrition vient de se fondre avec celui de l'endocrinologie.

Si des efforts ont été réalisés concernant le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, son dépistage reste aléatoire d'un service à l'autre et, s'il est effectué, les stratégies de prises en charge ou d'actions à réaliser ne sont pas suffisamment diffusées (29). Les insuffisances de la lutte contre la dénutrition à l'hôpital demeurent, comme en atteste l'initiative contre la dénutrition lancée au début de 2016¹⁷.

Les CLAN, qui devaient coordonner les différents personnels impliqués dans l'alimentation hospitalière, n'existent pas dans tous les établissements hospitaliers, leur mise en œuvre étant facultative¹⁸. Lorsqu'ils existent, leur développement et leur rôle ne sont pas les mêmes selon les établissements. Ils dépendent d'initiatives locales, donc de l'investissement de personnes motivées. Malheureusement, la mise en place d'une politique publique ne peut pas reposer sur des initiatives individuelles, aussi dynamiques soient-elles.

Un aperçu à travers quelques cas :

Dans un établissement de grande taille, le CLAN semble avoir eu une réelle influence sur la mise en place de certaines organisations et l'évolution de certaines pratiques (le service du repas, l'heure à laquelle le repas est servi, etc.).

Dans un autre établissement important, la mise en place du CLAN semble avoir, au contraire, désorganisé l'équilibre qui existait auparavant entre deux conseils (l'un pour la nutrition et l'autre pour l'alimentation) ; les initiatives se sont enlisées et nombre de personnes s'en sont désintéressées.

Dans d'autres, de taille plus réduite, le CLAN existe mais demeure inactif.

Si la présence d'un CLAN a pu amener des évolutions favorables à l'échelle d'un établissement, plusieurs difficultés sont signalées de façon récurrente : le manque d'intérêt des médecins et particulièrement de la CME pour son activité, l'absence de moyens humains ou financiers pour le faire fonctionner, la difficulté d'y impliquer les personnels administratifs. Le CLAN reste également une instance peu connue des personnels hospitaliers. Par exemple, de nombreux aides-soignants n'en connaissent pas l'existence¹⁹. Dans une enquête réalisée au premier trimestre 2015 auprès de 93 étudiants en formation dans des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), notamment auprès de futurs aides-soignants, 58 % ne connaissaient pas la fonction des CLAN et 42 % ont déclaré ne jamais en avoir entendu parler²⁰.

Les visites sur le terrain, comme l'audition des principaux acteurs amènent à conclure que les CLAN n'ont pas rempli l'ensemble des missions que l'on attendait d'eux. La question même de leur utilité comme outil de gouvernance de l'alimentation hospitalière se pose, dans la mesure où ils n'ont aucun pouvoir exécutif.

En résumé, tous les constats présentés dans le rapport de 1997 restent d'actualité en 2017 (2,7,15).

17 <http://www.luttecontreladenutrition.fr/>

18 Circulaire DHOS/E n°2002-186 du 29 mars 2002.

19 Personnes rencontrées lors de visites d'hôpitaux et enquêtes menées par les représentants d'aides-soignants auprès de leurs collègues.

20 Intervention devant le groupe de concertation du CNA de Jean-Philippe Sajus, docteur en sociologie et représentant de la CNDCH, réunion du 23 avril 2015.

III – QUESTIONS

1. L'hôpital doit-il nourrir les patients ?

Les difficultés liées à l'alimentation hospitalière n'ont, dans leur ensemble, que bien peu évolué en vingt ans. Par contraste, quelques belles exceptions confirment cette appréciation.

Dans notre pays, le système de santé, et tout particulièrement l'hôpital, concentre des personnels dont les compétences en matière de soins sont largement reconnues²¹. Il est donc légitime de se demander si les moyens de l'hôpital ne devraient pas être exclusivement consacrés aux soins, qu'ils maîtrisent, à l'exclusion de l'alimentation, source inépuisable de problèmes.

Cette dichotomie se révèle impraticable, car l'hôpital est aussi un lieu de vie. Aussi bref soit-il, un séjour à l'hôpital implique de pouvoir s'y nourrir : petit-déjeuner, en-cas, voire repas complet en hôpital de jour, jusqu'au minimum de trois repas par jour pour les plus longues durées. La prévention de la malnutrition et de ses conséquences individuelles et collectives souligne l'importance de ce service. La médecine ou la chirurgie ambulatoires n'y dérogeront pas, puisqu'elles s'apparentent à l'hôpital de jour que nous connaissons. Les discussions du groupe de concertation ont clairement fait apparaître que le type de gestion (publique ou délégation à une entreprise privée) n'affecte en rien la nature des problèmes rencontrés, donc les causes d'échec.

Si l'hôpital doit pourvoir à la fois aux besoins nutritionnels et au bien-être de ceux qui le fréquentent, il devient nécessaire d'identifier les principaux obstacles qui, jusqu'à présent, ont contrecarré cette mission.

2. La qualité de la production est-elle toujours en cause ?

Les enquêtes de satisfaction à propos de l'alimentation hospitalière sont irrégulières, sans méthodologie commune et sans terme de comparaison. Elles indiquent néanmoins une insatisfaction des patients. Cependant, la plupart des acteurs du groupe de concertation considèrent que la qualité de la production est, sauf exceptions, acceptable et en avancement pour preuve que celle-ci est aussi utilisée pour l'alimentation des personnels hospitaliers. Ceci n'est malheureusement pas toujours vrai, comme en témoigne une spectaculaire enquête du Guardian²² et l'expérience - directe ou indirecte - de plusieurs membres du groupe.

Nous souhaitons de nouveau souligner que la production de l'alimentation hospitalière est inutilement compliquée, et probablement enchérie, par la nécessité de décliner les menus selon de trop nombreux types de « régimes » sans réelle justification scientifique ou médicale. Une simplification rigoureuse est indispensable.

À l'unanimité de ses membres, le groupe souhaite que soit défini un pourcentage minimum du ticket modérateur à affecter à l'achat des matières premières²³.

3. Le service du repas est-il déficient ?

Le service du repas est presque unanimement considéré comme déficient, car il dépend d'une logistique complexe, coûteuse et mal maîtrisée.

Une logistique complexe. La distance entre la cuisine (lieu de préparation du repas) et le lit du patient (lieu de consommation du repas) est souvent importante. Ceci s'explique par le regroupement des fonctions de production en unités centrales de production (UCP), éloignées des lieux de consommation (services hospitaliers). Le transport des repas de la zone de production aux services de soins dans de bonnes conditions et à temps est une tâche lourde, compliquée et délicate.

21 OMS, 2000.

22 Prue Leith, Hospital food is a recipe for disaster, The Guardian, 2 mars 2015.

23 À titre de repère, 5 euros par journée alimentaire.

Une logistique coûteuse. La distribution se fait à l'aide de « chariots repas » qu'il faut véhiculer vers leur service de destination. Ces chariots permettent de conserver les plateaux repas à basse température, afin de ne pas rompre la chaîne du froid. Parvenus sur place, ils servent à effectuer la remise à bonne température des repas.

Un tel chariot coûte au moins 12 000 € et sa durée de vie est de l'ordre de 10 ans. Le coût de maintenance par an est de 5 à 10 % de sa valeur d'achat. La capacité d'un chariot est de l'ordre de 20 à 30 plateaux repas. Les chariots nécessaires représentent, au moins 30 unités pour un établissement non pavillonnaire d'au moins 800 lits, et représentent un investissement de l'ordre de 360 000€. Ce chiffre est à doubler pour un établissement pavillonnaire.

Une logistique mal maîtrisée. Le reconditionnement des produits est le plus souvent mal conduit du fait des délais écoulés entre livraison et service, des défauts de formation des personnels qui doivent s'occuper du repas, et surtout des contraintes de temps dues à la charge de soins. Cela aboutit à une dégradation très sensible des qualités organoleptiques des produits confectionnés en cuisine, cause première de leur faible consommation (vide supra).

De plus, cette organisation est extrêmement rigide, les repas étant servis et desservis à heures fixes. Par exemple, celui du soir l'est vers 18h, ce qui crée artificiellement un jeûne nocturne prolongé (plus de 12 heures), qui peut s'avérer délétère chez certaines personnes. Le système n'offre aucune souplesse par rapport aux occupations du patient (déplacement pour examen, par exemple) dont le repas est très souvent retourné en cas d'absence. Il n'offre aucune souplesse non plus en cas de besoin imprévu (en-cas, collation, visite d'un proche, etc.).

Malgré un investissement souvent important des personnels de cuisine, force est de constater que l'organisation de l'alimentation hospitalière n'aboutit pas à un résultat satisfaisant en termes de qualité pour le patient.

Le groupe de concertation considère que la logistique qu'il faut déployer entre site de production et site de consommation des repas, trop complexe pour être parfaitement maîtrisée par l'ensemble des personnels, compromet tout effort sur la qualité de la production et que **cette logistique constitue actuellement l'étape critique et la principale faiblesse de l'alimentation hospitalière.**

Le groupe de concertation s'interroge également sur les raisons qui justifient encore aujourd'hui de maintenir pour chaque patient, même autonome et valide, un service à la chambre.

Le groupe de concertation recommande d'étudier d'autres solutions, telles que l'implantation dans l'hôpital de libres-services ou de restaurants qui permettraient de rapprocher les lieux de consommation du lieu de production et d'alléger une grande partie du fardeau logistique tout en faisant de substantielles économies. Ces solutions permettraient également de garantir, presque à toute heure de la journée, un choix plus large au patient lors des repas et en dehors des horaires du repas et de revaloriser la production alimentaire, donc les personnels de cuisine. Il convient de noter que la part croissante de la médecine et de la chirurgie ambulatoires libère des surfaces qui pourraient être utilement affectées à cet usage.

4. Que faire ?

La première décision à prendre est certainement d'éviter de refaire ce qui n'a pas apporté les résultats escomptés. Il apparaît très clairement que l'organisation de l'alimentation à l'hôpital est beaucoup trop complexe et éclatée entre des acteurs de cultures et d'intérêts très différents, sans coordination réelle.

Il conviendrait de simplifier la production en éliminant un grand nombre de ces « régimes » sans justification réelle, de simplifier la logistique complexe, coûteuse et mal maîtrisée qu'impose le service généralisé en chambre au profit d'une offre variée. Cette offre se caractérise par une possibilité de consommer un repas presque à toute heure du jour dans des lieux dédiés (salle à manger, restaurant, libre-service, etc.) proche du site de production. La souplesse de cette offre serait de nature à satisfaire aussi bien les patients en hospitalisation de longue durée que ceux qui viennent pour la journée.

Le groupe de concertation est conscient que cette perspective implique de profondes évolutions dans la

conception de l'organisation et de l'architecture de l'hôpital (30), tel qu'elle est aujourd'hui comprise. Il s'agit d'un terrain neuf (31), mais extrêmement prometteur.

IV – DES ENJEUX QUI APPELLENT UNE RÉFORME EN PROFONDEUR

Les patients se plaignent régulièrement des repas servis (qualités organoleptiques, horaires, absence de prise en compte de leurs souhaits ou de leurs contraintes). Cette insatisfaction est cependant à nuancer, du fait de la méthodologie peu fiable des enquêtes.

L'idée reçue selon laquelle le patient « n'est pas à l'hôtel », ni à l'hôpital pour « bien manger » est cependant bien présente. Le fait d'y mal manger semble relever d'une sorte de vérité générale, d'un fait connu et intégré de tous, y compris des personnes n'ayant jamais fréquenté l'hôpital. Cette perception de l'alimentation à l'hôpital, qu'elle soit fondée ou non, est bien réelle.

1. Enjeux sociétaux

1.1 Le patient à l'hôpital demeure un citoyen

La citoyenneté est « une situation positive créée par la pleine reconnaissance aux personnes de leur statut de citoyen (Le citoyen dispose, dans une communauté politique donnée, de tous ses droits civils et politiques) »²⁴. La citoyenneté ne se définit pas seulement d'un point de vue juridique, mais également par la participation à la vie de la cité.

Durant une hospitalisation, les principales aspirations du patient sont la guérison et le retour à la vie ordinaire. D'après Marie Gaillé²⁵, ce retour à la vie normale ne doit pas seulement être pensé comme un « après » qui ne concerne pas l'hôpital, mais doit au contraire pousser l'hôpital à penser cette aspiration comme un élément du soin. Actuellement, les hôpitaux ne cherchent pas à utiliser les éléments d'ouverture à la vie extérieure comme étant des éléments de la prise en charge à part entière, qui aident le patient à retrouver la santé. Pourtant, la restauration devrait jouer un rôle particulièrement éminent dans la réappropriation des éléments de la vie extérieure par le patient.

D'autre part, le patient est particulièrement déresponsabilisé à l'hôpital, et peut parfois avoir le sentiment d'être chosifié ou, au moins, infantilisé. Dans le passé, les attentes d'un patient face aux équipes médicales étaient ambiguës : le patient se trouvait dans une situation de faiblesse et semblait largement s'en remettre aux équipes de soin. Une évolution considérable a commencé dans les années 1980, avec l'épidémie du virus de l'immunodéficience acquise, conduisant les patients à revendiquer de façon beaucoup plus affirmée la maîtrise des décisions les concernant directement. En conséquence, les droits des patients sont revenus au premier plan au cours de ces dernières années, notamment à travers la loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé²⁶. Cependant, dans les faits, l'appropriation n'est pas encore effective, ni par le patient, ni par les équipes de soin.

L'histoire se reflète aussi dans le domaine de l'alimentation hospitalière. Cela se traduit par l'attention sommaire portée aux goûts et au choix du patient. La mise en place d'un choix positif est encore loin d'être universelle. Rendre sa place de citoyen au patient durant l'hospitalisation commence, entre autre, par lui offrir une réelle capacité de choix alimentaires et par lui donner la possibilité de savoir où, comment et par qui cela a été préparé, voire d'où vient ce qu'il mange.

La qualité de l'alimentation et le cadre de sa consommation peuvent donc être considérés comme de très bons indicateurs de l'attention que l'univers hospitalier accorde à la personne malade.

24 Dictionnaire Larousse.

25 Philosophe de la médecine, Directrice scientifique adjointe de l'Institut des Sciences sociales et humaines du CNRS.

26 Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

1.2 L'importance de la prise en compte des dimensions symboliques, sociales et affectives de l'alimentation

Cette attention est d'autant plus justifiée que l'alimentation occupe une place très importante dans le quotidien de chacun et comporte une dimension sociale majeure. Claude Fischler, introduit son ouvrage *L'Homnivore*²⁷ en affirmant que « manger : rien de plus vital, rien d'aussi intime ». L'alimentation a une dimension imaginaire, symbolique et sociale importante, que les sciences humaines ont permis de mettre en lumière.

Différents travaux ont permis de définir les principes d'incorporation et de contagion. Le principe d'incorporation se traduit par l'idée que « l'on est ce que l'on mange » et renvoie à la croyance que lorsque l'on ingère un aliment, on en acquiert les caractéristiques, positives ou négatives. Le principe de contagion, quant à lui, se traduit par l'idée qu'un produit qui a été en contact avec autre chose est contaminé par celle-ci et en garde les traces. Par exemple, à l'hôpital, la proximité entre alimentation, médicaments, matières organiques, etc. peut générer un dégoût. Le dégoût cognitif, notamment étudié par Paul Rozin²⁸, est induit par une certaine idée que le sujet se fait de la nourriture, de ce qu'elle est et d'où elle vient. À l'hôpital, le patient ne sait pas d'où vient la nourriture qu'on lui propose, ne l'a que rarement choisie et risque de l'associer aux impressions négatives que cet environnement très particulier peut susciter.

Il paraît donc important de dissocier l'alimentation à l'hôpital des autres activités (notamment des soins) qui s'y déroulent.

En travaillant positivement l'image de l'alimentation à l'hôpital, l'alimentation devenant bonne à penser peut devenir bonne à manger.

L'alimentation à l'hôpital doit donc tenir compte de l'ensemble des dimensions symboliques et sociales que recouvre le fait alimentaire. Toutes ces dimensions sont essentielles pour créer une place favorable, au sens figuré comme au sens propre, à la consommation des repas.²⁹

Cet aspect englobe également l'enjeu lié à la question d'une reconnaissance de plus en plus importante des désirs et préférences de chacun, impliquant du point de vue de l'alimentation l'introduction de menus diversifiés. Le système français étant organisé sur un mode de financement public, il y a nécessairement une empreinte des contraintes collectives et une limite à la multiplication de réponses aux préférences individuelles. Cependant, l'existence de préférences individuelles et culturelles ne peut être niée et devrait conduire à proposer des prestations différenciées.

Enfin, l'alimentation à l'hôpital soulève également la question de la convivialité du repas, donc de son environnement, dont ne tient aucun compte le service à la chambre.

L'expression « l'alimentation est soin » doit donc se comprendre comme un ensemble de conditions et d'actes par lesquels les professionnels veillent au bien être (« prendre soin ») de quelqu'un³⁰ et non dans l'acception étroite qui se réduit à une médicalisation.

2. Enjeux politiques

2.1 L'indispensable investissement des pouvoirs publics

Les pouvoirs publics ont un rôle moteur concernant la place à donner à l'alimentation en milieu hospitalier (32,33). La restauration en établissements de santé et médico-sociaux représente en effet un enjeu considérable en termes de volumes avec plus d'un milliard de repas par an, contre 900 millions en

27 Claude FISCHLER, *L'homnivore*, Odile Jacob, Paris, 1990, 414 pages.

28 Paul ROZIN, la magie sympathique, page 22 dans « Manger magique. Aliments sorciers, croyances comestibles sous la direction de Claude Fischler. Autrement, Coll. Mutations/Mangeurs, N°149, Paris, 1994.

29 Voir [Fiche 1](#) Le patient

30 « Soin : actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un », Dictionnaire Larousse.

restauration scolaire. Cela concerne à la fois les patients et le personnel (30 % des repas).

Revaloriser la restauration hospitalière est au carrefour de plusieurs défis³¹ : améliorer l'image que les patients se font de l'hospitalisation, donc améliorer l'attractivité des hôpitaux, revaloriser le travail des personnels de cuisine, améliorer la qualité de l'offre et lutter contre le gaspillage alimentaire.

Le Programme National pour l'Alimentation (PNA), repris dans la loi d'avenir pour l'agriculture, l'agroalimentaire et la forêt de 2014³², souligne l'importance des initiatives prises en faveur du milieu hospitalier en fonction de ses propres axes : justice sociale, éducation alimentaire de la jeunesse, lutte contre le gaspillage alimentaire, ancrage territorial et mise en valeur du patrimoine.

Il faut également souligner que le Programme National Nutrition Santé (PNNS) a fait une priorité de lutter contre la dénutrition depuis le PNNS 3.

Cela est congruent avec la loi de modernisation du système de santé de 2016³³, le ministère chargé de la santé estimant qu'« il est temps de réaffirmer que l'alimentation est un déterminant majeur de la santé ».

2.2 Le besoin de références

Pour beaucoup de raisons, notamment médicales mais aussi économiques, les pouvoirs publics doivent édicter des règles, afin que l'alimentation trouve la place qui devrait être la sienne à l'hôpital. Quelques obligations très générales ont été définies par décret³⁴ : « le respect d'exigences minimales de variété des plats servis ; quatre ou cinq plats proposés à chaque déjeuner ou dîner ; l'adaptation des plats proposés aux goûts, et à l'état de santé des patients ; le respect d'exigences en matière de taille des portions et de fréquence des repas. ». Ces prescriptions ont été codifiées par l'article D230-27 du code rural et de la pêche.

Malheureusement, ces indications ne suffisent pas, dans notre pays comme ailleurs. « Twenty years' worth of government initiatives have failed because they rely on hospitals to voluntarily adopt food standards for patients' meals. The voluntary approach is not working, and the government should set mandatory standards for hospital food without exception^{35»³⁶. Cet article traite des diverses initiatives britanniques prises dans le domaine de l'alimentation hospitalière. Il conclut que 20 ans d'efforts comptant uniquement sur une démarche volontaire des hôpitaux pour mettre en place des normes alimentaires ont abouti à un échec retentissant, en dépit des sommes considérables qui ont été dépensées. En conséquence, cet article considère qu'il revient à l'État d'imposer de telles normes. La notion de normes recouvre ici à la fois des références nutritionnelles (pour la couverture des besoins) et des recommandations pratiques en termes de services (horaires, choix du patient, etc.). En France, l'État a parfaitement tenu son rôle en ce qui concerne les références nutritionnelles.}

31 À ce titre, il est à noter l'existence d'une charte nationale pour une alimentation responsable et durable dans les établissements médico-sociaux portée par les ministères chargés de l'agriculture et de la santé.

32 Loi n°2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt.

33 Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

34 Décret n°2012-145 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements de santé.

35 Vingt ans d'initiatives du Gouvernement ont échoué car celles-ci reposent uniquement sur la volonté des hôpitaux d'adopter volontairement des standards alimentaires pour les repas des patients. L'approche volontaire ne fonctionne pas, et le Gouvernement devrait imposer des normes pour l'alimentation hospitalière sans exception.

36 Katharine Jenner, Hospital food can be improved only by legislation in Views & Reviews (Dec 2013), BMJ 2013;347:f7300.

3. Enjeux économiques

3.1 Les externalités négatives du système actuel (des gains potentiels)

- *Le coût masqué de la dénutrition*

La dénutrition, du fait de l'augmentation importante de la morbidité, elle-même source d'un allongement des durées de séjour et de ré-hospitalisations plus fréquentes, est à l'origine de coûts supplémentaires importants. On estime qu'« en cas de dénutrition sévère, les complications infectieuses post-opératoires augmentent de 10 à 20 % » et les complications « non infectieuses de plus de 40 %... ». ³⁷

Au-delà de ces estimations, il n'existe à ce jour pas d'étude permettant de chiffrer précisément les coûts financiers réellement engendrés par la dénutrition à l'hôpital.

En Grande-Bretagne le coût de la dénutrition a été évalué à 13 milliards de livres par an ³⁸.

La dénutrition engendre ainsi « un coût masqué » important pour le système de santé. Le faible intérêt et la réduction du budget consacrés à l'alimentation pourraient ainsi avoir un effet négatif sur l'efficacité et la rentabilité du système de santé.

- *Le gaspillage alimentaire*

Parmi les externalités négatives liées à la situation actuelle de l'alimentation, il faut également compter les pertes alimentaires et les pertes liées au coulage.

Les pertes alimentaires, très importantes en milieu hospitalier ³⁹, représentent un coût important pour les hôpitaux.

Le coût des pertes alimentaires ne se limite pas au prix d'achat des denrées non consommées, mais inclut des dépenses supplémentaires pour l'établissement. Pour estimer ce coût, différentes opérations sont à prendre en compte : le transport des aliments, le stockage des denrées, le temps passé par le personnel à préparer ces denrées et la gestion des déchets ⁴⁰. Deux « types » de pertes alimentaires sont à prendre en compte à l'hôpital : la sur-production liée à une mauvaise gestion du rapport entre production et nombre de patients présents (gaspillage vrai) et la non-consommation des patients des repas servis (pertes alimentaires, largement dominantes). L'offre alimentaire peu satisfaisante et la déficience des modes de distribution sont à l'origine de ces pertes ^{41,42}.

Une meilleure gestion prévisionnelle des repas (en fonction des admissions et des sorties qui peuvent être anticipées) et, surtout, une prestation mieux adaptée aux attentes des patients en termes de choix, de portions et de cadre de consommation permettraient d'éviter une partie de ce gaspillage alimentaire. ⁴³

3.2 Les évolutions du modèle d'hospitalisation

Le modèle d'hospitalisation est à un tournant, car le nombre d'hospitalisations en ambulatoire est appelé à croître rapidement. Par exemple, dans le secteur MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), les du-

37 Introduction du Pr. Luc Cynober, séance thématique « la dénutrition à l'hôpital : de la physiopathologie à la prise en charge » de l'Académie Nationale de Pharmacie du 18 mars 2015.

38 Combating Malnutrition : Recommendations for Action, BAPEN report, 2009.

39 Voir [2. Causes de la dénutrition](#)

40 Guide pratique « réduire le gaspillage alimentaire en restauration collective », ADEME et Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, 2015.

41 Voir [2. Causes de la dénutrition](#)

42 Guide pratique « réduire le gaspillage alimentaire en restauration collective » d'après les chiffres du Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt.

43 Voir causes de la dénutrition (FAIRE LIEN)

rées de séjour sont de plus en plus courtes et l'ambulatoire est amené à se développer fortement. À l'inverse, dans le secteur SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les durées de séjour restent importantes et les personnes prises en charge sont plutôt âgées.

L'alimentation à l'hôpital doit pouvoir répondre aux besoins liés à ces évolutions. La restauration hospitalière ne paraît actuellement pas adaptée pour fournir une prestation aux personnes hospitalisées en ambulatoire, car elle n'offre pas la souplesse exigée par une hospitalisation de moins de 24h (horaires fixes, plateau repas pré-commandé).

Au delà de la question de l'ambulatoire, il est nécessaire de développer un système plus flexible afin de permettre à l'hôpital de s'adapter à la diversité des formes d'hospitalisation et de proposer plusieurs modes de distribution.

Ce que l'hôpital va offrir et la façon dont il va l'offrir doit nécessairement être varié en fonction des types d'hospitalisation.

3.3 Un nouveau modèle économique pour le système de l'alimentation hospitalière

Les modèles économiques actuels ne permettent pas la prise en compte des coûts globaux liés à l'alimentation (denrées, personnel, gestion des déchets, compléments alimentaires). Les budgets et les dépenses sont en effet appréhendés de manière cloisonnée. Repenser l'alimentation à l'hôpital implique nécessairement de repenser le modèle économique de l'hôpital. Il s'agit de ne pas considérer la fonction « achat alimentaire » uniquement comme un poste de dépenses, mais d'appréhender les économies possibles à l'échelle de l'établissement si la prestation est adaptée.

L'ensemble de l'Avis s'est attaché à proposer des mesures à coût maîtrisé.

Le mouvement actuel

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire⁴⁴ conduit les établissements de santé à réfléchir à la mutualisation des fonctions supports sur les territoires, notamment la fonction restauration.

Cette dynamique est déjà à l'œuvre depuis plusieurs années et a conduit à un mouvement de dé-territorialisation de la production culinaire avec la mutualisation des cuisines des petits établissements et la création de grosses Unités de Production Culinaire (UPC) sur les territoires de santé.

Ces mutations ont nécessairement des effets sur le système de restauration, dont l'image est déjà largement écornée ; certains de ces effets peuvent être des menaces pour le bon déroulement de la mission alimentaire mais également des opportunités qui permettraient de restaurer l'image de l'alimentation hospitalière.

Le modèle qui accorderait la primauté à la rationalisation de l'appareil de production, qui chercherait à maîtriser ce système complexe par une standardisation des procédés, afin de réduire les coûts dans un contexte d'incertitude sur les ressources financières peut faire peser des risques sur le mangeur en milieu hospitalier.

A contrario, un contexte de réformes peut toujours offrir des opportunités nouvelles pour les établissements de santé. Sur le plan économique, le double mouvement de centralisation des systèmes de production culinaire sur les territoires de santé et la massification des achats au niveau régional et national, est un moyen pour les hôpitaux de dégager des marges de manœuvre financière. Ces mouvements sont considérés comme deux voies d'optimisation des ressources techniques et humaines, représentant une part importante des budgets hospitaliers. La restauration collective hospitalière est en effet devenue un acteur économique d'importance par ses volumes d'achat et qu'elle est en capacité de réaliser des économies d'échelle, de maîtriser la progression des prix des produits alimentaires par son pouvoir de négociation avec les fournisseurs et d'orienter les marchés agricoles en recherche de débouchés.

Ces changements pourraient être acceptés par les patients en ce que leur santé est préservée et que la logique est aussi celle de nourrir des individus aux trajectoires plurielles, de dé-

44 Article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

velopper l'accès à une plus grande variété de choix de produits avec, des produits frais, des produits d'une plus grande valeur nutritionnelle et une amélioration du service.

Afin de comprendre les raisons conduisant à la situation actuelle et de dégager des axes d'amélioration, le groupe de concertation a étudié le jeu d'acteurs impliqués dans l'offre alimentaire à l'hôpital, et la place occupée par l'alimentation dans l'offre de soins. Ceci a conduit à élargir les questions portant sur l'hospitalisation de façon plus générale et la place du patient⁴⁵ au sein de l'institution hospitalière. Il a été privilégié ainsi une approche systémique du sujet.

L'ensemble des résultats est présenté sous la forme de fiches synthétiques thématiques. Celles-ci figurent en annexe.

Cela a conduit le groupe de concertation à formuler les recommandations suivantes.

45 Voir [Fiche 1](#) Le patient

RÉFÉRENCES

- (1) Weinsier RL, Hunker EM, Krumdieck CL, Butterworth CE Jr. Hospital malnutrition. A prospective evaluation of general medical patients during the course of hospitalization. *Am J Clin Nutr* 1979; 32: 418-26.
- (2) Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Batterham M, Bauer J, Capra S, Isenring E. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: results from the Nutrition Care Day survey. *Clin Nutr* 2013; 32: 737-45.
- (3) Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 2008; 27: 5-15.
- (4) Isabel M, Correia TD, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003; 22: 235-9.
- (5) Lim SL, Ong KC, Chan YH, Loke WC, Ferguson M, Daniels L. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. *Clin Nutr* 2012; 31: 345-50.
- (6) Vesely R. Hospitals put nutrition on the front burner. *Hosp Health Netw* 2014; 88: 30-3.
- (7) Elia M. Nutrition, hospital food and in-hospital mortality. *Clin Nutr* 2009 ; 28 : 481-3.
- (8) Kyle UG, Genton L, Pichard C. Hospital length of stay and nutritional status. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2005; 8: 397-402.
- (9) Pinchcofsky GD, Kaminski MV Jr. Increasing malnutrition during hospitalization: documentation by a nutritional screening program. *J Am Coll Nutr* 1985; 4: 471-9.
- (10) Valente da Silva HG, Santos SO, Silva NO, Ribeiro FD, Josua LL, Moreira AS. Nutritional assessment associated with length of in patients' hospital stay. *Nutr Hosp* 2012; 27: 542-7.
- (11) Campanozzi A, Russo M, Catucci A, Rutigliano I, Canestrino G, Giardino I, Romondia A, Pettoello-Mantovani M. Hospital-acquired malnutrition in children with mild clinical conditions. *Nutrition* 2009; 25: 540-7.
- (12) Bauer JD, Hiscocks K, Fichera R, Horlsey P, Martineau J, Denmeade S, Bannister M, de Groot E, Lee S, Waterhouse M. Nutritional status of long-term patients in the acute care setting. *Intern Med J* 2012; 42: 1251-4.
- (13) Incalzi RA, Gemma A, Capparella O, Cipriani L, Landi F, Carbonin P. Energy intake and in-hospital starvation. A clinically relevant relationship. *Arch Intern Med* 1996; 156: 425-9.
- (14) Dupertuis YM, Kossovsky MP, Kyle UG, Raguso CA, Genton L, Pichard C. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clin Nutr* 2003; 22: 115-23.
- (15) Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoeniger-Hekele A, Bauer P, Laviano A, Lovell AD, Mouhieddine M, Schuetz T, Schneider SM, Songer P, Pichard C, Howard P, Jonkers C, Grecu I, Ljungqvist O. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients : the Nutrition Day survey

2006. Clin Nutr 2009; 28: 484-91.

(16) Todd EA, Hunt P, Crowe PJ, Royle GT. What do patients eat in hospital? Hum Nutr Appl Nutr 1984; 38: 294-7.

(17) Barton AD, Beigg CL, Macdonald IA, Allison SP. High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients. Clin Nutr 2000; 19: 445-9.

(18) van Bokhorst-de van der Schueren MA, Roosemalen MM, Weijs PJ, Langius JA. High waste contributes to low food intake in hospitalized patients Nutr Clin Pract 2012; 27: 274-80.

(19) Johns S, Edwards JS, Hartwell HJ. Hungry in hospital, well fed in prison? A comparative analysis of food service systems. Appetite 2013; 68: 45-50.

(20) ADEME. Approche du coût complet des pertes et gaspillages alimentaires en restauration collective. 2016.

(21) MAAPRAT. Pertes et gaspillages alimentaires. 2011.

(22) Xia C, McCutcheon H. Mealtimes in hospital – Who does what? J Clin Nurs 2006; 15: 1221-7.

(23) Dickinson A, Welch C, Ager L. No longer hungry in hospital: improving the hospital mealtime experience for older people through action research. J Clin Nurs 2008; 17: 1492-502.

(24) Manning F, Harris K, Duncan R, Walton K, Bracks J, Larby L, Vari L, Jukkola K, Bell J, Chan M, Battenham M. Additional feeding assistance improves the energy and protein intakes of hospitalized elderly patients. A health services evaluation. Appetite 2012; 58: 471-7.

(25) Bell AF, Walton K, Chevis JS, Davies K, Manson C, Wypych A, Yoxall A, Kirkby J, Alexander N. Accessing packaged food and beverages in hospital. Exploring experiences of patients and staff. Appetite 2013; 60: 231-8.

(26) Kowanko I, Simon S, Wood J. Nutritional care of the patient: nurses' knowledge and attitudes in an acute care setting. J Clin Nurs 1999; 8: 217-24.

(27) Lau C, Gregoire MB. Quality ratings of a hospital food-service department by inpatients and post-discharge patients. J Am Diet Assoc 1998; 98: 1303-7.

(28) Guy-Grand B. Alimentation en milieu hospitalier : rapport de mission à Monsieur le Ministre chargé de la santé. Paris : la Documentation Française ; 1997, 237p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/974060600/>

(29) R. Hankard, V. Colomb, H. Piloquet, A. Bocquet, J-L. Bresson, A. Briend, J-P Chouraqui, D. Darmaun, C. Dupont, M-L Frelut, J-P Girardet, O. Goulet, D. Rieu, U. Simeoni, D. Turck, M. Vidailhet. Malnutrition screening in clinical practice. Arch Pediatr 2012 ; 19 : 1110-7.

(30) Wu Z, Robson S, Hollis B. The application of hospitality elements in hospitals. J Healthc Manag 2013; 58: 47-62 (et discussion P. 62-3).

(31) Davidson KW, Shaffer J, Ye S, Falzon L, Emeruwa IO, Sundquist K, Inneh IA, Mascitelli SL, Manzano WM, Vawdrey DK, Ting HH. Interventions to improve hospital patient satisfaction with healthcare providers and systems: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2016; doi: 10.1136/bmjqs-2015-004758.

(32) Jenner K. Hospital food can be improved only by legislation. *BMJ* 2013; 347: f7300.

(33) Limb M. Campaigners demand mandatory standards for hospital food. *BMJ* 2013; 346: f1251.

CHAPITRE RECOMMANDATIONS

CONSIDÉRANT le chapitre introductif et notamment que :

- la dénutrition et le gaspillage peuvent être considérablement réduits en redonnant envie de manger au patient ;
- le patient doit retrouver le plaisir de manger à l'hôpital ;
- le patient est un citoyen responsable de ses choix et de ses modalités de consommation ;
- l'organisation hospitalière doit se transformer pour répondre à ces enjeux ;
- l'alimentation à l'hôpital participe à l'atteinte de l'objectif de « l'hospitalité».⁴⁶ Force est de constater que le monde hospitalier a des efforts considérables à réaliser pour atteindre cet objectif.

I - Recommandations générales

Une nécessaire coordination des actions à l'échelle nationale

1.1 Les pouvoirs publics doivent se saisir de la question de l'alimentation à l'hôpital et inciter l'ensemble des personnels hospitaliers à porter de l'intérêt à la satisfaction des usagers. Cette question est à la croisée d'enjeux essentiels pour les pouvoirs publics, notamment la lutte contre la dénutrition, la lutte contre le gaspillage alimentaire et la satisfaction des usagers.

1.2 Les pouvoirs publics⁴⁷ doivent veiller à la cohérence de l'ensemble des décisions publiques prises au sujet de l'alimentation hospitalière, de l'achat des denrées jusqu'à leur consommation⁴⁸. Cette étape est un préalable indispensable.

1.3 À l'échelle du budget d'un hôpital, il convient de ne pas réduire démesurément les coûts d'exploitation⁴⁹. Pour cela, développer un outil d'analyse de type « coûts-bénéfices » permettrait d'éclairer les décideurs publics. La notion de coût s'envisage selon une approche par coûts complets⁵⁰ permettant de mesurer les coûts fixes et les coûts matières. Ces derniers ne doivent pas être une variable d'ajustement et doivent correspondre à une enveloppe budgétaire minimum. La notion de bénéfice comprend les consé-

46 Cet objectif, qui devrait s'ajouter prochainement sur le plan réglementaire aux objectifs de qualité et de sécurité des pratiques dans les établissements de santé publics et privés, impose que le patient et ses proches soient considérés non seulement comme des citoyens mais également comme des usagers. Loi du 26 janvier 2016 portant modernisation de notre système de santé.

47 Sous l'égide du Ministère chargé de la santé, les services des ministères chargés des question d'alimentation, les ARS et les directions des hôpitaux doivent coordonner leurs actions.

48 Le constat est celui du morcellement et d'une incohérence de la décision publique en matière d'alimentation à l'hôpital. Voir [Fiche 2 Acteurs institutionnels](#)

49 Espérer équilibrer le budget d'un hôpital en réduisant le budget consacré à l'alimentation n'est pas réaliste, cette part étant extrêmement faible dans le budget d'un hôpital. Voir [Fiche 5 : Structure du coût d'un repas](#)

50 Coût intégrant les frais variables. La notion de coût complet est développée au sein de la [Fiche 5 : Structure du coût d'un repas](#)

quences de l'alimentation sur la qualité de vie (QALY⁵¹) et en termes de santé (DALY⁵²).

1.4 Il est indispensable de mettre en place des outils d'évaluation de l'action publique identiques pour tous les hôpitaux permettant de mesurer les effets de l'organisation de l'alimentation dans la lutte contre la dénutrition et le gaspillage alimentaire.

Cette évaluation pourra permettre d'adapter les mesures proposées par cet avis qui se veulent évolutives.

1.5 Il faut considérablement renforcer les formations relatives à l'alimentation afin de sensibiliser l'ensemble des personnels à l'importance du repas. Les formations doivent intégrer les aspects sociaux, symboliques et hôteliers de l'alimentation (service, savoir-être, etc.) ainsi que l'importance de l'état nutritionnel dans le pronostic des maladies.

Une nécessaire réorganisation des relations entre les acteurs

1.6 L'alimentation doit être intégrée au projet d'établissement, en interface avec l'ensemble des acteurs. Cet aspect devrait faire partie des critères d'habilitation de tout établissement de santé. Cela permettrait de lui donner toute son importance au niveau de l'établissement et d'organiser les services de soins en la prenant en compte et en fédérant les équipes.

L'établissement peut lui-même intégrer un projet alimentaire territorial (PAT), tel que prévu par la Loi d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt du 13 octobre 2014 et qui permet de mettre en cohérence les différentes politiques liées à l'alimentation sur un territoire.

1.7 Organiser des journées d'échanges de pratiques entre les acteurs impliqués dans l'alimentation à l'hôpital. Et ainsi consolider ou construire une offre alimentaire adaptée aux besoins et attentes des patients en s'appuyant sur la synergie des professionnels.

1.8 Encourager l'innovation culinaire et technologique en impliquant la chaîne des acteurs de l'alimentation à l'hôpital.

1.9 Encourager les relations filières amont et aval (producteurs, transformateurs, distributeurs, acheteurs et toute partie prenante de l'hôpital) pour favoriser le *sourcing* afin de développer des produits adaptés et/ou innovants pour la restauration hospitalière⁵³.

Développer une nouvelle approche de l'alimentation à l'hôpital

1.10 Supprimer l'option par défaut que représente actuellement le service à la chambre et la remplacer par des lieux de consommation (salle à manger, restaurant, libre service, etc.) proches du lieu d'assemblage des repas, afin de permettre une flexibilité de l'offre alimentaire au plus près du lieu de consumma-

51 Quality adjusted life year : année de vie pondérée par la qualité. Il s'agit d'un indicateur économique visant à estimer la valeur de la vie utilisé en médecine pour déterminer la valeur pécuniaire d'une intervention ou d'un traitement.

52 Disability adjusted life expectancy : espérance de vie corrigée de l'incapacité. Il s'agit d'un mode d'évaluation des coûts des maladies mesurant l'espérance de vie en bonne santé.

53 Les règles de passation des marchés publics (notamment le décret n°2016-360 du 25 mars 2016 sur les marchés publics) et les recommandations du ministère chargé de l'économie incitent les acheteurs publics à rencontrer les fournisseurs et s'intéresser aux secteurs en question pour trouver les meilleures solutions.

tion et d'adapter le repas, au dernier moment, aux envies du patient. L'objectif est de penser l'hôpital comme un lieu de vie et non plus seulement comme un lieu de soins.⁵⁴

1.11 Le repas, quelles qu'en soient les modalités de consommation, reste à la charge de l'établissement hospitalier⁵⁵.

1.12 Il est indispensable de réduire le nombre, excessif, de régimes alimentaires et de leurs déclinaisons.

1.13 Il est nécessaire de recréer un environnement favorable dans le temps et dans l'espace pour permettre au patient de s'alimenter sans interruptions intempestives et favoriser la préservation d'un lien social⁵⁶.

1.14 Une nouvelle organisation devra être pensée afin de mieux articuler les temps des repas et les moments réservés aux actes de soins.

Il faut que le temps du repas soit protégé même si celui-ci est différé. Ce temps doit être suffisant pour permettre au patient de s'alimenter.

1.15 Une communication positive autour du repas doit être développée. Celle-ci doit être portée et accompagnée au quotidien par l'ensemble du personnel.

1.16 Il est important de privilégier la possibilité d'offrir un choix de menu. S'assurer qu'une collation peut à tout moment être distribuée et compenser un repas insuffisant.⁵⁷

1.17 Mettre à disposition des patients des outils connectés de type terminaux multimédias ou tablettes, afin de faciliter l'accès des patients aux services alimentaires (informations menus, choix des plats ou des collations, commandes, etc.).

1.18 Lorsque l'alimentation ne suffit pas à maintenir un état nutritionnel satisfaisant, une intervention nutritionnelle doit prendre le relais. Elle est de la responsabilité des médecins. Il est important que l'ensemble du corps médical pouvant intervenir dans cette démarche soit bien informé des modalités d'utilisation des solutions proposées aux patients.⁵⁸

54 Ce point est développé dans la deuxième partie des recommandations. Voir [Recommandations pour une offre à l'attention des patients mobiles et/ou autonomes](#)

55 Pour tous les patients hospitalisés plus d'une demi-journée.

56 En permettant au patient de manger avec d'autres patients ou avec sa famille.

57 Attention néanmoins à éviter les plats trop typés pour une population qui peut connaître un dégoût du fait de sa pathologie.

58 HAS. Recommandations professionnelles. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Avril 2007. « En dehors des situations qui contre-indiquent l'alimentation par voie orale, il est recommandé débiter prioritairement la prise en charge nutritionnelle par des conseils nutritionnels et/ou une alimentation enrichie (grade C), si possible en collaboration avec une diététicienne. La complémentation nutritionnelle orale (CNO) est envisagée en cas d'échec de ces mesures ou bien d'emblée chez les malades ayant une dénutrition sévère (grade C). L'alimentation entérale est envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la prise en charge nutritionnelle orale. »

II - Recommandations pour une offre à l'attention des patients mobiles et/ou autonomes

Nous entendons par la notion de « patients autonomes », les patients capables de manger seuls, qu'il s'agisse de patients en hospitalisation de jour, en hospitalisation classique ou en soins de suite et de ré-adaptation. À noter que ce statut de patient autonome est évolutif au cours du séjour.

Ces deux notions sont dissociées :

- un patient peut être autonome pour sa prise alimentaire sans pour autant être mobile ;
- un patient peut être mobile sans être autonome lors du repas.

→ Les pouvoirs publics

2.1 Il est nécessaire de repenser la place de l'alimentation à l'hôpital et d'en réorganiser la prestation notamment en permettant aux patients qui le désirent de consommer leurs repas en dehors de leur chambre (séparer le cadre de la prise alimentaire de celui des soins) et, éventuellement, avec leurs proches. Cette évolution est une source potentielle d'économies importantes, mais impose de faire évoluer l'architecture hospitalière et les recommandations de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) en matière de construction hospitalière⁵⁹.

Le développement de l'ambulatoire va libérer des espaces qui pourront être réaffectés pour créer des lieux de vie, notamment pour consommer des repas⁶⁰.

L'évolution de l'architecture des espaces hospitaliers est critique. Les hôpitaux doivent être pensés comme des lieux de vie et non plus seulement comme des lieux de soins : ils deviennent des lieux de passage pour un certain nombre d'entre eux (ambulatoire) et restent des lieux de séjour pour ceux qui restent plus longtemps (par exemple, soins de suite). Dans les deux cas, l'environnement de la restauration est important et a un impact déterminant sur la consommation du repas.

Cette évolution doit se faire en lien avec des professionnels extérieurs à l'hôpital (architectes, professionnels de l'alimentation, etc.) sans les enfermer dans une vision reproduisant les mêmes schémas d'organisation. Il convient de réfléchir aux types de lieux les plus appropriés (salle à manger, restaurant, libre-service, etc.).

Cette nouvelle organisation devra être adaptée pour assurer une offre alimentaire tout au long de la journée.

→ Le personnel hospitalier

2.2 Donner la possibilité à l'ensemble des patients qui peuvent se déplacer de choisir leur repas, le lieu (salle à manger, restaurant, libre-service, etc.) et l'heure à laquelle ils souhaitent le consommer. Ce choix devra être une possibilité offerte et non l'obligation d'une convivialité subie.

2.3 La mise en place de salle à manger, restaurant et libre-service doit permettre une redistribution du temps soignant sur les patients les plus dépendants⁶¹.

59 Notamment concernant la répartition des surfaces.

60 Avec le développement de l'ambulatoire, le besoin en surface va devenir moins important et des surfaces vont ainsi se libérer. Les nouveaux modes d'hospitalisation qui se développent sont une opportunité pour ré-organiser les espaces hospitaliers et une occasion de re-situer l'alimentation à l'hôpital.

61 Cela devrait également permettre de réaliser des économies non négligeables en simplifiant la logistique (la logistique

2.4 Ces structures permettraient au personnel de cuisine de créer un lien avec les patients en revalorisant l'importance de l'alimentation, notamment en explicitant la provenance et les labels de qualité des produits utilisés.

2.5 Les directeurs hospitaliers doivent s'impliquer pour mettre en place ce type de solutions. Fixer un budget minimum et actualisable pour les achats de produits alimentaires au cours de chaque exercice paraît indispensable.

→ Les acteurs économiques

2.6 Les acteurs économiques devront, en particulier suivre les recommandations 1.7, 1.8 et 1.9

III - Recommandations pour une offre à l'attention des patients alités ou demeurant en chambre

Nous entendons par la notion de « patient alité », le patient qui n'a pas la capacité de se déplacer en dehors de sa chambre pour consommer son repas.

- Alité mais autonome en ce qui concerne l'alimentation.
- Alité et non autonome en ce qui concerne l'alimentation.

→ Les pouvoirs publics

3.1 Renforcer une spécialisation ou compétence pour des référents hôtellerie à l'hôpital (alimentation et prise du repas notamment). Ce référent assure la mission alimentation, comprenant l'appui organisationnel et le relais d'informations auprès du personnel soignant. Il jouera également le rôle d'intermédiaire entre les patients et les personnels de la restauration. Ces référents hôtellerie sont à désigner parmi les infirmiers, les aides-soignants ou les agents de services hospitaliers, qui consacrent une partie de leur temps à l'alimentation, et le reste de leur temps aux soins.

→ Le personnel hospitalier

3.2 Interroger le patient sur un choix positif en pré-admission⁶².

Introduire une dimension participative à la consommation du repas, en proposant au patient de choisir certaines modalités de consommation de son repas (choix des condiments, par exemple).

actuelle est très coûteuse. Voir [#Différents types de service \(Fiche 3\)](#)). Mais également de rééquilibrer les budgets dédiés à l'alimentation en fonction des patients et des types de prise en charge.

62 Cette démarche peut générer des économies de temps substantielles pour les soignants lors de l'hospitalisation et assurer ainsi une prise en compte immédiate des goûts et souhaits de chaque patient.

3.3 Identifier des référents hôtellerie (missions d'accueil, offre de service, alimentation et prise de repas notamment) au sein des services de soins. Ce référent transmet toute observation sensible aux soignants qui la reçoivent avec l'attention nécessaire et s'assurent que le patient consomme effectivement son repas.

Veiller à l'adéquation entre les besoins et les attentes des patients et les moyens humains disponibles. Recentrer les aides autour des patients qui en ont besoin.

S'assurer de la traçabilité dans le dossier de soin de l'alimentation de chaque patient.

3.4 Il faut être au plus près des besoins et des attentes du patient.

3.5 À l'occasion du repas, les patients doivent recevoir toute l'aide qui pourrait être nécessaire pour leur permettre de le consommer.

3.6 Il est également possible d'inviter les cuisiniers à sortir des cuisines en organisant des visites auprès des patients hospitalisés ou de favoriser les journées portes ouvertes dans les unités de production ou encore de réaliser des films pour montrer aux consommateurs le savoir-faire et les lieux de production des repas.

→ Les acteurs économiques

3.7 Proposer des denrées et des prestations culinaires novatrices (types aliments enrichis ou « manger main ») pouvant permettre de faciliter la prise alimentaire tout au long de la journée.

3.8 Proposer des innovations matérielles (plateaux, assiettes, barquettes, vaisselle ergonomique, etc.) permettant de mettre en valeur les produits présentés au patient sous une forme plaisante.

ANNEXES

FICHE 1 : LE PATIENT, USAGER DE L'ALIMENTATION EN MILIEU HOSPITALIER

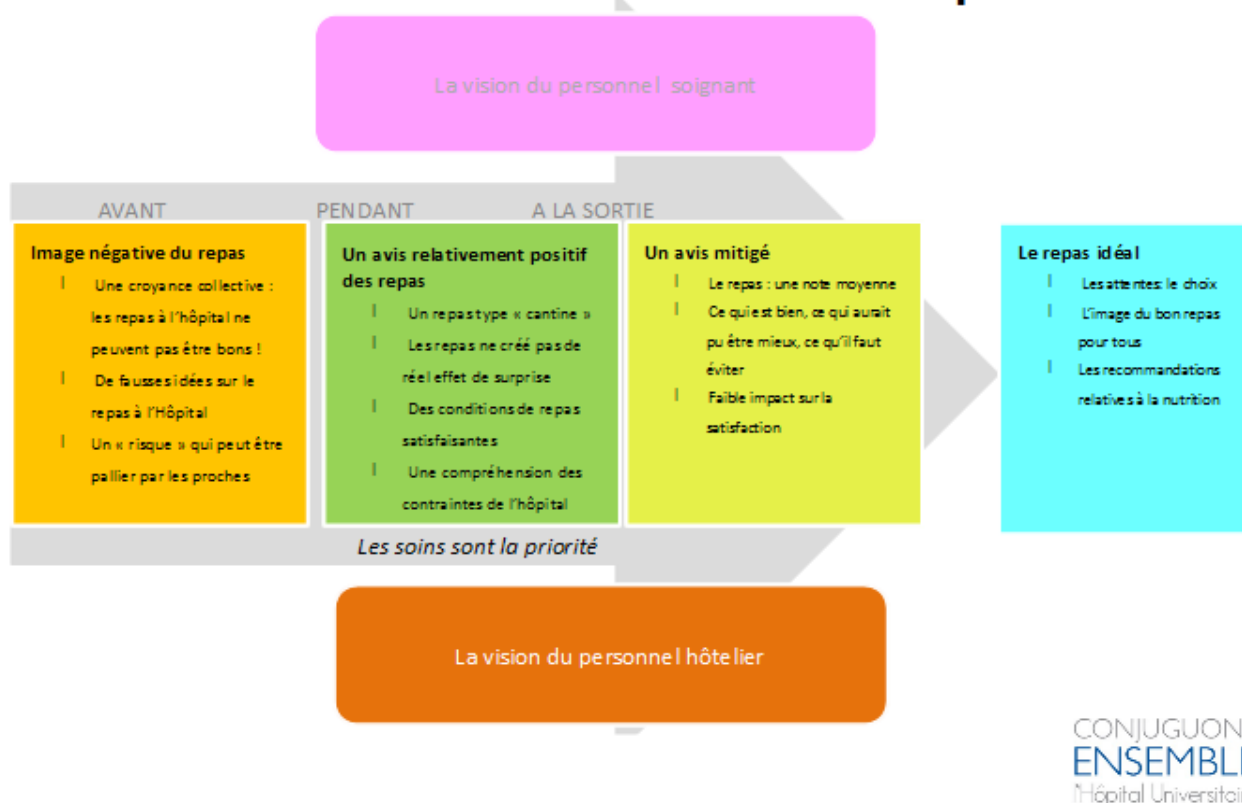
I – PATIENT ET ALIMENTATION À L'HÔPITAL

1. Perception de l'alimentation à l'hôpital par le patient

1.1 Évaluation de la satisfaction du patient

Cheminement de la satisfaction des patients⁶³

Cheminement de la satisfaction des patients



63 Schéma présenté lors d'une intervention devant le groupe de concertation du CNA d'Isabelle Parmentier, réunion du 9 juillet 2015.

Il est à noter que le patient, avant son arrivée à l'hôpital, porte une appréciation négative sur l'alimentation hospitalière : l'ensemble des stéréotypes liés au repas hospitalier ressortent. Pendant l'hospitalisation, le patient est plus indulgent et ressort souvent l'idée de compréhension des difficultés liées à la restauration collective dans le secteur médical. La perception du repas reste celle d'un repas de type « cantine ». À la sortie, l'avis est plutôt mitigé.

Ce cheminement de la satisfaction des patients a été réalisé au niveau du CHRU de Lille mais semble plutôt représentatif de ce qui peut se passer dans la plupart des établissements hospitaliers.

Les enquêtes de satisfaction

Au cours d'un séjour hospitalier, les expériences seront très différentes en fonction du service d'hospitalisation et des conditions d'hospitalisation, mais les enquêtes de satisfaction permettent d'avoir une image plus globale.

Différentes études de satisfaction permettent de recueillir l'avis des patients sur l'alimentation à l'hôpital (le repas servi, les conditions du service, etc.) : les enquêtes I-SATIS (nationales), les enquêtes de satisfaction menées par chaque établissement de manière autonome (les démarches qualité se développent).

Au sein de l'enquête I-SATIS, le repas reste le volet le moins satisfaisant du séjour dans les services d'hospitalisation. Chaque hôpital a son processus d'organisation de la fonction restauration mais les résultats de satisfaction sont globalement les mêmes pour l'ensemble des hôpitaux. Cette satisfaction se fait autour d'autres éléments : le séjour global, la prise en charge, les soins, etc. De plus, il a été souligné à différentes reprises que le repas à l'hôpital est le seul élément qui rattache le patient à la vie extérieure et, ainsi, l'élément le plus comparable avec ses habitudes extérieures. Le repas devient plus facilement critiquable dans la mesure où le patient a des référentiels de comparaison. Il est beaucoup plus difficile de porter un regard critique vis-à-vis des soins. De façon inconsciente, l'éventuelle insatisfaction de la prise en charge médicale pourrait se porter sur le repas.

Les enquêtes menées au niveau de chaque établissement sont difficilement comparables, chacun l'organisant selon ses propres modalités. De plus, les enquêtes de satisfaction sont irrégulières, ponctuelles, sans méthodologie uniforme et sans terme de comparaison.

Il est ainsi difficile de dresser un panorama cohérent de la satisfaction des patients concernant la restauration hospitalière mais nous pouvons retenir que ce domaine reste, d'après les études de satisfaction, le moins satisfaisant.

Cependant, le niveau de satisfaction du patient est un élément de plus en plus pris en compte dans le cadre du développement des démarches qualité au sein des gros établissements hospitaliers.

1.2 Impact de la perception de l'alimentation sur l'ensemble de l'hospitalisation

L'alimentation peut être perçue comme une faille dans la manière de prendre soin du patient à l'hôpital et cela a un impact sur l'image globale qu'a le patient de son séjour⁶⁴.

Il existe depuis de nombreuses années des recommandations concernant l'alimentation dans une perspective de santé publique. Dans notre pays, le principal exemple en est le PNNS et ses préconisations pour une alimentation saine et équilibrée et une activité physique régulière. Il faut être acteur de sa santé, notamment par l'alimentation.

En parallèle, à l'hôpital, une des réponses régulièrement faite au patient se plaignant de la nourriture hospitalière est le fait qu'il n'est pas à l'hôpital pour bien manger mais pour se faire soigner.

Il paraît exister une discordance entre le discours valorisant une alimentation saine et équilibrée dont l'individu est responsable et le rapport de l'institution hospitalière à l'alimentation.

De plus, à l'hôpital le patient peut se sentir dépossédé de sa capacité de choix.

L'alimentation à l'hôpital n'offre généralement pas les conditions de convivialité et de plaisir habituelle-

64 Intervention devant le groupe de concertation du CNA de Emmanuelle Lefranc, diététicienne et doctorante en sociologie de l'alimentation, réunion du 15 décembre 2015.

ment liées à l'acte alimentaire. C'est également un sujet qui semble peu évoqué par le médecin en charge du patient.

1.3 Communication autour du repas

Il y a un réel manque d'information sur l'ensemble de la fonction restauration. Les personnels soignants, au contact direct du patient, ne sont eux-mêmes pas toujours conscients des processus de fabrication des repas, de l'origine des produits, etc. Ce manque de connaissance se répercute directement au niveau du patient. La production de l'alimentation à l'hôpital devient une « boîte noire ». La boîte noire, notion développée dans l'Avis 73 du Conseil National de l'Alimentation⁶⁵, est la représentation d'un système, sans considérer son fonctionnement interne. Dans le cas de l'alimentation hospitalière, le patient n'a pas accès à l'information qui pourrait lui permettre de se représenter le fonctionnement interne de cette organisation. Face à ce manque d'information, l'alimentation est dépersonnalisée, décontextualisée pour le patient comme pour ses soignants, alors que le patient aurait besoin d'être rassuré sur l'identité des produits : d'où vient ce qu'il mange ? Qui a préparé ce qu'il mange ?

Le consommateur se révèle très sensible à la présentation comme à la communication qui pourraient valoriser les produits.

Quelques exemples sont particulièrement démonstratifs :

- ➔ le CHU de Toulouse a choisi de faire travailler un chef étoilé, Bernard Bach pour la mise au point de recettes servies le dimanche. Cet effort est mis en avant par une plaquette avec la photo du chef et quelques explications sur les mets servis. Il s'avère que les patients apprécient beaucoup alors que la différence de qualité avec les plats habituels n'est que très modeste.
- ➔ D'autres initiatives de collaboration avec des chefs étoilés peuvent être signalées, tel le groupe Elior pour l'Institut Gustave Roussy (2017).
- ➔ Il est aussi possible de sensibiliser le grand public et les professionnels à l'importance des repas tant d'un point de vue gustatif que nutritionnel par une action ponctuelle comme le concours Silver Fourchette réalisé pour les équipes de cuisine d'EHPAD.

L'hôpital ne devrait donc pas avoir peur de mettre en avant ses cuisiniers, son service restauration et de valoriser les menus proposés.

Il faut souligner le fait que prendre soin de l'alimentation est souvent réservé à certains jours particuliers, comme les jours de fêtes. « Prendre soin de l'alimentation » paraît ainsi relever plutôt du luxe et de l'habituel, alors qu'il devrait s'agir d'une attention de tous les jours.

2. Enjeux de l'alimentation à l'hôpital

2.1 Enjeux du point de vue des patients

L'alimentation proposée à l'hôpital doit répondre à différents enjeux⁶⁶ :

Enjeu de santé : maintenir un bon état nutritionnel en ayant envie et plaisir à manger au cours de son hospitalisation. Sous l'angle du patient, il s'agit d'enjeux liés au risque de dénutrition et à l'ensemble des conséquences sur l'évolution de sa maladie. Les personnes âgées hospitalisées plus de 72h sont un public

65 Avis n°73, Conseil National de l'Alimentation, Communication et alimentation : les conditions de la confiance.

66 Intervention devant le groupe de concertation du CNA de Catherine Ollivet, présidente du CISS Ile-de-France, réunion du 23 février 2016.

particulièrement vulnérable pour lequel la notion de cumul des vulnérabilités est une réalité : vulnérabilité physique, affective, psychique.

Enjeu culturel : identification de goûts familiers et d'habitudes alimentaires particulières permettant de garder un lien avec la vie extérieure. Sous l'angle du citoyen, se pose la question de l'alimentation culturelle : l'hôpital doit pouvoir prendre en compte et encadrer ces aspects afin de limiter l'entrée d'une alimentation clandestine, présentant des risques sanitaires car hors du contrôle de l'établissement.

Enjeu plaisir : le fait de manger des aliments et des plats référents, des produits régionaux et à forte valeur affective est essentiel à la qualité de vie à l'hôpital. L'alimentation à l'hôpital peut constituer, pour le patient, un lien précieux avec sa vie extérieure et son entourage.

Se pose la question de savoir comment intégrer tous ces aspects à l'alimentation hospitalière ?

2.2. Enjeux du point de vue des soignants

Enjeux nutritionnels : le groupe de concertation s'est limité au sujet déjà très vaste de l'alimentation non médicalisée qui concerne le plus grand nombre d'utilisateurs en milieu hospitalier, qu'il s'agisse de la grande majorité des patients ou des personnels, médicaux ou non. Le groupe rappelle qu'il est de la responsabilité des différents services de l'hôpital de veiller au bon état nutritionnel de leurs patients, et de faire appel aux spécialistes de la nutrition en tant que de besoin, notamment pour pallier tout problème de dénutrition si fréquemment observé en milieu hospitalier. Se pose ainsi la question de la connexion entre deux responsabilités disjointes mais essentielles : celle de l'alimentation du plus grand nombre, et celle de la nutrition sous contrôle médical des patients qui le nécessitent.

3. Temps et cadre du repas à l'hôpital

3.1 Contraintes de temps et de lieu

Dans la plupart des services, le repas est servi en chambre à une heure précise, avec peu d'adaptation possible. Si le patient n'est pas dans sa chambre au moment du service du repas, il est possible que le « plateau » prévu pour lui ne lui soit jamais servi ou le soit dans de mauvaises conditions.

Le temps du repas en chambre peut être perturbé par : visite des médecins, soins, toilette, nettoyage, etc. Le temps du repas n'est pas respecté parce que l'alimentation est considérée comme secondaire par rapport aux soins qui doivent être efficaces et efficaces.

Ainsi, déranger un patient au cours de son repas, voire le lui faire sauter pour effectuer un geste technique (par exemple, imagerie) est une pratique courante à l'hôpital, les soins médicaux et gestes techniques étant considérés comme prioritaires.

L'organisation hospitalière constitue donc un environnement fort peu favorable à l'alimentation.

Il apparaît cependant que soigner, c'est également prendre soin du repas en respectant le patient pendant qu'il mange. Le temps du repas devrait être un moment de repos et de lien avec les habitudes d'une vie « normale ou habituelle ». En effet, tout patient aspire au retour à une vie normale et le temps du repas permet de conserver le lien avec celle-ci.

L'hôpital devrait instituer un temps réservé au repas. Pour ne pas affecter l'organisation et l'enchaînement des soins et visites médicales, ce temps pourrait être décalé en fonction des services. Celui-ci pourrait être marqué par une lumière ou par une pancarte affichée sur la porte des chambres.

Si besoin, au-delà de ces temps dédiés, il peut être prévu des prises fractionnées dans la journée afin d'augmenter l'apport calorique nécessaire.

3.2 Éléments sociologiques influençant la perception du repas

À l'hôpital, le patient est dans une situation de passivité forcée. Il n'est que rarement acteur de ses choix concernant l'alimentation qui lui est servie. En principe, à l'arrivée d'un patient à l'hôpital, l'aide-soignant recueille ses aversions ou ses préférences. Pour différentes raisons (manque de temps, oubli, etc.), ce relevé des aversions n'est pas toujours réalisé. Ensuite, il est rarement proposé au patient de commander ou de choisir un plat parmi une carte.

En fonction de sa pathologie, un régime alimentaire particulier lui sera éventuellement prescrit par le médecin, sans pour autant qu'il en soit informé. Cette prescription contribue à réduire son répertoire alimentaire.

L'importance du choix donné au malade dans la perception qu'il aura de son repas a été soulignée à plusieurs reprises, notamment par le sociologue Jean-Pierre Poulain⁶⁷. Ainsi, développer le choix positif serait un élément qui permettrait au patient de se réapproprier la nourriture qui lui est servie. Cette proposition figurait déjà dans le rapport Guy-Grand. Cette pratique correspond aussi au souhait de favoriser l'autonomie du patient : le patient-acteur.

Le patient est captif d'une organisation complexe pensée en dehors de lui. De fait, il ne figure pas au cœur du système. Chacun des acteurs peut avoir la sensation de travail bien fait, mais le patient est rarement satisfait. Les plaintes des patients au sujet de l'alimentation sont souvent mal reçues par le personnel soignant qui considère que le patient n'a pas à attendre une prestation alimentaire de qualité, dans la mesure où il est à l'hôpital surtout pour se faire soigner. L'expression, souvent utilisée, « l'alimentation est un soin », constitue donc une illusion, dans la mesure où l'alimentation est surtout un aspect très négligé de la vie à l'hôpital.

La confusion entre l'espace du soin et l'espace de consommation du repas influe de façon négative sur la perception que le patient a du repas. Selon le principe de contamination, la proximité entre l'espace de soins et l'espace de consommation du repas peut procurer un dégoût.

Le dégoût cognitif⁶⁸ peut être évité lorsque ce n'est pas la même personne qui participe aux soins et qui donne le repas, lorsqu'il est possible d'aménager un espace différent du lieu de soins pour s'asseoir et pour le consommer, lorsque le patient est informé sur ce qu'on lui sert.

La problématique de la dé-socialisation du repas

Dans la majorité des établissements hospitaliers, le patient consomme son repas dans sa chambre, et le plus souvent, dans son lit. Les chambres à l'hôpital ne sont pas conçues de façon à proposer un espace autre que celui du lit. De même, l'hôpital n'est pas conçu de façon à offrir un autre espace que la chambre pour consommer son repas. Ainsi un patient, pourtant valide, n'a souvent pas d'autre choix que de consommer son repas au lit, dans sa chambre.

Proposer des espaces communs pourrait briser cette confusion entre espace de soins et espace de repas. Pour autant, il ne s'agit pas d'imposer un repas collectif comme en EHPAD qui peut aboutir à une convivialité forcée devenant ainsi une contrainte pour le patient et le personnel soignant⁶⁹.

La difficile prise en compte des dimensions sociales et symboliques de l'alimentation. Ces dimensions n'étant pas enseignées dans les formations initiales et continues des différents personnels hospitaliers (administratifs, para-médicaux, médicaux), elles trouvent difficilement leur place dans le milieu hospitalier.

La seule dimension réellement prise en compte à l'hôpital est la dimension biologique de l'alimentation : lorsqu'un individu ingère des aliments, il consomme des nutriments qui vont affecter son métabolisme.

67 Jean-Pierre Poulain, La restauration hospitalière, Des attentes alimentaires du malade hospitalisé à la conception du système de restauration, CRISTAL, 1990.

68 La notion de dégoût cognitif a été, notamment, étudiée par Paul Rozin et Claude Fischler. Le dégoût cognitif est fonction de l'image que l'on a d'un aliment.

69 Intervention devant le groupe de concertation de Laura Guérin, Doctorante en sociologie à l'EHESS, Enquête ethnographique sur le repas collectif en EHPAD, réunion du 11 octobre 2015.

La dimension sociale de l'alimentation. D'après le sociologue Jean-Pierre Corbeau⁷⁰, l'alimentation s'inscrit dans trois répertoires. Le répertoire du comestible selon lequel un individu a le droit de manger un aliment en fonction des valeurs auxquelles il adhère, de la culture dans laquelle il s'inscrit. Le répertoire du culinaire, comment va-t-on s'appropriier un aliment pour qu'il devienne « bon à manger » ? Le répertoire du gastronomique selon lequel ce qu'un individu mange peut devenir gastronomique (un plat préparé par un grand chef, mais également par une personne aimée ou encore parce que l'aliment en question s'inscrit dans ses souvenirs). Les préférences alimentaires se construisent à travers ces trois répertoires et varient selon la condition sociale, le genre, la catégorie d'âge et l'âge. Pour ces raisons, les préférences et les rythmes alimentaires du patient sont à prendre en compte au sein de l'institution hospitalière.

La dimension symbolique de l'alimentation. Symboliquement, ingérer un aliment, c'est l'intégrer à sa propre « substance », c'est en incorporer les vertus, mais aussi les éventuels défauts. C'est ce que recouvre le concept de « pensée magique », basé sur les principes de similitude (« je suis ce que je mange ») et de contagion (« un mauvais aliment peut me rendre mauvais »)⁷¹.

L'absence de prise en compte de ces dimensions sociales et symboliques peut également conduire à la sur-médicalisation du repas. Par exemple, l'expression « l'alimentation est un soin », régulièrement employée, est une expression polysémique qui ne doit pas conduire à une médicalisation du repas.

Pour le sociologue Jean-Pierre Poulain⁷², l'hôpital offre un « contexte de dépersonnalisation de la nourriture, de déshumanisation du produit ».

3.3 Présentation du plateau repas et cadre du repas

L'influence de la présentation du plat sur sa consommation par le patient a été démontrée par différentes études, dont une récente⁷³ qui indique que la consommation des aliments peut être sensiblement améliorée par leur mise en valeur.

L'institut de recherche Paul Bocuse propose une sensibilisation à l'importance du contexte dans l'appréciation du repas à l'attention des aides-soignants⁷⁴ (position du patient, ambiance générale, interactions de services, types et organisation des contenants).

Cette formation a des résultats positifs sous forme de changements concrets de la pratique des professionnels : réorganisation du plateau repas, présentation et mise en valeur du repas, organisation de l'espace du repas, installation confortable du patient pour le repas.

L'alimentation à l'hôpital n'est qu'une partie d'une organisation complexe, historiquement et sociologiquement marquée. Pour comprendre la place actuelle de l'alimentation à l'hôpital, il convient de s'intéresser à la place et au statut du malade au sein de l'institution hospitalière. Des éléments historiques, sociologiques et philosophiques permettent de comprendre les évolutions et la situation actuelle du patient à l'hôpital. La place de l'alimentation au sein de l'institution hospitalière est symptomatique d'une inadaptation de l'hospitalisation dans les conditions actuelles à l'accueil des citoyens contemporains (image caricaturale du malade allongé en pyjama dans un lit, infantilisé et déresponsabilisé).

70 Intervention devant le groupe de concertation du CNA de Jean-Pierre Corbeau, sociologue de l'alimentation, réunion du 23 avril 2015.

71 Avis n°73, Conseil National de l'Alimentation, Communication et alimentation : les conditions de la confiance.

72 Jean-Pierre Poulain, La restauration hospitalière, Des attentes alimentaires du malade hospitalisé à la conception du système de restauration, CRISTAL, 1990.

73 Navarro DA, et al., Improved meal presentation increases food intake and decreases readmission rate in hospitalized patients in Clinical Nutrition (2015).

74 Intervention devant le groupe de concertation du CNA de Maxime Michaud, sociologue, réunion du 23 avril 2015.

II - PATIENT ET HOSPITALISATION

1. Quelques considérations sur l'histoire et la philosophie du soin

À quoi sert l'hôpital ? À soigner les malades, mais le soin aux malades n'a pas toujours été la priorité et la vocation de cette institution⁷⁵.

1.1 Quelle place le système de santé accorde-t-il au patient ?⁷⁶

Dans la médecine hippocratique, l'individualisation du malade se fonde sur la prise en compte de son individualité et donc de sa globalité, de sa singularité et de sa subjectivité.

Dans la médecine moderne (XVIII-XIX^e siècles), deux périodes peuvent être distinguées. Tout d'abord, la médecine anatomo-clinique pour laquelle le malade est considéré comme porteur d'une lésion. Le corps humain est appréhendé de manière parcellisée, divisée et non comme une totalité.

La deuxième période est celle de la naissance de la médecine sociale et de la santé publique. L'hygiénisme, courant médical qui étudie le rôle des milieux, physiques et sociaux, dans l'apparition des maladies, est un élément important de la santé publique. La médecine assume une fonction grandissante de contrôle et de normalisation sociale.

Enfin au XX^e siècle, la médecine évolue vers une médecine de la santé⁷⁷. L'individu contemporain est conçu comme un sujet rationnel, autonome et responsable de sa santé.

Aujourd'hui, la place du patient dans le système de soin pose toujours problème, le système de santé ne considère pas le citoyen mais le malade.

1.2 Rapports entre médecine et soins⁷⁸

Sens double (matériel et spirituel) et global du mot soin qui possède deux racines : *sonne* qui signifie « nécessité, besoin » et *soign* qui signifie « souci, chagrin ». L'acte de soigner réfère au corps dans ses aspects matériels et en même temps, le soin revêtait un sens psychologique en désignant le souci, la préoccupation, l'inquiétude pour le corps et ses besoins. C'est au XVII^e siècle que le verbe soigner a pris sa valeur actuelle de « s'occuper de la santé ou du bien-être de quelqu'un ».

L'étymologie et les sens du mot soin sont confirmés dans le dictionnaire historique de la langue française (Alain Rey / Le Robert) :

Prendre soin de quelqu'un = s'occuper du bien-être de quelqu'un.

Donner des soins à quelqu'un = les actes et pratiques par lesquels on conserve ou rétablit la santé.

L'histoire et la philosophie du soin mettent au jour l'écart et la tension entre le « soin » et la médecine.

Le soin au cœur de la médecine

La médecine hippocratique unit fermement la clinique et le « soin » : ce sont les deux versants indissociables d'une même attention et d'un même dévouement à la dynamique de la nature et à l'individualité souffrante. Le malade est appréhendé dans sa globalité et sa singularité.

75 Danièle Carricaburu, Marie Menoret, Sociologie de la santé, 2014, Armand Colin, p.13.

76 Céline Lefève, MC histoire et philosophie de la médecine, Cours « Évolution du statut du malade dans l'histoire de la médecine », PACES – UE 7 – Module « Épistémologie, histoire et philosophie de la santé, des soins et des sciences, Université Paris Diderot, 2014.

77 Celle-ci se fonde sur une définition extensive de la santé comme état de bien-être complet physique, psychique et social, sur la conceptualisation épidémiologique des maladies en termes de facteurs de risque, sur le dépistage et la prévention, guidés par la santé publique, et enfin sur le gouvernement et la normalisation de ses conduites par l'individu lui-même.

78 Céline Lefève, La philosophie du soin in La Matière et l'esprit, n°4 : « Médecine et philosophie » (dir. D. Lecourt), Université de Mons-Hainaut, avril 2006, p. 25-34.

Le soin dans la médecine

Au Moyen Âge, la médecine se distingue du « soin » et les deux entrent en tension. Fondé sur la charité, l'hôpital ne revêt pas de fonction médicale ou thérapeutique ; c'est le pauvre et non le malade qui fait l'objet de soins. Le christianisme est à l'origine d'une culture du « soin » qui prend en charge l'homme dans sa globalité, corps et âme.

La médecine sans le soin

Au XIX^e siècle l'émergence de la médecine scientifique entraîne un désintérêt de la médecine pour le corps souffrant et, par conséquent, le soin.

Le développement de la médecine anatomo-clinique, puis de la médecine expérimentale correspondent à une objectivation de la maladie dans ses lieux et ses causes organiques, mais aussi à l'objectivation du corps et du malade lui-même.

Compétence scientifique, prestige social du médecin, forte hiérarchisation des relations entre le corps médical et le corps soignant participent du désintérêt pour l'expérience du malade.

En parallèle du déni de la subjectivité des soignés, le déni de la subjectivité des soignants, de leurs affections et émotions a longtemps existé. Aujourd'hui il est plutôt enseigné aux soignants la recherche d'une « juste distance » entre soignant et soigné plutôt que le déni et la mise à distance de l'affectivité.

Jusqu'à la deuxième moitié du XX^e siècle, la médecine scientifique multipliant les médiations qui l'éloignent du corps, finit par se couper du corps lui-même, du malade, et finalement, du soin.

Soigner la personne

G. Canguilhem⁷⁹ distingue le fait d'être malade, c'est-à-dire d'être un sujet souffrant, et le fait d'avoir une maladie, c'est-à-dire devenir l'objet des sciences et des investigations médicales. Pour G. Canguilhem, le normal et le pathologique ne peuvent être définis qu'en fonction de l'individualité biologique et de son rapport au milieu.

Le travail clinique de traduction entre le vécu du corps subjectif et le langage médical du corps objectif impliquent l'adoption par le médecin du point de vue du patient ; ce travail inscrit le médecin dans une démarche soignante.

Par conséquent, la thérapeutique vise la restauration d'une normativité individuelle qui doit être conforme aux attentes du patient. La primauté est accordée à l'individualité biologique et à la subjectivité humaine, la revalorisation de la clinique et de la thérapeutique contre la réduction de la médecine à la science renoue avec l'inspiration de la médecine grecque. Cela conduit à définir la médecine comme le soin de l'individu.

Dans les années 1950, les sciences sociales (philosophie, anthropologie, sociologie de la maladie et de la médecine) placent en leur centre le patient conçu comme une personne et comme un sujet de soins. Les sciences sociales s'appuient à décrire l'émergence d'un patient « auto-soignant » : expertise d'expérience du patient, acteur de la gestion de sa maladie et de son traitement qu'il négocie avec le pouvoir médical et avec l'ensemble de la société.

L'éthique médicale renonce également au paternalisme et demande de reconnaître le patient comme une personne, comme un sujet souffrant qui participe à sa prise en charge médicale.

La loi du 4 mars 2002⁸⁰ garantit à la personne le droit d'être informée et le droit de faire respecter sa volonté à travers le recueil de son consentement aux soins. La loi promeut un modèle de concertation entre le patient et le médecin afin de préserver la confiance mutuelle tout en confirmant la compétence et le rôle décisionnel du médecin.

Aujourd'hui, le respect de l'autonomie et de la volonté de la personne entre en tension avec le devoir de soigner.

79 Auteur d'une thèse de médecine en 1943, l'Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique.

80 Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La médecine de la santé, le risque d'une nouvelle occultation du soin ?

L'émergence du patient considéré comme individu, comme personne et comme acteur de soins nécessite une réflexion sur les implications juridiques, politiques et sociales de l'individualisme.

Depuis les années 1980, nous assistons à une chronicisation de la maladie et l'allongement de la durée de vie entraîne un essor de la médecine de la santé. Celle-ci se fonde sur une définition extensive de la santé comme état de bien-être complet physique, psychique et social, sur la conceptualisation épidémiologique des maladies en termes de facteurs de risque, sur le dépistage et la prévention, guidés par la santé publique, et enfin sur le gouvernement et la normalisation de ses conduites par l'individu lui-même. La promotion de l'autonomie implique une intériorisation individuelle de la norme sociale.

La responsabilisation de l'individu considère l'individu comme étant informé et éduqué à la santé, il est maître et producteur de sa santé et de son destin. Apparaît ainsi la figure d'« usager du système de santé ».

Il faut distinguer :

- le souci de l'individualité : considérer le patient dans sa globalité et sa singularité aux plans biologique, psychologique et social.
- la promotion de la philosophie individualiste : défendre une conception de la personne comme sujet rationnel, autonome et responsable.

Entre ces deux conceptions, celle du patient actif dans la vie et dans le soin et celle de l'utilisateur du système de santé responsable et comptable de ses soins, le renversement philosophique, politique et social est total.

La philosophie de l'individualité considère le soin comme participant à l'individualisation du patient, elle encourage ce dernier à assumer, dans la maladie et le traitement, la part d'activité qui lui est propre et à mener une vie qu'il jugera normale de son propre point de vue.

La philosophie individualiste fonde une individualisation des soins qui oblige le patient, en dépit des inégalités sociales, économiques et culturelles qui peuvent le fragiliser, à mener une vie normalisée, rationnellement gérée, socialement adaptée et économiquement productive.

Il est indispensable de revaloriser le sens individuel du soin, notamment au travers de l'enseignement de la philosophie du corps et de la médecine au cours des études médicales, afin de favoriser l'émergence d'une médecine qui prenne en compte le point de vue du patient et le préserve de tout effacement de son individualité, que ce soit par une vision scientifique de la maladie (qui oublie l'individu au profit de sa maladie) ou par une vision sociétale de la médecine de santé (qui dilue l'individu au sein d'une population).

1.3 Préciser ce qui relève et contribue à la réalisation du soin⁸¹

Pour que l'alimentation soit considérée comme un soin à part entière, l'engagement et le portage politiques sont nécessaires. Il faut entendre cette affirmation comme une volonté de prendre en considération l'alimentation comme participant entièrement au bien être et au bon rétablissement des patients.

L'alimentation à l'hôpital n'est qu'un symptôme de ce qu'est l'hôpital aujourd'hui : une priorité donnée à la technicité du soin, une parcellisation à outrance des tâches et fonctions de chacun. La considération des personnes et de leurs spécificités n'a que peu de place. Il faut cependant noter que depuis quelques années, les associations de patients sont associées à l'ensemble des discussions portant sur le système de santé et son organisation. La prise en compte directe des intérêts des patients se développe.

Au fur et à mesure de l'amélioration des techniques médicales, les professionnels de santé (pas seulement les médecins) ont vu leurs formations devenir entièrement dédiées à la technicité. Tous les aspects relatifs aux sciences humaines qui participaient à une formation initiale permettant de préparer les professionnels à la prise en charge globale (le soin et tout ce qui est autour du soin), ont été progressivement abandonnés.

⁸¹ Intervention devant le groupe de concertation du CNA du Pr. Daniel Nizri, personnalité qualifiée au CNA et inspecteur général des affaires sociales à l'IGAS, réunion du 28 janvier 2016.

Les aspects économiques sont parmi les éléments ayant orienté le système. Il y a 40 ans, les établissements de santé avaient un budget global. Il y avait un prix de journée et l'ensemble des acteurs faisait tenir l'ensemble des coûts dans ce prix de journée. Aujourd'hui, les établissements de santé sont en comptabilité analytique : ce qui relève du soin, relève du soin ; ce qui relève de l'alimentation, relève de l'alimentation. Or, en accordant plus d'importance au temps et à la qualité des repas, nous pourrions réduire, en bout de chaîne, le temps d'hospitalisation, en augmentant l'observance aux prescriptions thérapeutiques des patients et l'efficacité des traitements.

Le problème est que l'ensemble des acteurs n'intègre pas le fait que la prise en charge sanitaire et que l'efficacité des traitements n'est pas seulement le fait de la prescription et de la distribution de médicaments.

Aujourd'hui, dans la formation initiale des médecins, un certain nombre d'enseignements relevant de la prise en charge globale sont proposés mais les épreuves discriminantes (celles hiérarchisant les médecins à la sortie de leurs études et leur permettant de choisir leur spécialité) n'abordent jamais ces sujets. Un étudiant sachant qu'il ne sera pas interrogé sur un sujet ne l'apprend pas. Ce sont donc des aspects de la prise en charge sanitaire et médico-sociale qui ne sont pas réellement enseignés. Et dans l'ensemble des programmes proposés aux médecins pour le développement professionnel continu, théoriquement obligatoire, il n'y a rien concernant l'alimentation. Ni concernant la nutrition, sauf à en faire une spécialisation.

Il y a des choix à faire relevant du politique (ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur), de la conférence des doyens, du conseil de l'ordre, du conseil national des universités : l'alimentation et la nutrition doivent-elles rester la variable d'ajustement en termes de moyens humains et financiers, de l'enseignement des professionnels de santé ?

Tant que, par rapport à l'objectif du soin, nous n'aurons pas précisé ce qui relève et contribue à la réalisation de ce soin, que nous n'aurons pas défini les moyens y afférant, il ne se passera rien. La politique des petits pas intervient ensuite afin de faire en sorte que sur le terrain, tous les acteurs s'approprient ces changements.

Chacun essaye de mener à bien sa mission, mais l'objectif final est perdu de vue. Parfois, il vaudrait mieux dépenser plus pour certains postes (l'alimentation notamment), en espérant dépenser moins en durée d'hospitalisation. Mais le fonctionnement actuel ne permet pas d'avoir ce raisonnement. Les deux solutions sont complémentaires : le changement et les petits pas.

Ce changement nécessite un engagement et un accompagnement politique. Si les ministres directement concernés (Santé, Enseignement supérieur, Alimentation, Consommation) et leurs administrations centrales ne se mobilisent pas et ne portent pas ces sujets, la situation n'évoluera pas.

2. Relation soignants / soignés

2.1 Expériences de patients / représentants des usagers et patients experts

*Expériences de patients*⁸²

« L'hôpital exige des malades pour être rentable, pour tourner à plein régime. Il guérit parfois. Il traite toujours. Grande leçon d'humilité : nous nous prenions pour des humains, mais nous n'étions que des choses, des machines fragiles. Des hommes les examinent, les manipulent, les réparent quand ils le peuvent. Ils se tiennent debout, ces hommes-là, ils vont et viennent, on les entend rire dans le couloir avec les infirmières. Le matin, ils passent dans la chambre, ils cherchent notre nom sur la feuille attachée au bout du lit où est inscrit le zigzag de notre température, ils demandent si on a bien dormi ; leurs journées sont longues, leur temps est mesuré, nous n'allons quand même pas les retarder. On les respecte, on les hait, on s'en remet à eux, ils sont déjà partis. Notre voisin de lit gémit doucement : hôpital, silence. » Ce propos illustre le sentiment de chosification éprouvé par les patients, l'idée d'être à la merci

82 L'ensemble du paragraphe reprend une intervention devant le groupe de concertation du CNA de Marie Gaille, philosophe de la médecine et directrice scientifique adjointe de l'institut des Sciences sociales et humaines au CNRS, réunion du 31 mai 2016.

de ces êtres qui les soignent. Les sentiments à leur égard sont très mêlés : respect et détestation. Le patient ne peut rien faire d'autre que s'en remettre à eux. Ceux qui soignent sont mobiles, riant et ont des échanges alors que le patient est passif, couché et en attente de leurs soins.

Dans les témoignages des patients, ressort également l'idée d'être devenu invisible, inaccessible : « Parfois on essaie d'imaginer ce que peut être une vie coincée dans un fauteuil roulant, à quel point ça peut être compliqué. On pense alors bien sûr tout de suite au problème d'accessibilité, à toutes ces choses qu'on ne peut plus faire, ces endroits où on ne peut pas aller. Mais il y a aussi un drôle d'effet boomerang, c'est qu'en fauteuil roulant on devient soi-même inaccessible aux autres, sans le faire exprès. Les gens se demandent comment approcher cette personne-là, on ne leur a jamais appris. (...) Être inaccessible, c'est également ne pas être vu. Alice, malgré son jeune âge, l'a immédiatement compris. Un jour, peu de temps après avoir intégré mon nouvel appartement de la rue Elzévir, je m'apprêtais à faire un tour dans la rue avec les enfants et j'étais assez découragée de me voir complètement tordue sur ce fauteuil et si mal fagotée. Alors pour me reconforter, et aussi parce qu'elle était pressée de sortir, Alice m'a lancé : 'Viens, maman, t'en fais pas, de toute façon personne ne te regarde ! ' ». Ce propos est très révélateur de ce vécu de patients d'une coupure sociale avec des personnes qui ne savent plus comment s'y prendre. Le sentiment que l'on fait attention à eux, mais qu'on ne les voit pas, on les soigne, mais on ne les regarde pas.

Lorsque l'on réfléchit à la situation de soins (sans pour autant avoir une dimension critique à l'égard de la prise en charge médicale), il faut mettre en avant et reconnaître que les expériences de soin d'une maladie comportent une part de violence. Violence de la maladie pour le patient. Violence de l'énoncé du diagnostic. Violence du soin. Violence de l'ambiance (lumières crues, bruits, etc.). Violence de l'issue de la prise en charge : on ne revient pas toujours à son état antérieur de santé. Violence du travail de rééducation, que les sociologues appellent « l'ajustement biographique » : recomposer sa vie, redonner un sens.

Le constat de cette violence n'implique aucune critique à l'égard des proches ou des équipes médicales. C'est un état de fait lié à la maladie, à la manière dont on la soigne et à ses conséquences.

Les associations de patients et de représentants d'usagers du système de santé

Les associations de patients et les patients experts ont, depuis 1996, un rôle essentiel de représentation des usagers dans les instances hospitalières et dans les commissions des usagers, en formant les représentants d'usagers qui y siègent et en veillant au bon fonctionnement et à l'équité du système de santé. L'existence de ces associations permet de mettre en avant le patient et de proposer des améliorations de l'accueil et de la prise en charge.

La dernière évolution législative avec la loi du 26 janvier 2016⁸³ consacre la création d'une union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS), qui reprend pour partie les prérogatives du CISS (Collectif Inter Associatif sur la Santé) et fédère une grande partie des associations intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires de personnes malades et handicapées, de personnes âgées et retraitées, de consommateurs et de familles.

Les associations de patients et d'usagers du système de santé œuvrent à représenter et défendre les intérêts communs de tous les usagers du système de santé. Elles portent la défense d'une prise en charge optimale des patients.

Patients experts

Le patient expert désigne celui qui, atteint d'une maladie chronique, a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et a appris à vivre avec. Le patient expert est avant tout expert de lui-même et de sa propre maladie. Souffrant le plus souvent d'une maladie chronique, le patient expert a développé des compétences, grâce à l'éducation thérapeutique parfois, à l'expérience toujours. Parfois d'ailleurs, les patients sont de meilleures sources d'information sur les aspects pratiques de la gestion de la maladie au quotidien que les médecins eux-mêmes !

C'est en 2009, qu'a été ouverte la première Université des Patients, qui propose aux personnes souffrant d'une maladie chronique et aux aidants toute une palette de formations en éducation thérapeu-

83 Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé.

tique ou accompagnement. Du DU (diplôme universitaire) au Master, ce sont des formations diplômantes ou certifiantes que propose l'université de patients aux malades chroniques, afin de former des patients experts sur les maladies chroniques et sur l'éducation thérapeutique.

2.2 Comment améliorer cette relation de soin ?⁸⁴

Face à cette violence, l'éthique médicale et la philosophie ont cherché des éléments de réponse. Diverses options ont été explorées ; une des principales est la compassion.

La compassion est une réponse à double tranchant. Les trois citations suivantes permettent d'approcher de plus en plus près de l'expérience par un malade de la maladie et de sa prise en charge.

« Si j'assistais à n'importe laquelle des opérations chirurgicales les plus terribles, il est certain qu'avant même qu'elle commençât, la préparation des instruments, l'exposition ordonnée des bandages, la chauffe des fers, augmentées de tous les signes de l'anxiété et de l'inquiétude du patient et des assistants, auraient grand effet sur mon esprit et mettraient en émoi les sentiments les plus forts de pitié et de terreur »⁸⁵. D. Hume essaie de naturaliser la compassion : tous les êtres humains éprouvent naturellement de la compassion face à la souffrance d'autrui, même face à la mise en scène de la future souffrance d'autrui.

« The virtue of compassion is a trait that combines an attitude of active regard for another's welfare with an imaginative awareness and emotional response of deep sympathy, tenderness, and discomfort at another's misfortune or suffering. Compassion presupposes sympathy, has affinities with mercy, and is expressed in acts of beneficence that attempt to alleviate the misfortune or suffering of another person. Unlike integrity, which is focused on the self, compassion is focused on others »⁸⁶. La compassion est utile mais elle a ses limites et peut obérer le jugement médical. Il ne faut pas faire preuve de trop de compassion, faute de quoi, les compétences du médecin seraient mises en jeu. La compassion est une attitude de considération, de préoccupation active pour le bien-être des autres et une réponse émotionnelle de sympathie profonde, de tendresse à l'égard de la souffrance des autres. Pour ces auteurs, il faut limiter l'extension de la compassion sinon le médecin soignera moins bien. Ils rappellent d'ailleurs que, dans les manuels de déontologie professionnelle, auparavant, c'était aux infirmières que la compassion était dévolue et aux médecins, l'exercice du jugement médical: la compassion ne doit pas déborder sur la pratique et la compétence soignantes.

« Il y a, avouons-le (car la maladie est le confessionnal suprême), une franchise tout enfantine dans la maladie : des choses sont dites, des vérités échappent étourdiment que la prudente respectabilité de la santé dissimule. Pour ce qui est de la compassion, par exemple : nous pouvons nous en passer. (...) Là, nous avançons seul et c'est tant mieux. Être toujours plaint, entouré, compris, voilà qui serait intolérable. »⁸⁷ V. Woolf, malade, critique de façon très nette la compassion.

La compassion ne serait pas la bonne réponse à la violence de la maladie, du diagnostic, du soin, de l'issue de la maladie et de l'ajustement biographique rendu nécessaire par les séquelles. Cela pousse à explorer d'autres voies.

Aujourd'hui deux courants de pensées peuvent contribuer à une réflexion sur le sujet du soin qui se cache toujours derrière le patient, le malade :

La théorie de la reconnaissance

Élaborée en dehors du domaine du soin médical par des auteurs de la fin du XVIII^e et du début du XIX^e siècles (Fichte, Hegel) puis reprise par un philosophe contemporain (A. Honneth). L'idée principale de Hegel est que l'individu se construit une identité à travers les relations qu'il entretient avec les autres. Cette idée de la construction d'une identité personnelle et de l'estime de soi à travers les autres se fait dans trois cercles :

84 L'ensemble du paragraphe reprend une intervention devant le groupe de concertation du CNA de Marie Gaille, philosophe de la médecine et directrice scientifique adjointe de l'institut des Sciences sociales et humaines au CNRS, réunion du 31 mai 2016.

85 David Hume, *Traité de la nature humaine*, 1739.

86 Tom Beauchamp et James Childress, *Principles of biomedical ethics*, 1979.

87 Virginia Woolf, *De la maladie*, 1926.

- le cercle de l'amour : relations familiales et amicales ;
- le cercle de la reconnaissance sociale : est-ce que je suis intégré à ma société de façon satisfaisante ?
- le cercle de la reconnaissance légale : renvoie à une identité plus abstraite, celle du citoyen.

Chacun s'inscrit dans ces trois cercles qui vont des relations les plus personnelles aux relations les plus abstraites.

Cette théorie est éclairante pour la relation de soin et pour faire en sorte que le sujet apparaisse derrière le malade, voire domine. Elle permet de réfléchir à la meilleure manière de donner une place au patient dans la décision qui le concerne, c'est-à-dire, de toujours faire en sorte que, derrière le patient, on voit un sujet capable d'émettre son avis, capable de faire des choix, et de les faire valoir si ses compétences cognitives et émotionnelles sont reconnues. Cette théorie permet une réflexion sur la place du patient dans la décision qui le concerne.

Qui est compétent ? Qui est jugé comme tel ? Cette théorie met l'accent sur l'importance d'une inclusion de la personne dans un espace relationnel qui le reconnaît et qui lui donne un rôle. À l'hôpital, cette question n'a rien d'évident : certaines catégories de patients ne sont pas reconnues comme compétentes pour émettre un avis et il y a des patients qui ne sont pas en mesure de le faire. Théorie utile, mais avec la difficulté, pour le patient et/ou ses représentants, d'accéder à une reconnaissance de sa compétence et d'une capacité à parler pour soi.

La théorie du « care »⁸⁸

Cette réflexion a émergé dans les années 1970 aux États-Unis, d'abord chez les psychologues et philosophes féministes, comme une critique de la théorie de la justice jugée abstraite, potentiellement masculine et dominatrice par opposition aux vertus habituellement attribuées aux femmes, en particulier de sollicitude, d'attention, d'ordinaire avec l'idée que ces vertus sont relativement invisibles et qu'il faut les mettre en avant. Dans un deuxième mouvement, ces vertus n'ont plus été qualifiées de féminines mais considérées comme des vertus pouvant appartenir à tout le monde. Le point principal de cette théorie est qu'il s'agit de mettre fin à l'invisibilité de certaines personnes, mettre fin à la prétention à l'invulnérabilité et reconnaître l'interdépendance des êtres. Ce cadre théorique invite à prêter attention, à traquer la négligence et promeut le sujet derrière le patient. Il conduit à favoriser tout ce qui peut développer des interactions entre les équipes médicales et le patient.

Le philosophe anglais Mickael Parker appelle cela des « conversations éthiques » : elles nourrissent la réflexion sur ce que le soin représente pour le patient, ce qu'il veut en faire à terme, quelle est la place que la maladie occupe dans le parcours de vie, qu'a-t-il envie de devenir ?

Des mouvements se développent avec pour souci une plus grande prise en compte de la qualité de vie à l'hôpital :

Par exemple, « Hospitalité à l'hôpital » est une démarche de l'AP-HP (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris) avec l'objectif de rendre l'hôpital plus accueillant en améliorant la qualité de vie dans le cadre d'un parcours de santé. Ainsi le projet de prise en charge des patients – « Dialogue, accueil et hospitalité » de l'AP-HP⁸⁹ rappelle qu'une « attention doit être portée à toutes les dimensions de la santé (physique, psychique et sociale) pour chaque patient, considéré en tant que personne dans sa globalité avec son libre-arbitre, ses devoirs et ses droits ». Au sein de ce même projet, il est précisé que l'hospitalité suppose, entre autres, une attention portée « au quotidien logistique (repas, confort, possibilité de recevoir ses proches dans des espaces communs dédiés, espaces verts, cafétéria) ». Cette volonté de penser l'hôpital comme un lieu de vie ne suffit pas pour redonner un sens à l'alimentation et au repas dans ce contexte. En effet, ces éléments, considérés comme appartenant au « quotidien logistique » devraient être « revalorisés ».

Le groupe tire un signal d'alarme auprès des instances politiques et dirigeantes. La façon dont l'alimentation est proposée, préparée servie et perçue à l'hôpital ne pourra évoluer qu'avec un profond

88 Théorie du soin ou de la sollicitude.

89 AP-HP, Projet d'établissement 2015-2019, Projet de prise en charge des patients, page 3.

changement dans la façon de concevoir l'hospitalisation en général et la situation du patient en particulier.

L'alimentation à l'hôpital n'est qu'un symptôme de la façon dont le patient y est considéré.

FICHE 2 : LES ACTEURS DE L'OFFRE ALIMENTAIRE EN MILIEU HOSPITALIER

1. Description de chacun des acteurs

Cette partie vise à décrire le rôle de chacun des acteurs au sein de l'organisation hospitalière en matière d'alimentation telle qu'elle existe actuellement. Cependant, le groupe de concertation ne considère pas pour autant cette situation comme satisfaisante. Le groupe souhaite une évolution dans la façon globale d'appréhender l'hospitalisation et d'y intégrer l'alimentation, ainsi que la répartition des rôles entre chacun des acteurs. Des leviers d'action ont été identifiés au niveau de chacun des acteurs pour améliorer l'offre alimentaire. Il ne s'agit cependant que de modestes amendements de l'existant.

1.1 Acteurs internes

1.1.1 Acteurs de la restauration

1.1.1.1 Ingénieur en restauration ou responsable de cuisine

L'ingénieur en restauration ou le responsable de la restauration supervise les activités de la cuisine. Il est notamment le garant du respect de l'hygiène et de la sécurité sanitaire, il doit veiller à l'application du plan de maîtrise sanitaire. Il assure le pilotage technique des différentes unités de production et distribution au sein de l'établissement. L'ingénieur en restauration a un rôle d'encadrement et d'organisation de ses effectifs. Il participe à l'élaboration des menus avec les diététiciens, parfois au sein de commissions « menu ». Il organise alors la production répondant aux grilles de menus ainsi définies et assure le suivi de la prestation. Il participe également à des actions de formations auprès des soignants (ASH, AS, infirmiers, etc.).

Le responsable de cuisine est également responsable des grands projets tels que les restructurations ou constructions de cuisines ou d'unités centrales de production.

Un certain nombre de contraintes sont à prendre en compte pour la réalisation de ces missions telles que : l'hétérogénéité des convives, le respect de tous les régimes prescrits au moment de la production, les commandes effectuées sur des estimations, l'organisation du travail sur 5 jours pour 7 jours de consommation alimentaire, l'absentéisme et le renouvellement du personnel, les horaires de travail des personnels, la recherche de personnel qualifié (les formations actuelles n'intègrent pas les évolutions des techniques de la cuisine collective). Des contraintes logistiques sont également à noter : la « production de masse » et les techniques de cuisson et de remise en température (ces deux étapes, en fonction des procédés utilisés et du respect des processus, peuvent avoir des effets déterminants sur les textures et le goût des produits qui sont servis aux patients). La contrainte financière est également une réalité avec une enveloppe budgétaire de plus en plus limitée.

Leviers d'action de ces personnels

– Insister auprès des personnels de cuisine sur l'importance du repas pour une personne hospitalisée (moment privilégié de la journée, moment qui doit être protégé en particulier de l'interférence avec les soins, importance de l'alimentation dans le maintien d'un bon état nutritionnel).

Par exemple, le CHU de Rouen a participé à différentes manifestations pour présenter ses innovations culinaires et les cuisiniers eux-mêmes se sont rendus à la remise des trophées. Cette dynamique a eu un véritable impact sur l'investissement des cuisiniers.

– Développer les échanges et la communication entre les cuisines et les services de soins.

Par exemple, proposer des visites de la cuisine aux personnels de soins.

- Se rapprocher des services de soins, et ainsi du patient, le consommateur final qui a besoin de savoir d'où vient son plat, qui a cuisiné pour lui, etc. Réciproquement, rapprocher son personnel des services de soin (motivation, sens).
- Faire des propositions d'organisation et d'évolution à la direction.

1.1.1.2 Personnels de cuisine : agent polyvalent de restauration et cuisinier

Ce sont les personnels chargés de réaliser les préparations alimentaires, le conditionnement et le stockage dans le respect de la réglementation, des modes opératoires et des quantités demandées.

Un responsable de production est souvent chargé d'organiser la production en fonction des besoins. Le travail est, le plus souvent, réalisé sur 5 jours pour 7 jours de consommation, il doit donc lisser la production et organiser le travail du personnel de cuisine en conséquence.

L'intervention du personnel de cuisine est primordiale, alors qu'il n'est pas en contact direct avec le patient, il réalise la prestation qui sera servie au patient. Ce personnel nécessiterait une formation plus adaptée aux fonctions de cuisinier en restauration collective.

Leviers d'action de ces personnels

- Ces agents disposent de peu de leviers d'action à leur propre niveau, si ce n'est dans le dialogue avec leur hiérarchie pour faire connaître leurs besoins et faire éventuellement évoluer les méthodes de travail. Ils ont besoin que la hiérarchie les fasse sortir de la cuisine et leur permette de créer un lien avec le consommateur ou avec le soignant (par exemple, organiser des rencontres avec le patient dans les services de soins à l'heure du déjeuner).
- Le travail de préparation et de présentation des plats. Par exemple : assaisonnement pour développer les qualités organoleptiques des plats, présentation des barquettes ou des assiettes quand les portions sont réalisées en cuisine (mise en valeur des aliments, décoration, etc.). Ce travail a des conséquences importantes sur la perception du repas par le patient. En effet ce travail de présentation et d'assaisonnement des plats a des conséquences critiques sur l'appétence du patient.

1.1.1.3 Assistants de restauration

Ce personnel est sous la responsabilité de l'ingénieur restauration. Ils aident à la commande des repas dans les services de soins, veillent aux dotations (notamment épicerie) et à l'organisation des offices alimentaires. Ils recueillent les avis des patients.

1.1.2 Acteurs du soin

1.1.2.1 Encadrement des personnels soignants : cadre, cadre supérieur de santé et coordinateur des soins

Les cadres et les cadres supérieurs de santé sont chargés de planifier, organiser et coordonner les soins d'un pôle ou d'une unité de soins. Ils assurent la coordination et le suivi de la prise en charge des prestations.

Ils mettent souvent en avant le manque de personnels pour consacrer du temps au repas (prise en compte des aversions ou des goûts, aide à la prise du repas, propositions d'assaisonnements, etc.).

Leviers d'action de ces personnels

– L'investissement d'un cadre de santé peut être un véritable levier d'améliorations dans l'organisation et l'investissement du personnel soignant vis-à-vis du repas. Dans le sens inverse, un cadre soignant qui n'est pas sensibilisé au repas et ne voit pas l'intérêt de porter attention à cette tâche en particulier peut être un véritable frein dans l'investissement des personnels soignants. Si le cadre de santé ne pousse pas son personnel à prêter attention au repas il y a peu de chances pour qu'une dynamique se crée autour de l'alimentation et du temps du repas.

1.1.2.2 Diététicien

Les diététiciens interviennent en experts de l'alimentation afin de l'adapter aux besoins nutritionnels du patient. La profession s'articule entre les services de soin et la cuisine. Il est garant de la qualité de l'alimentation servie quelle que soit la pathologie.

Le diététicien intervient dans la composition des menus et dans la déclinaison d'un menu normal en menus spécifiques. Il participe à l'organisation des prestations de cuisine selon les pathologies, les conditions d'hospitalisation (durées, etc.). Ces menus doivent satisfaire un grand nombre de patients tout en respectant les prescriptions médicales et en obéissant à des normes et procédures spécifiques.

Le diététicien participe au pilotage du logiciel de prise de commande des repas. C'est un élément important, car ce système d'information constitue le lien entre les unités de soins et la cuisine et conditionne l'adéquation entre la commande et le plateau repas.

Certaines contraintes sont à prendre en compte pour la réalisation de l'ensemble de ces tâches : la pathologie des patients, l'impact des coûts sur la qualité des produits. Ceci est difficile, car l'alimentation est à l'interface entre différentes directions. C'est donc un domaine partagé mais, dans les faits il est difficile de mobiliser l'ensemble des acteurs et le risque majeur est que personne ne s'en occupe réellement.

Leviers d'action de ces personnels

– Le travail du diététicien constitue l'interface entre la prise en charge médicale et la production alimentaire.

- Le diététicien doit contribuer, comme tous les autres personnels soignants à l'identification des risques de dénutrition.

NB : Il faut souligner que la production alimentaire à l'hôpital peut être singulièrement compliquée par le recours à des « régimes spéciaux » sans justification scientifique évidente.

1.1.2.3 Infirmier

Les infirmiers ont aussi pour mission de veiller à une alimentation satisfaisante de leurs patients. Cependant, cette tâche est souvent négligée faute de temps.

Ceci est largement dû au poids prépondérant et toujours croissant de la charge de soins à effectifs constants voire réduits.

1.1.2.4 Aide-soignant

La dimension relationnelle de l'aide-soignant avec le patient est primordiale. L'aide-soignant accompagne le patient dans ses activités quotidiennes, dont la prise des repas.

À l'admission du patient, l'aide-soignant, avec ou sans la collaboration du diététicien, recueille ses habitudes, goûts et préférences alimentaires. Ces informations sont entrées dans le logiciel de commande des repas.

Avant le repas :

L'aide-soignant veille à la bonne installation du patient, au lit ou dans un fauteuil et s'assure d'un envi-

ronnement adapté à la prise du repas.

Au moment du repas :

À l'arrivée des chariots dans l'office alimentaire : l'aide-soignant s'assure que la température des plateaux soit aux normes réglementaires.

Les repas qui ne sont pas consommés de suite, en raison de l'absence des patients, seront conservés pour être réchauffés ultérieurement.

Avant de déposer le plateau : l'aide-soignant vérifie son contenu qui doit correspondre à la fiche repas du patient. Pour les repas servis en assiette, l'aide-soignant sert des portions en fonction des habitudes des patients.

L'aide-soignant apporte une aide appropriée à la prise du repas : ouvre les opercules, coupe la viande, pèle les fruits, propose des condiments ou aide à l'ingestion des aliments.

Au moment de desservir, l'aide-soignant note les commentaires du patient et les quantités consommées. Il transmet ses observations à l'infirmier et/ou au diététicien qui pourront mettre en place un suivi nutritionnel si nécessaire.

Après le repas, l'aide-soignant veille à réinstaller confortablement le patient.

Cependant, certaines contraintes empêchent souvent la réalisation de ces tâches et notamment :

- ➔ le fait de devoir répondre aux sonnettes pendant le service du repas et de devoir intervenir dans des situations d'urgence ;
- ➔ le manque de personnel et la rapidité de son renouvellement ; à l'influence négative de l'équipe et de la hiérarchie, non sensibilisées à l'importance des repas ;
- ➔ le fait d'être confronté à la cadence imposée par la récupération des chariots.

Leviers d'action de ces personnels

- Passer de la notion de « distribution des plateaux » à celle de « service du repas »⁹⁰.
- Donner un regard positif sur le repas et avoir soi-même une image positive.
- Réaliser des gestes simples faisant la différence : par exemple, réorganiser le plateau, déplier la serviette, annoncer ce qui est au menu, etc.
- Aider les patients au moment du repas.
- Être intégrés aux CLAN ou à toute autre commission liée à l'alimentation, dans le but de faire évoluer la qualité du service hôtelier.
- Être présents dans les commissions qui déterminent les programmes de formation initiale et continue et demander à ce que des modules complémentaires relatifs à l'alimentation soient intégrés.

Proposer une spécialisation hôtelière pour les aides-soignants.

NB : La mise en pratique de ces leviers d'action se heurte au poids prépondérant et toujours croissant de la charge de soins à effectifs constants voire réduits.

1.1.2.5 Agent des services hospitaliers

L'agent de service hospitalier (ASH) occupe une fonction d'entretien et d'hygiène des locaux. Il intervient régulièrement en complément de l'aide-soignant au moment du service du repas alors que ce personnel n'est pas formé pour réaliser cette activité.

90 Anna-Claudia Ticca, linguiste, citée par Maxime Michaud, sociologue au centre de recherche de l'Institut Paul Bocuse, lors de son intervention devant le groupe de concertation du CNA, réunion du 23 avril 2015.

Leviers d'action de ces personnels

- Exiger une formation de base à l'accompagnement des repas.
- Transmettre les informations recueillies (goûts, habitudes, etc.) qui permettront de répondre aux attentes du patient, le cas échéant.

1.1.2.6 Médecin

Le médecin a un rôle essentiel, puisqu'il prescrit le régime alimentaire du patient (régime normal, régimes spéciaux standardisés, prise en charge spécifique).

Mais les médecins participent peu au reste du processus, dont ils semblent souvent se désintéresser complètement – à l'exception de quelques-uns d'entre eux. À travers les médecins, se pose la question de la médicalisation, voire celle de la sur-médicalisation du repas, lorsqu'il est demandé à ce que celui-ci soit adapté à chaque type de pathologie sans penser à ce que le patient aura réellement dans l'assiette.

Les médecins nutritionnistes ont bien entendu un rapport différent à l'alimentation qui est leur objet d'étude. La formation des médecins dans le domaine de la nutrition est très hétérogène et souvent de qualité moyenne entre les différentes facultés de médecine.

La priorité pour les médecins est de soigner le patient de sa pathologie ou de le soulager de celle-ci. Les médecins accordent peu de temps et d'intérêt à l'alimentation qui joue pourtant un rôle essentiel pour l'équilibre nutritionnel des patients.

Leviers d'action de ces personnels

- Un médecin conscient de l'importance de l'alimentation dans le processus de prise en charge des patients aura un rôle déterminant pour l'ensemble de l'unité de soins ou du service : respect du temps dévolu au repas, travail sur les régimes prescrits, sensibilisation des personnels, etc.
- Il faut réduire le nombre des régimes existants, qui ne sont pas toujours scientifiquement justifiés et qui, dans tous les cas, compliquent considérablement la production alimentaire à l'hôpital.
- Le médecin comme tous les personnels soignants doit être très attentif aux risques de dénutrition.

1.1.3 Acteurs du pilotage

1.1.3.1 Chef d'établissement hospitalier

Le directeur d'hôpital, lorsqu'il est placé en position de directeur général, impulse les dynamiques et décide des orientations générales de l'établissement. Ainsi, il est amené à faire des choix quant aux priorités à mener et quant à la répartition des crédits budgétaires. Or, et de plus en plus, la décision est prise dans un cadre contraint et le chef d'établissement doit concilier diverses injonctions contradictoires.

Si la priorité reste les dépenses médicales et soignantes, en particulier dans un établissement en difficulté, le directeur général définit également la stratégie de l'hôpital pour laquelle diverses variables entrent en jeu et notamment la qualité des prestations d'alimentation.

L'alimentation à l'hôpital devrait donc être perçue par les directeurs généraux comme un levier essentiel de la qualité à l'hôpital et donc comme un axe important de la politique globale et de long terme de l'établissement.

Leviers d'action de ces personnels

- Le directeur est le premier acteur qui peut faire évoluer l'organisation de l'alimentation au sein de son établissement. C'est lui qui peut définir et imposer la politique alimentaire.
- Conduire une réflexion générale sur l'organisation du repas (production, approvisionnements, service, etc.).
 - Définir une stratégie d'établissement sur la qualité de l'alimentation et en faire un élément

de développement de l'attractivité de l'hôpital.

- Allouer un budget suffisant au regard des orientations adoptées en matière d'alimentation.

1.1.3.2 Directeur des achats ou des services économiques / Directeur de la logistique

Souvent réunies au sein d'une même direction, la gestion des achats et la gestion de la logistique jouent un rôle central dans l'alimentation à l'hôpital.

Le directeur des achats détermine la politique achat de l'établissement ; en cela il décide des priorités en matière d'achat alimentaire, et notamment les besoins (en lien avec les acheteurs) ; le choix des fournisseurs et les critères de choix des offres. Les orientations choisies sur les achats alimentaires ont des conséquences directes sur la production.

De plus en plus, le directeur des achats inscrit son action au sein du territoire et il est également incité à réaliser des achats au sein de groupement, lui permettant de diminuer ses coûts même si ses marges de manœuvre en sont limitées.

Le directeur de la logistique joue un rôle essentiel dans l'organisation de la production alimentaire et de ce fait, il est en capacité d'impulser des dynamiques d'optimisation et d'amélioration de la qualité alimentaire à l'hôpital, en agissant sur les processus et par le management des équipes.

Sa liberté de choix est cependant limitée par l'obligation de réaliser l'essentiel des achats par le biais de centrales d'achat (par exemple, UniHA), bien que des possibilités aient été récemment ouvertes pour faciliter les achats d'une alimentation de qualité préférentiellement issue de circuits courts.

Leviers d'action de ces personnels

- Proposer des évolutions dans la politique d'achat au directeur d'hôpital, en utilisant des outils tels LOCALIM mis en place par le Ministère chargé de l'agriculture.
- Conduire une dynamique dans l'organisation de la production alimentaire.

1.2 Acteurs institutionnels

1.2.1 État : Ministères chargés de l'agriculture et de la santé, Agences régionales de santé

L'État joue un rôle à travers le Ministère chargé de la santé et, notamment, les agences régionales de santé (ARS).

Le Ministère chargé de la santé a un rôle moteur dans la politique hospitalière à travers la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) qui est responsable de la régulation de l'offre de soins et doit garantir l'égal accès, la qualité, la sécurité et la continuité des soins. C'est également la DGOS qui conçoit et met en œuvre la politique de tarification des établissements de santé. Dans un contexte de contraintes budgétaires et de maîtrise des dépenses publiques, la DGOS mène une politique de maîtrise des dépenses de santé. Le programme PHARE a ainsi pour objectif la maîtrise des achats hospitaliers, dont les achats alimentaires sont partie intégrante.

Dans chaque région, une ARS a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale et des principes fondamentaux de l'assurance maladie. L'ARS est le pilote principal du système de santé au niveau régional.

L'État joue également un rôle à travers le Ministère chargé de l'agriculture qui pilote la politique de l'alimentation. La DGAL (Direction générale de l'alimentation), au travers du Programme National pour l'Alimentation, valorise et promeut des initiatives exemplaires liées aux enjeux de l'alimentation, notamment à travers des appels à projets sur ses axes prioritaires : justice sociale, éducation alimentaire, lutte contre le gaspillage alimentaire et ancrage territorial de l'alimentation. Le PNA a en particulier un rôle incitatif en termes d'approvisionnement local et de qualité en restauration collective, notamment publique, et les hôpitaux sont concernés

En pratique, il n'existe pas de coordination à l'échelle nationale concernant les décisions prises au sujet de l'alimentation hospitalière. Les ministères chargés de l'agriculture et de la santé poursuivent des objectifs qui sont parfois vécus comme contradictoires au sein des hôpitaux : massification des achats contre achat local, par exemple.

Au sein même de la politique d'offre de soins (DGOS et ARS) les orientations ne sont pas toujours cohérentes avec le constat que l'alimentation est un déterminant majeur de la santé. En particulier, l'alimentation à l'hôpital n'est pas pensée en fonction d'une politique globale et cohérente. Il en résulte qu'elle est généralement perçue uniquement à travers le prisme économique.

La décision publique en matière d'alimentation à l'hôpital apparaît morcelée et incohérente.

1.2.2 Financeurs : sécurité sociale et mutuelles

Le système de santé est financé, majoritairement, par la sécurité sociale et, pour une moindre part, par les mutuelles.

Le Parlement vote, chaque année, une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Chaque citoyen participe ainsi au financement du système de santé. Ce financement collectif ne doit pas être occulté, il s'agit d'un choix de société dont l'hôpital public est comptable vis-à-vis des patients.

1.3 Prestataires de services et fournisseurs

1.3.1 Industriels

Pour les denrées alimentaires

Compte-tenu du nombre de points de restauration en France⁹¹, les filiales ou services dédiés à la Restauration Hors Domicile (RHD) des entreprises agroalimentaires commercialisent des produits spécifiques, des solutions répondant aux besoins des opérateurs (surfaces des locaux, sécurité sanitaire, productivité, etc.).

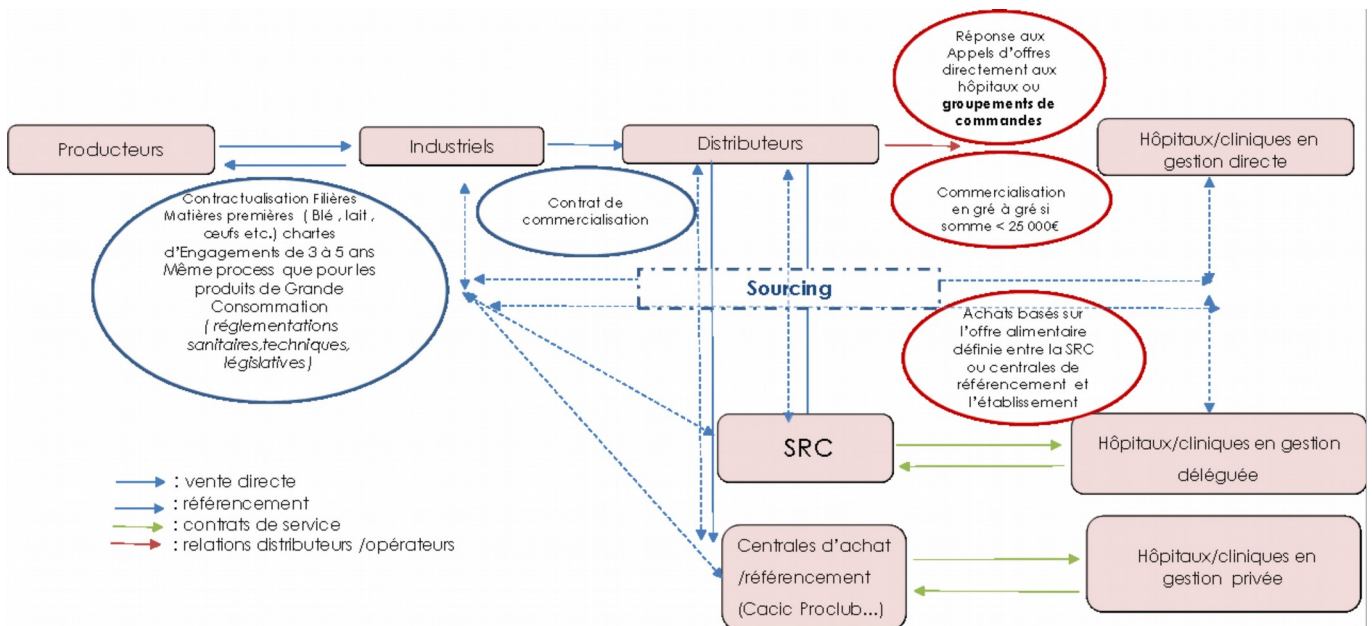
C'est un réseau de distributeurs/grossistes, le plus souvent spécialisés dans ce domaine, qui sont en contact direct avec les opérateurs finaux. La commercialisation et la distribution des produits alimentaires restent complexes compte tenu de l'hétérogénéité des structures de restauration, des clients et des consommateurs/convives.

Ce sont le plus souvent les distributeurs grossistes qui répondent aux appels d'offre émis par le secteur hospitalier public soit en direct soit via des groupements de commandes. Les procédures de rédaction des cahiers des charges et de définition des besoins sont complexes. Dans 17 % des cas⁹², la gestion de la restauration des hôpitaux publics peut être externalisée en totalité ou en partie à une société de restauration ou centrale de référencement ; un cahier des charges définit l'offre alimentaire auprès de la sociétés de restauration collective (SRC) qui aura la charge de fournir les produits à son client.

91 Environ 250 000, restauration commerciale et collective confondues, selon des chiffres de l'ANIA, 2016.

92 Selon le Girafoodservice – Étude restauration – 2015.

Schéma récapitulatif des interactions dans la chaîne d'approvisionnement



Source : Geco Food Service

Les caractéristiques techniques de produits développés par les industriels pour la RHD nécessitent, de la part des acheteurs publics et privés de s'informer en amont des spécificités des produits et des solutions apportées (concernant la sécurité sanitaire, la taille des portions, les caractéristiques nutritionnelles, la praticité et la productivité). Il est souvent difficile, pour les industriels, d'établir des contacts avec les diététiciens, les ingénieurs restauration, les acheteurs, les CLAN, les hygiénistes, etc. car les circuits décisionnels sont opaques et multiples. Plusieurs difficultés ont été identifiées :

- Les contraintes budgétaires des établissements (programme PHARE)⁹³ ;
- Le renouvellement des équipes de cuisine, la restriction des effectifs dans certains cas, le défaut de formation spécifique ;
- La loi de modernisation de notre système de santé⁹⁴ risque de bouleverser les circuits décisionnels entre fabricants et opérateurs.

Pour les équipements

La configuration actuelle de la préparation et du service des repas à l'hôpital nécessite l'utilisation de différents équipements. Les schémas de commande sont les mêmes que pour les denrées alimentaires.

Il faut souligner que les investissements nécessaires à l'acquisition de certains équipements et les coûts liés à leur entretien sont très élevés.

93 Voir [#Fiche 5 : Structure du coût d'un repas](#)

94 Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Exemple : les fabricants de chariots. Les chariots de distribution de repas sont nécessaires pour réaliser la liaison entre le lieu de préparation et le lieu de consommation du repas. L'acquisition de chariots permet à l'hôpital de répondre à différents problèmes :

- structurels (transporter le repas du lieu de fabrication au lieu de consommation) ;
- sanitaires (ce matériel de transport doit être en mesure de maintenir les températures adéquates et de remettre en température dans de bonnes conditions) ;
- organisationnels (ces chariots peuvent éventuellement répondre à un manque de personnel).

Des panels de techniques existent et le choix du chariot dépend ainsi de l'organisation de l'hôpital⁹⁵.

1.3.2 Distributeurs

Généralement, les produits sont commercialisés par les distributeurs et non directement par les industriels. Ce sont donc plus souvent des distributeurs qui se positionnent sur les marchés. Ils répondent aux appels d'offre des hôpitaux et assurent la logistique (livraisons, approvisionnements, etc.) tout au long du marché.

Leurs relations avec les établissements hospitaliers sont régulières.

1.3.3 Sociétés de restauration collective (SRC)

Leur rôle est développé dans la fiche thématique n°4 sur les différents modes de gestion.

1.3.4 Architectes

Ils interviennent lors de la construction ou du réaménagement des établissements hospitaliers. En cela leurs rapports avec les établissements hospitaliers sont beaucoup moins réguliers que pour les fournisseurs de denrées alimentaires et de matériels. L'intervention d'un architecte devrait remettre en cause l'organisation même de l'établissement.

Lors de la construction ou du réaménagement d'un établissement, les hôpitaux publics passent par un appel d'offre et procèdent à l'évaluation de leurs besoins (marché de programmation) avant de faire appel aux architectes. Les appels d'offre sont contraignants et pour espérer remporter le marché public, les architectes doivent se plier aux orientations choisies en amont par l'établissement. Les architectes sont contraints par le programme défini en amont et par les instances. Ce système peut être domageable pour les constructions nouvelles dans la mesure où le commanditaire peut imposer un cadre obsolète plutôt que d'envisager une nouvelle organisation.

Il faut donc se demander au moment de sa conception quelles seront les fonctions d'un hôpital au terme de 10 ans. Les architectes doivent ainsi travailler avec un personnel qui a adapté ses façons de travailler en fonction du bâtiment existant, alors que le défi est d'imaginer l'hôpital de demain.

Il faut une évolution de l'architecture hospitalière, respectant les nouvelles contraintes liées à l'évolution des techniques médicales mais également celles liées à l'amélioration de l'accueil et de l'hébergement des patients. En particulier, il faut remettre en cause l'alimentation systématiquement servie à la chambre. Ceci ne se justifie pas pour une majorité de patients⁹⁶.

95 Voir [Différents types de service \(Fiche 3\)](#)

96 Voir [Différents types de service \(Fiche 3\)](#)

2. Articulation et interfaces entre les acteurs

Un constat récurrent est celui du manque de communication entre chacun des acteurs entraînant une « organisation cloisonnée », que l'on devrait plutôt appeler une désorganisation programmée. Une des solutions proposée il y a 20 ans devant le même constat était la création des CLAN.

2.1 Le CLAN (Comité de Liaison Alimentation et Nutrition)

La constitution de CLAN au sein des hôpitaux était une des propositions du rapport Guy-Grand. La circulaire DHOS du 29 mars 2002⁹⁷ vient préciser les missions de cette instance facultative :

- dépister à l'admission les troubles nutritionnels ;
- relever les goûts et les aversions des patients ;
- assurer une offre alimentaire adaptée aux besoins ;
- prescrire une alimentation artificielle selon le bon usage ;
- surveiller l'état nutritionnel et la consommation ;
- former les professionnels de santé.

C'est cette circulaire qui prévoit également la mise en place d'Unités Transversales de Nutrition Clinique (UTNC) pour les situations nutritionnelles complexes ou spécialisées.

L'objectif du CLAN est également de fédérer les différents acteurs de l'alimentation autour d'un objectif commun. Différents professionnels sont cités dans la circulaire pour être membres du CLAN : médecins, pharmaciens, diététiciens, cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, responsables de restauration, directeurs chargés de la logistique et des services économiques, responsables de formation, responsables de l'évaluation et de la qualité, représentants des usagers (depuis la loi de santé publique).

Le CLAN est une structure non obligatoire, qui n'a qu'un rôle de conseil auprès de la direction et de la CME (Commission Médicale d'Établissement).

En pratique, les expériences sont variables selon les établissements. Selon la taille des établissements, le développement et le rôle du CLAN n'est pas le même.

Quelques exemples d'études de cas

Dans un établissement de taille importante, le CLAN semble avoir une réelle influence sur certaines organisations et certaines pratiques (le service du repas, l'heure à laquelle le repas est servi, etc.).

Dans un autre de taille plus réduite, le CLAN existe mais n'est pas actif ou il est totalement accaparé par une profession (ce qui anesthésie les objectifs premiers d'un CLAN).

Dans un autre établissement de taille importante, la mise en place du CLAN semble avoir désorganisé l'équilibre qui existait avant avec deux conseils (un conseil de la nutrition et un conseil de l'alimentation). Les initiatives ont été ralenties et de nombreuses personnes s'en sont désintéressées.

Un CLAN peut être à l'origine de dynamiques favorables pour l'ensemble de l'établissement mais plusieurs difficultés semblent être récurrentes :

- le manque d'intérêt des médecins et particulièrement de la CME pour les travaux du CLAN ;
- l'absence d'aide financière ou humaine pour faire fonctionner le CLAN ;
- le besoin de personnalités fortes et motivées pour porter le CLAN. Le CLAN repose sur quelques personnes très impliquées, son fonctionnement et son efficacité vont dépendre des personnes présentes et

97 Circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 19 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.

de leur motivation ;

– la difficulté d'impliquer les administratifs et les décideurs et surtout il est dépourvu de tout de pouvoir exécutif.

Le CLAN reste également une instance peu connue des personnels hospitaliers. Par exemple, de nombreux aides-soignants ne connaissent pas l'instance qu'est le CLAN⁹⁸. Une étude citée par M. Jean-Philippe Sajus est éloquent. Dans une enquête réalisée au premier trimestre 2015 auprès de 93 étudiants en formation dans six écoles du sud et sud-ouest de la France, dans les IFSI (Instituts de Formation en Soins Infirmiers) notamment auprès des aides-soignants, dans 58 % des cas, les aides-soignants ne connaissent pas les CLAN et 42 % déclarent en avoir entendu parler⁹⁹.

Le CLAN, même s'il a pu participer dans certains établissements à améliorer la communication entre chacun des acteurs et à déclencher de véritables dynamiques sur certains sujets, n'a pas permis de donner à l'alimentation la place souhaitée.

Dans le domaine de l'alimentation hospitalière, les CLAN n'ont pas eu l'effet souhaité. Leur impact sur le dépistage de la dénutrition à l'hôpital (chez l'adulte comme chez l'enfant) est également discutable comme en témoigne la nouvelle campagne de lutte contre la dénutrition hospitalière¹⁰⁰.

En conclusion, la création des CLAN, suggérée par le rapport de 1997, n'a donc pas eu l'effet escompté.

2.2 Enjeux et systèmes de contraintes différents

De nombreux acteurs sont amenés à intervenir tout au long de la chaîne alimentaire hospitalière. Pour la plupart de ces acteurs, il ne s'agit pas de leur mission principale. Le personnel du service restauration et les diététiciens sont les seuls acteurs dont l'essentiel des tâches est tourné vers l'alimentation. Leurs lieux de travail sont, souvent, géographiquement éloignés des lieux de soins.

Les personnels de soins et les médecins ont pour mission principale le soin. Or, actuellement l'alimentation n'a pas sa place en tant que soin à part entière. L'alimentation est encore souvent considérée comme une tâche annexe et logistique.

La formation, à la fois initiale et continue de ces personnels, est en partie responsable du manque d'intérêt porté à l'alimentation. L'alimentation est souvent absente des formations et lorsque celle-ci est évoquée, elle l'est principalement sous l'angle nutritionnel. Il est, certes, nécessaire d'inculquer des notions de nutrition et l'équilibre nutritionnel doit avoir une place primordiale à l'hôpital. Mais les formations des personnels hospitaliers doivent également faire une place aux dimensions affectives et symboliques de l'alimentation sans lesquelles le repas à l'hôpital ne pourra être qu'un échec.

Ceux qui gèrent l'alimentation ne sont pas ceux qui gèrent les soins. Il y a un problème de communication et de diffusion de l'information au sein des différentes équipes. L'organisation hospitalière en favorisant la parcellisation des tâches et l'éloignement géographique induit des difficultés de communication entre chacun des acteurs. Pour parler d'un phénomène similaire, les différentes professions n'utilisent pas nécessairement les mêmes mots. Par exemple, pour parler d'une quantité alimentaire servie à un patient, les médecins nutritionnistes parlent de calories, les diététiciens de grammages et les cuisiniers de portions.

Les missions de soins prennent de plus en plus de place, le temps d'hospitalisation est réduit et les patients présents à l'hôpital ont souvent besoin de soins lourds. En parallèle, les effectifs sont réduits et les soignants sont amenés à optimiser l'ensemble de leurs tâches. Dans cette perspective, le temps du repas doit également être optimisé et l'organisation actuelle ne permet pas aux soignants d'y consacrer le soin nécessaire.

Chacun des acteurs se voit ainsi entraîné dans une optimisation des tâches au quotidien qui ne laisse que

98 Personnes rencontrées lors de visites d'hôpitaux et enquêtes menées par les représentants d'aides-soignants auprès de leurs collègues.

99 Intervention devant le groupe de concertation du CNA de Jean-Philippe Sajus, docteur en sociologie et représentant de la CNDCH, réunion du 23 avril 2015.

100 Collectif de lutte contre la dénutrition, Pr Eric Fontaine.

peu de temps pour s'inscrire dans une perspective globale du « prendre soin » comme celle dont l'alimentation aurait besoin.

Chacun des acteurs perçoit l'alimentation à travers un prisme différent. Les médecins perçoivent souvent l'alimentation d'un point de vue médical et attendent donc le respect des prescriptions.

Pour le personnel de cuisine, l'alimentation est perçue à travers le prisme de la production et de la logistique, l'objectif est de pouvoir répondre à la demande des services de soins.

Les soignants intègrent l'alimentation comme une des tâches qu'ils doivent effectuer parmi de nombreuses autres tâches dans un temps limité.

Pour la direction, l'alimentation est principalement perçue à travers un prisme financier. Dans certaines politiques d'établissements, l'alimentation est également vue comme participant de l'attractivité de l'établissement. Cette vision devrait inciter la direction à promouvoir une politique en faveur de l'amélioration de l'alimentation.

Ce cloisonnement entre les différentes tâches aboutit à un oubli de l'objectif global : la satisfaction du patient. En bout de chaîne, il n'est que rarement satisfait alors que chacun des acteurs intervenus peut avoir la sensation d'avoir réalisé « sa tâche » correctement.

Face à une telle complexité et un tel cloisonnement de l'organisation, il est légitime de se demander quelle place est réellement accordée au patient, à ses besoins et à ses désirs.

FICHE 3 : LES ÉTAPES DE LA RESTAURATION HOSPITALIÈRE

Cette fiche décrit les différentes étapes de la restauration hospitalière telles qu'elles se déroulent actuellement dans la plupart des établissements. Cette fiche pointe également les faiblesses de cette organisation et les possibilités d'améliorations.

1. Offre alimentaire

L'objectif de l'offre alimentaire d'un établissement de santé est d'assurer la couverture des besoins nutritionnels de chacun des patients. L'offre alimentaire d'un établissement hospitalier est composée de menus établis sur un cycle de plusieurs semaines.

Au sein d'un établissement, il existe généralement une « commission menus ou restauration » qui se réunit pour établir les cycles de menus et leur composition. Dans les établissements où ce n'est pas le cas, le diététicien prépare seul un plan alimentaire qui précise les catégories de produits à utiliser. Le service de restauration le réalise en choisissant les aliments et les plats correspondant.

Une des spécificités de la restauration hospitalière est l'existence de nombreux « régimes » alimentaires différents censés répondre à certaines pathologies ou aux différences d'âges.

Force est de constater que ces « régimes » constituent une importante source de complication pour la production. Cet inconvénient majeur ne paraît pas contrebalancé par une justification scientifique appropriée. Une révision sans concession et une simplification drastique de la liste de ces régimes s'imposent.

En effet, un plan de menu prévoit un menu normal qu'il faut décliner en autant de menus qu'il y a de régimes ainsi qu'un ensemble de menus correspondant à des régimes alimentaires spécifiques. Un plan de menus prévoit généralement une certaine variété afin d'éviter les éventuelles aversions des patients. Enfin, différentes textures d'alimentation peuvent être proposées en fonction de besoins particuliers.

Dans certains hôpitaux, le patient peut choisir les plats qu'il souhaite consommer sur une carte.

Les cycles de menus sont établis sur une durée de plusieurs semaines : dans de nombreux services, les durées de séjour sont plus courtes que la rotation des plats. Prévoir une rotation des plats sur une durée plus courte permettrait de proposer des plats plus travaillés. Les plans alimentaires ne sont ainsi pas toujours adaptés aux durées de séjour.

Dans de nombreux établissements, l'offre alimentaire est devenue très complexe, ce qui en rend la production d'autant plus difficile.

Une des principales causes de cette complexité est l'existence de « régimes » très nombreux. La multiplicité de ces régimes alimentaires paraît relever plus d'une habitude ancrée dans les esprits que d'une réelle nécessité. Cette situation est à l'origine d'une sur-production pour pouvoir répondre à tous les besoins. Cette complexité mobilise une énergie considérable de la part du service de production, souvent au détriment du « régime normal » et est à l'origine d'un gaspillage important. Une simplification de ces pratiques ne pourrait être que bénéfique aux patients comme au service de restauration.

À titre d'exemple, le CHU de Toulouse a repensé sa prestation alimentaire en partant de trois constats : la multitude de régimes, la multitude de plats, et en conséquence les lourdeurs de gestion technique, économique et social.

Une réflexion a été menée dans chacun des pôles cliniques du CHU avec les diététiciens et les équipes médicales sur le type d'alimentation et le type de prescriptions alimentaires correspondant aux besoins des personnes soignées. Cinq grandes catégories d'alimentation ont

été retenues : normale, hyposodée, digestif, textures modifiées et enfants.

En parallèle, un travail autour de la compatibilité des plats a été effectué de sorte qu'un même plat soit compatible avec plusieurs régimes. L'offre alimentaire a ainsi été considérablement simplifiée, ce qui permet de s'adapter aux attentes des patients. La mise en place de cette prestation s'est faite dans le cadre d'un partenariat avec un industriel qui fournit le plat principal.

Certains établissements font preuve d'une réelle inventivité afin de favoriser la consommation alimentaire des patients.

Exemple du CHU de Rouen

Travail sur le « manger main ». Effets vertueux de ces innovations pour les patients (plaisir de manger, etc.) et pour les personnels de cuisine (valorisation du travail, fierté, etc.). Expérience qui remet du lien entre les cuisiniers et les convives, lien qui se retrouve très peu à l'hôpital.

Exemple du CH de santé mentale Henry EY :

Le « manger main » a été développé de façon importante et a montré qu'une alimentation adaptée peut permettre de soigner un patient spécifique (lutte contre la dénutrition notamment) et de lutter efficacement contre le gaspillage alimentaire.

2. Différentes étapes du processus : de l'achat jusqu'à la consommation finale

2.1 Production

2.1.1 Achat de denrées

L'obligation de passer par une procédure de passation d'un marché public pour tout achat dépassant 25 000 euros¹⁰¹ ne concerne que les acheteurs publics, dont les établissements publics de santé font partie (CH, CHRU, hôpitaux psychiatriques), mais dont les établissements de santé privés d'intérêt collectif et les établissements privés à but lucratif sont exclus.

La rédaction de l'appel d'offre est une étape importante, car le contenu de celui-ci détermine le type de produits, les qualités et les quantités souhaités par l'établissement dans le cadre du marché public. En fonction de ces critères, les fournisseurs choisiront de se positionner ou non sur ledit marché. Du fait du développement des regroupements d'hôpitaux, les appels d'offre sont principalement rédigés au niveau de groupements d'achat.

Les appels d'offre des hôpitaux sont des documents standardisés qui laissent peu de place à la créativité et à la nouveauté de la part des fournisseurs.

Le choix des allotissements est également une étape essentielle dans un marché public : la façon de créer un lot oriente la réponse des candidats et des fournisseurs et détermine le niveau de performance qui sera obtenu.

Le phénomène de massification des marchés est très présent en milieu hospitalier et a pour objectif d'obtenir de meilleurs prix en achetant de grandes quantités. Le programme PHARE en est l'illustration récente en poursuivant l'objectif : comment acheter mieux avec moins tout en conservant une qualité équivalente¹⁰².

101 Nouveau seuil fixé par décret n°2015-1904 du 30 décembre 2015 modifiant les seuils applicables aux marchés publics et autres contrats de la commande publique.

102 Le programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables) est un programme piloté par la DGOS dont l'objectif est de dégager des « économies intelligentes », en achetant mieux pour donner des marges de manœuvre

Cette massification prend la forme de groupements ou de centrales d'achats. Les groupements d'achats se multiplient au niveau national (UniHA) et au niveau régional (ACHAT, GRAAL, GHT, etc.).

Un groupement d'achats est un réseau d'établissements de santé dans lequel un coordonnateur nommé est chargé d'effectuer, pour le compte des membres du réseau, tout ou partie du processus d'achat. L'objectif est d'atteindre la masse critique nécessaire pour accéder à tous les leviers d'optimisation des achats. Cette gestion entraîne une modification du processus d'achats : il faut réussir à coordonner des objectifs stratégiques d'établissements autonomes avec la stratégie d'un collectif d'établissements dans lequel chacun devra garantir ses intérêts tout en acceptant des compromis¹⁰³.

UniHA est un groupement de coopération sanitaire (GCS) regroupant 67 hôpitaux publics, réalisant 3 milliards € d'achat annuel et composé de 15 filières d'achat.

La filière Restauration a généré 3,9 millions € TTC de gains sur l'année 2015 et 47 établissements en moyenne se positionnent sur les marchés (hors produits de santé).

Ces initiatives sont lancées par le Ministère chargé de la santé (Direction Générale de l'Offre de Soins-DGOS) avec l'objectif de contribuer à l'optimisation de la fonction achat au sein des établissements de santé. La mutualisation des achats entre établissements hospitaliers via les groupements d'achats est un moyen permettant de générer des économies significatives, comme le montre l'exemple de UniHA.

La loi de modernisation du système de santé acte la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Les groupements d'achats devraient se faire à travers les GHT. La loi oriente vers une réflexion sur les achats de proximité à travers les GHT, cela permettrait de décentraliser certains achats qui se réalisent aujourd'hui au niveau d'UniHA et d'impliquer les petits établissements.

La question de l'approvisionnement local dans le cadre de la réglementation des marchés publics a fait l'objet d'un guide pratique « favoriser l'approvisionnement local et de qualité en restauration collective »¹⁰⁴ publié par le Ministère chargé de l'agriculture. Les règles relatives aux marchés publics se sont assouplies et, en encadrant bien ces pratiques, de nombreuses possibilités s'offrent aux acheteurs pour assurer plus de qualité (produits issus de l'agriculture de proximité, produits bio, produits de saison).

Boîte à outils LOCALIM : Pour aider les acheteurs publics à favoriser l'approvisionnement local et de qualité, le ministère chargé de l'agriculture a élaboré avec l'aide de la Direction des achats de l'État un outil à destination des acheteurs publics de la restauration collective en gestion directe. Cet outil opérationnel met l'accent sur la dimension filière des achats en invitant l'acheteur à mieux prendre en compte les spécificités de celle-ci à chaque étape du processus d'achat.

Cette boîte à outils est disponible à l'adresse suivante : <http://agriculture.gouv.fr/localim-la-boite-outils-des-acheteurs-publics-de-restauration-collective>

2.1.2 Préparation des repas

Dans le domaine de la production alimentaire, des unités centrales de production, souvent géographiquement éloignées des hôpitaux, livrent désormais les repas dans des unités relais.

Ce mouvement de centralisation de la production est visible dans tous les établissements hospita-

supplémentaires aux hôpitaux, dans un contexte général de réduction budgétaire en conservant le niveau actuel de prise en charge des patients.

103 Béatrice Vincent et Marie-Annick Montalan, les groupements d'achats hospitaliers, coordination de l'action collective au niveau du territoire de santé.

104 Guide pratique, Favoriser l'approvisionnement local et de qualité en restauration collective, Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt, novembre 2014.

liers : regroupement de cuisines de différents établissements hospitaliers, regroupement de différents types de cuisines (écoles, collectivités, hôpital, etc.). Ce phénomène est concomitant à celui du regroupement et de la mutualisation des cuisines d'établissements géographiquement proches.

Il existe ainsi différents types de cuisines.

Dans une cuisine de production, des produits de différentes gammes sont reçus, que les agents de restauration ont pour mission de préparer. Du fait de plusieurs paramètres (la quantité de repas produits, la variété des profils alimentaires, le lissage de la production, la liaison froide, etc.), cette activité nécessite des compétences qui ont évolué et la maîtrise de techniques particulières pour les cuissons, le suivi des températures, etc. En fonction de la taille et de l'organisation de l'établissement, les plateaux repas sont montés au sein de la cuisine de production ou des barquettes multi-portions sont envoyées dans des unités relais ou directement au niveau des services de soins.

Une cuisine centrale est un regroupement de la production culinaire destinée à plusieurs bâtiments en un seul et même lieu. Une cuisine centrale est ainsi souvent complétée par plusieurs unités relais. Il y a un vrai mouvement de cette concentration de la production de la restauration hospitalière.

Dans une cuisine d'assemblage, l'essentiel des tâches consiste à assembler des produits déjà préparés sur un plateau repas en fonction d'une fiche repas indiquant les produits à disposer. Le montage des plateaux peut se faire à la chaîne (une dizaine de personnes, et chacune est chargée de compléter le plateau avec un type de produit) ou des centres de dressage des plateaux (un agent prépare la totalité du plateau). Les unités relais peuvent avoir le même rôle. Ce type de cuisine est le modèle majoritairement développé aujourd'hui.

Une cuisine mutualisée est une cuisine qui produit pour différents types de restauration (entreprise, scolaire et établissements de santé). C'est, par exemple, le cas de la cuisine de Lons-le-Saunier qui produit des repas pour la crèche, l'école, l'hôpital et des salariés. Ce système de mutualisation de différentes restaurations se développe de plus en plus.

La production suit souvent un processus industrialisé dont l'objectif est de répondre à des besoins principalement quantitatifs alors que nous souhaiterions que la qualité soit un des principaux objectifs poursuivis.

La production des repas est réalisée sur des estimations, car elle intervient plusieurs jours avant la consommation effective du repas par le patient et donc avant la connaissance exacte des besoins. Les supports informatiques des hôpitaux permettent de connaître très en avance les besoins sur un jour particulier : les estimations sont faites en fonction de l'année précédente et la plupart des hospitalisations étant prévues, il est possible de connaître le nombre de patients attendus chaque jour.

La production est généralement lissée sur cinq jours pour un besoin existant sept jours sur sept. Cette organisation permet aux personnels de restauration d'avoir des horaires de travail « classiques ».

La plupart des établissements utilisent le système de liaison froide¹⁰⁵ pour assurer la liaison entre la production et la consommation. Cela implique l'utilisation de nouvelles techniques de cuisson pour s'adapter à ce type de liaison et conserver la saveur et les qualités organoleptiques des aliments.

La question de l'intérêt du système de liaison froide s'est posée à plusieurs reprises au sein du groupe de concertation, notamment concernant la question de la dépense énergétique. Le choix entre liaison froide et liaison chaude repose plutôt sur des problématiques organisationnelles : logistique, transport, temporalité. La liaison froide permet de gérer des quantités importantes de production dans un temps décalé par rapport à la prise du repas. Concernant la consommation énergétique, les besoins en fluide réfrigéré sont nécessairement très importants pour la liaison froide mais les coûts en termes de fonctionnement et de maintenance sont également importants (pollution, pannes, etc.). À l'heure actuelle, le système de liaison froide est la solution retenue par la grande majorité des établissements compte tenu du décalage entre la production et la consommation.

Une fois la fabrication effectuée, les préparations sont portionnées en barquettes individuelles ou multi-portions en fonction du besoin des établissements, puis alloties en fonction des destinataires.

105 La liaison froide, comme la liaison chaude, est un mode de production des repas. En liaison froide, les plats sont préparés en cuisine centrale ; après leur cuisson, les plats sont réfrigérés puis stockés à basse température (la température varie en fonction de la durée de conservation souhaitée). Avant la consommation, les plats sont remis en température.

Les plateaux sont généralement préparés à la chaîne au niveau d'une unité relais quelques heures avant d'être servis. Ce travail nécessite une dizaine de personnes, chacune ayant la tâche de positionner un élément du plateau en fonction d'une fiche repas posée sur le plateau.

Lors de la refonte de son offre alimentaire, le CHU de Toulouse a également modifié son processus de montage de plateaux. Désormais une seule personne a la charge de préparer un certain nombre de plateau, le centre de dressage des plateaux se situe à proximité des unités de soins. La personne ayant la charge de préparer un plateau dans son entièreté est responsabilisée et le travail est moins monotone.

2.1.3 Prise en charge alimentaire

Selon le patient, il y a différents niveaux de prise en charge : le régime normal, les régimes spéciaux standardisés, la prise en charge spécifique (prise en charge nutritionnelle en fonction des besoins spécifiques du patient, suivi régulier, etc.).

À l'arrivée du patient, l'aide-soignant doit renseigner une base de données avec des informations qui auront des conséquences sur le repas servi : âge du patient, régime, aversions éventuelles, etc. Ces données doivent être correctement renseignées et réactualisées.

Dans les faits, ces données ne sont pas toujours renseignées et le plateau servi ne prendra ainsi pas en compte les spécificités du patient en question, ni ses éventuelles aversions.

Le patient est ainsi captif d'un schéma au sein duquel la priorité n'est pas de connaître les spécificités de chacun. Souvent, l'organisation des soins ne permet pas toujours d'avoir le temps nécessaire pour s'enquérir des préférences et des aversions de chaque patient.

Le fait qu'un patient soit allergique doit également être pris en compte afin d'assurer sa sécurité.

Le groupe de concertation s'est attaché à mener des réflexions sur l'alimentation hospitalière avec pour objectif qu'elle ne soit plus une des causes de la dénutrition des patients.

Le groupe de concertation ne s'est pas intéressé aux techniques d'interventions nutritionnelles qui sont du ressort exclusif du médecin.

2.2 Distribution

Le service du repas à l'hôpital peut recouvrir de multiples formes. Le choix de l'organisation du service du repas repose sur différents critères : taille et construction des bâtiments, effectifs et volonté du personnel, spécificités de l'unité de soins (pathologies, durées de séjour, etc.), contraintes logistiques, etc.

La plupart des services de soins sont dotés d'offices alimentaires qui permettent de stocker les plats avant le service et au sein desquels se trouvent quelques équipements (micro-ondes, évier, dotations pour le goûter et/ou le petit déjeuner, etc.).

La qualité du service et l'appréciation de celle-ci par le patient ne tient, bien entendu, pas seulement à l'organisation de la distribution du repas mais également à l'implication et au temps de l'aide-soignant, à l'heure à laquelle le repas est servi, à la température et l'odeur du repas (à quel moment l'opercule du plat est ouverte par exemple), au fait que la chambre soit nettoyée juste avant le service (les fortes odeurs de produits ménagers), aux visites médicales à l'heure du repas et à tout autre événement pouvant parasiter le moment du repas¹⁰⁶.

106 C Xia, H McCutcheon, Mealtimes in hospital – who does what in Journal of Clinical Nursing (2006) 15, 1221-1227. Cette étude, menée en Australie insiste sur le manque d'aide reçu par les patients, le nombre d'interruptions pendant le repas

2.2.1 Différents types de service

Service en chambre

Actuellement c'est le principe, la configuration qui se retrouve le plus souvent dans les établissements hospitaliers.

Le repas est servi en fonction d'une tranche horaire déterminée au cours de laquelle les aides-soignants font le tour des chambres pour servir les plateaux repas aux patients présents.

Les plateaux repas sont souvent constitués de barquettes operculées. La barquette peut être perçue par le patient comme synonyme d'hygiène et de sécurité sanitaire ou, au contraire, représenter une alimentation impersonnelle, aseptisée et sans saveur. Par ailleurs, la quantité donnée à chaque patient est déterminée indépendamment de celui-ci, les quantités sont uniformisées. Le risque de gaspillage est important. De plus, le patient n'a pas toujours la capacité d'ouvrir seul ses barquettes¹⁰⁷. L'aide-soignant n'a pas le temps de réaliser cette tâche pour l'ensemble des patients d'un service.

Le service du repas en chambre peut également se faire à l'assiette. Les assiettes peuvent être préparées au moment du montage des plateaux et sont protégées par une cloche.

Dans certains services, les aides-soignants peuvent laisser le choix au patient de manger en assiette ou en barquette. Les soignants peuvent adapter les quantités en fonction de l'appétit du patient. Lorsque le service à l'assiette est proposé au patient au moment du service des plateaux, les plats sont désoperculés devant lui, l'angoisse vis-à-vis de l'hygiène disparaît.

- Quel est le sens d'un service en chambre pour des sujets valides ?
- Ce service en chambre est une contrainte technique lourde et coûteuse : transport, reconditionnement, service.
- Ce mode de distribution est également contraignant en termes de temps à y consacrer (tous les jours, trois à quatre fois par jour).

Cette distribution se fait nécessairement à l'aide de « chariots repas ». Ces chariots doivent permettre de conserver les plateaux repas à une température particulière afin de ne pas rompre la chaîne du froid et du chaud. Ils doivent ensuite pouvoir effectuer la remise en température des plateaux repas.

Un chariot de distribution de repas coûte 12 000 € environ. Le coût de maintenance par an est de 5 à 10 % de sa valeur d'achat. Sa durée de vie est de 10 ans.

Ces chariots de distribution sont souvent lourds et difficilement manipulable par le personnel soignant au moment du service du repas.

Service en salle à manger

Lorsque le service du repas se fait en salle à manger, les plats sont préparés par barquettes multi-portion et le personnel soignant ou de cuisine réalise le service à l'assiette au moment du repas.

Le service en salle à manger se retrouve principalement en EHPAD et trop peu dans les établissements de santé. Lorsqu'il est proposé dans les établissements de santé, le service en salle à manger se limite à des services spécifiques comme les unités de longs séjours, de soins palliatifs, de psychiatrie ou de maternité.

Le service en salle à manger permet de servir le repas dans une assiette, ce qui semble être plus apprécié des patients que des plats servis en barquettes et la possibilité de choix est effective.

Il peut être important, dans certains services comme en services psychiatriques ou en EHPAD d'aider les patients à se placer par affinités pour conserver la fonction de convivialité du repas.

et les faibles interactions sociales et estime à 1/3 le nombre de patient consommant moins de 2/3 de leur repas.

107 AF Bell, K Walton, JS Chevis, K Davies, C Manson, A Wypych, A Yoxall, J Kirkby, N Alexander, Accessing packaged food and beverages in hospital, Exploring experiences of patients and staff in Appetite 60 (2013) 231-238. Cette étude menée en Australie montre que 40 % des patients échantillonnés ont rencontré des difficultés pour ouvrir les emballages de nourriture et de boisson.

Service en self

C'est le type de service mis en place pour les personnels de l'hôpital mais très rarement pour les patients. Ce type de service nécessite moins de personnel et permet au patient de choisir son repas.

Les heures de distribution du repas posent régulièrement problème en milieu hospitalier. Le déjeuner est servi aux alentours de 12h et le dîner aux alentours de 18h. Une enquête menée de façon informelle auprès de plusieurs dizaines d'aides-soignants travaillant dans des établissements différents conforte ces horaires.

C'est principalement l'heure à laquelle le dîner est servi qui pose problème. Tout d'abord, la plupart des personnes n'ont pas l'habitude de dîner si tôt même si cela est à nuancer en fonction des patients. Cette situation pose également le problème du jeûne nocturne. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande moins de 12 heures de jeûne nocturne pour les personnes âgées mais les hôpitaux ont des difficultés à respecter ces 12 heures maximum et cette difficulté est principalement liée à l'organisation des équipes. Il faut du personnel pour servir les repas et les horaires du personnel ne correspondent pas forcément au rythme alimentaire idéal pour le patient.

Concernant le repas du soir mais également le déjeuner, il faut prendre en compte les horaires du personnel soignant et du personnel de cuisine. Le personnel de cuisine souhaite récupérer les chariots rapidement, ce qui pousse le repas du soir à être servi tôt et dans un temps limité. Le personnel soignant souhaite également terminer sa journée.

Une organisation différente en termes d'horaires pose le problème des horaires de travail du personnel. Le confort du personnel hospitalier est trop souvent opposé à celui des patients.

Il y a globalement un manque de réflexe hôtelier de la part des soignants. Prêter attention aux éléments hôteliers entourant le service d'un repas n'est pas intégré dans leur formation et pas nécessairement dans leur culture de métier. De plus, penser le repas comme un temps important pour le patient ainsi que pour son équilibre psychologique ne fait pas partie de la culture hospitalière.

Pour le groupe de concertation, le service en chambre, pour des patients mobiles, n'a aucune plus-value. Le service en chambre est à l'origine de nombreux inconvénients :

- le patient n'a pas la possibilité de se déplacer alors que la mobilité est primordiale pour la guérison ;
- le personnel soignant n'a que peu de temps à accorder au service des repas et peu de réflexes hôteliers ;
- la logistique nécessaire est coûteuse et peu efficace ;
- le patient n'a que rarement la possibilité de choisir son repas ;
- la confusion entre l'espace de soins et l'espace de consommation du repas peut provoquer un dégoût.

Le service en self, quant à lui, permet de palier l'ensemble de ces inconvénients.

2.2.2 Consommation des repas par le patient

La consommation du repas à l'hôpital se fait donc essentiellement en chambre. Il existe peu d'établissements où des espaces sont prévus et dédiés à la consommation d'un repas, à la différence des EHPAD, des unités de soins palliatifs et des établissements de psychiatrie.

Lors d'une des premières réunions du groupe de concertation, un participant rappelait que 20 % des repas servis à l'hôpital n'étaient pas consommés.

Dans son rapport sur les pertes et gaspillages alimentaires de 2001, le MAAF soulignait que la restauration collective en établissements de santé et médico-sociaux enregistrait le 264 g/pers/repas en moyenne et représentait le plus gros volume de pertes et gaspillages parmi tous les métiers de la restauration collective.

En hôpital court séjour, le MAAF estime à 362 g/pers/repas en moyenne les pertes et gaspillages. En hô-

pital long séjour et maison de retraite, les pertes et gaspillages sont estimés à 166 g/pers/repas en moyenne¹⁰⁸.

La plupart des plateaux servis aux patients ne sont pas consommés en entier, voir pas consommés du tout¹⁰⁹.

L'appétit peut être diminué du fait de la maladie. Mais de nombreux autres éléments sont à prendre en compte¹¹⁰ pour expliquer cette faible consommation des repas, à l'origine des nombreuses situations de dénutrition développée à l'hôpital. Ces éléments sont évoqués tout au long du présent Avis : faible intérêt porté au repas par le personnel soignant et médical, environnement hostile ne favorisant pas l'appréciation du repas (le temps du repas est peu respecté), un plateau repas ne correspondant pas toujours aux attentes des patients, peu d'attentions portées aux spécificités du patient, etc.

Le gaspillage alimentaire peut également s'expliquer par des plateaux qui ne sont pas calibrés en fonction des patients et de leur appétit.

Le plateau repas n'est pas toujours consommé par le destinataire initialement prévu. Il est ancré dans les habitudes hospitalières de se servir sur les plateaux repas des patients (« ce patient ne termine jamais son plateau, je peux prendre son yaourt », etc.).

Certains hôpitaux ont mis en place des systèmes permettant de comparer quotidiennement les écarts entre le système de gestion des patients et le système de commande des plateaux. C'est un contrôle a posteriori qui permet de communiquer les écarts aux responsables de services. Au CHU de Toulouse avec la mise en place d'un tel système, le nombre de plateaux commandés a baissé de 14 %.

Le système tel qu'il existe aujourd'hui dans la plupart des établissements n'apporte pas la souplesse dont les établissements auraient besoin. L'organisation du système est rigide alors que le besoin est varié (en fonction des durées de séjour et des envies du patient) et évolutif (au cours de son séjour, le patient peut voir ses besoins alimentaires évoluer).

La succession de tâches telle qu'elle existe actuellement n'est pas pensée pour proposer une prestation adaptée au patient. Pour que le bon plateau arrive devant le bon patient il faut une succession de chances : informations correctement renseignées dans le logiciel de prise de commande des repas, production, transport, patient présent dans sa chambre au moment du service, etc.

Le système est aujourd'hui trop complexe du fait de son organisation, mais également du fait des nombreux acteurs impliqués dans le processus de l'alimentation à l'hôpital.

La consommation du repas ne se déroule pas dans un espace différent de celui des soins et c'est un temps souvent perturbé par la réalisation d'autres activités.

L'organisation autour de la restauration ne permet pas d'apporter une réponse satisfaisante. Ce n'est pas tant la production que l'organisation globale autour de la restauration qui conduit à un échec de la restauration hospitalière¹¹¹.

108 Rapport final « Pertes et gaspillages alimentaires », Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt, novembre 2011.

109 AD Barton, CL BBGG, A Macdonald, SP Allison, High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients in *Clinical Nutrition* (2000) 19(6):445-449. Cette étude menée dans un hôpital universitaire au Royaume-Uni montre que les menus proposés par l'hôpital fournissent plus de 2000kcal par jour et peuvent ainsi répondre aux exigences nutritionnelles des patients. Cependant, le taux important de gaspillage observé (plus de 40 % de la nourriture servie) entraîne un apport nutritionnel plus faible que ce qui est recommandé et un coût de 139 665 livres/an pour le gaspillage.

110 S Naithani, K Whelan, J Thomas, M Gullifor, M Morgan, Hospital inpatients' experiences of access to food : a qualitative interview and observational study, *Blackwell Publishing in Ltd health Expectations* (2008), 11, pp.294-303.

111 À noter que les questions d'hygiène et de sécurité alimentaires sont très importantes pour l'ensemble de la restauration collective. Au sein des hôpitaux, l'ensemble de ces règles s'applique donc. La méthode HACCP est appliquée dans les hôpitaux depuis des années. Chaque établissement est responsable de la rédaction de son plan de maîtrise sanitaire (PMS) qui doit obligatoirement être communiqué à la DDPP. Les responsables de cuisine hospitalières font preuve d'une vigilance permanente concernant le respect de ces règles afin de prévenir le risque de TIAC. La survenance de TIAC en mi-

L'enjeu central est de faire en sorte que le produit fabriqué devienne un repas pour un convive. Être à l'écoute des envies et besoins du patient, recréer un environnement favorable à la consommation d'un repas sont autant d'enjeux à relever pour que l'acte volontaire qu'est celui de prendre un repas trouve sa place au sein de l'institution hospitalière.

lieu hospitalier est très rare. Les cuisines hospitalières font régulièrement l'objet d'inspections par les agents de la DDPP. Ces agents vérifient les actions mises en œuvre afin de garantir la qualité bactériologique des produits reçus et élaborés par la cuisine, ils vérifient également les garanties de traçabilité. Des actions sont également conduites auprès des consommateurs afin d'assurer une information sur l'origine des produits utilisés et sur la présence d'allergènes.

FICHE 4 : LES MODES DE GESTION

1. Nature juridique de la restauration hospitalière¹¹²

La restauration hospitalière, ainsi que l'hébergement des malades, étaient auparavant considérés par le juge administratif comme étant des éléments du service public hospitalier (SPH)¹¹³. Ainsi, un établissement public de santé pouvait conclure une délégation de service public pour externaliser la mission de restauration.

La loi HPST¹¹⁴ définit les missions du SPH¹¹⁵ excluant ainsi les missions de restauration et d'hébergement (qui ne sont pas explicitement citées dans la liste des missions de service public de l'hôpital).

La loi de modernisation de notre système de santé n'apporte pas d'éclairage sur ces deux missions. Cela étant, l'hébergement reste une mission des établissements de santé conformément à l'article L.6111-1 du CSP.

Nous pouvons en déduire que la prestation de repas est une activité comprise dans l'hébergement. Par conséquent, l'établissement public de santé a toujours la possibilité d'externaliser la restauration à une société de restauration collective (SRC). Cependant, il ne pourra pas le faire par le biais de la délégation du service public, mais seulement par la passation d'un marché public de service ou de fournitures.

2. Modalités de gestion de la restauration : publique / privée

Le champ du SPH a donc un impact sur les conditions de mise en œuvre des délégations de service public, et en termes de gestion sur les possibilités d'externalisation de certains services, par lesquelles l'établissement, afin de recentrer son activité sur son cœur de métier hospitalier, confie tout ou partie d'un service à un prestataire spécialisé.

2.1 Gestion interne dite gestion en régie

Un établissement public de santé peut gérer, lui-même les activités de restauration s'il dispose des moyens humains et matériels suffisants. Dans ce cas, chaque établissement réalise les activités de production et de distribution des repas. Il est donc responsable pénalement et civilement si une erreur est imputable à cette mission de restauration.

La gestion en régie nécessite une main d'œuvre qualifiée ainsi qu'une parfaite maîtrise de la réglementation d'hygiène.

2.2 Gestion externalisée

L'établissement public de santé peut externaliser la gestion de la restauration à une société privée.

L'établissement public de santé étant qualifié expressément d'établissement public de l'État n'ayant pas un objet industriel et commercial¹¹⁶, le droit des marchés publics leur est applicable.

Ainsi, lorsque l'établissement public de santé confie la gestion et l'organisation de la restauration à un

112 Contribution écrite de la DGOS, 12 janvier 2016.

113 CE, 8 juin 1994, société Codiam ; TA Cergy-Pontoise, 20 mars 2000, AP-HP ; CE, 16 janvier 1995, M. DELIGNIERES.

114 Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

115 Article L6112-1 du code de santé publique.

116 Article L.6141-1 du code de santé publique.

prestataire, il doit impérativement respecter les règles de la commande publique.

Le décret du 31 décembre 2015¹¹⁷ fixe les seuils des marchés publics : 25 000 € HT est le seuil au-dessus duquel le pouvoir adjudicateur a l'obligation de passer un marché public ; les autres seuils correspondent à différentes modalités de procédure et de publicité.

Le marché public prendra une forme différente selon le degré d'externalisation.

Soit d'un marché public de fournitures quand il s'agira de la seule maîtrise des approvisionnements : externalisation des achats alimentaires à une centrale d'achats ou à une société de restauration collective ;

Soit d'un marché public de service dès que la gestion complète de la restauration est confiée à une SRC. La SRC peut effectuer sa prestation à partir d'une de ses cuisines centrales ou dans les locaux mêmes de l'établissement public de santé.

L'externalisation peut également consister en un contrat d'assistance technique qui a pour objet l'organisation, par un gérant employé par une société de restauration, de la production qui demeure effectuée par le personnel de l'hôpital. Le gérant encadre, rédige les fiches de postes et forme aux bonnes pratiques ainsi qu'aux normes HACCP.

Conformément aux règles des marchés publics, la passation d'un marché public de service ou de fournitures nécessite l'élaboration d'un cahier des charges. Selon l'externalisation réalisée, ce dernier doit notamment comprendre :

Les exigences pour les matières premières non transformées : qualité, provenance, composition, conditionnement, etc.

Les exigences des produits finis : grammage, aspect extérieur, aspect gustatif, niveau de cuisson, etc.

Les exigences de logistique : nombre de repas, délai de livraison, etc.

Les conséquences en cas de non respect du cahier des charges : pénalités financières, etc.

2.3 Limites de la gestion déléguée de la restauration hospitalière

La gestion déléguée peut présenter plusieurs avantages notamment un niveau d'expertise plus élevé. Mais deux limites sont à relever.

Transfert partiel de la responsabilité

- La responsabilité pesant sur l'établissement public de santé

L'externalisation de la restauration hospitalière n'opère pas un transfert total de responsabilité. L'établissement public de santé pourra voir sa responsabilité engagée s'il n'a pas satisfait aux obligations spécifiques mises à sa charge par la réglementation. Cela implique principalement la conformité des équipements et des locaux mis à disposition par l'établissement public de santé.

- La responsabilité transférée à la société de restauration collective

La responsabilité liée aux intoxications alimentaires est transférée à la SRC, car l'établissement public de santé externalise l'ensemble de la traçabilité requise par la production culinaire. Il transfère, par conséquent, également la responsabilité civile et pénale qui, en régie, pèsent sur le chef du responsable de restauration et du directeur.

Par ailleurs, il y a un transfert de la responsabilité liée aux risques professionnels, les SRC sont tenues d'assurer la sécurité et de protéger la santé de leurs salariés.

Difficile flexibilité organisationnelle

Le marché public étant un contrat administratif, il est conclu pour une durée déterminée, ainsi les clauses ne peuvent être modifiées jusqu'à la renégociation ou l'échéance du contrat avec la société prestataire. Cela ne permet pas d'effectuer certains changements au niveau de l'organisation ou de l'approvisionnement.

De même, cela a un impact sur la gestion du personnel. Les ressources humaines sont employées par la SRC, la responsabilité du personnel pèse sur celle-ci. Par conséquent, la SRC doit assurer le remplacement du personnel en cas de besoin. L'établissement public de santé n'aura donc pas d'autorité hiérar-

117 Décret n°2015-1904 du 31 décembre 2015 modifiant les seuils applicables aux marchés publics et autres contrats de la commande publique.

chique sur le personnel employé par la SRC.

Au sein des établissements hospitaliers publics, la part de sous-traitance est plutôt faible.

En pratique, les problèmes rencontrés par la restauration, que celle-ci soit gérée en régie ou concédée, semblent être similaires.

Les indices de satisfaction sont les mêmes, qu'il s'agisse de restauration gérée par l'hôpital ou par une société privée. Les résultats de l'enquête de satisfaction I-SATIS sur la qualité de la restauration varient entre 55 % et 60 % qu'il s'agisse des hôpitaux publics, des cliniques, des cuisines déléguées, etc. Il n'y a donc pas de différences réelles vis-à-vis de la satisfaction des patients en fonction des différents modes de gestion de la restauration.

Les machines, les équipements et les techniques utilisés sont les mêmes. Les problèmes venant essentiellement du service du repas.

La réelle différence réside plutôt entre les hôpitaux publics et les cliniques. Les cliniques travaillent régulièrement avec des SRC et développent d'importants projets. Les contraintes ne sont, bien entendu, pas les mêmes que pour les hôpitaux publics. Les cliniques peuvent par exemple proposer des menus différenciés en faisant payer la prestation. La restauration est un élément de l'attractivité des cliniques, ce qui en fait un élément valorisé par la direction.

Qu'est-ce qu'une SRC ?

Les SRC sont des entreprises intervenant sur le marché de la restauration en gestion concédée. La restauration en secteur santé appartient au domaine de la restauration hors foyer (RHF) duquel elle représente 14 % du marché global. La gestion concédée dans le secteur de la santé représente 35 % du marché.

Les SRC sont liées à l'établissement par un contrat et adapte leur démarche en fonction des demandes de l'établissement : le pilotage peut être global (de l'approvisionnement à la gestion de la propreté) comme partiel (par exemple, l'approvisionnement ou une offre englobant seulement la production et la préparation des repas, etc.). Les SRC sont amenées à travailler avec des établissements publics et privés.

Dans les établissements privés, les SRC peuvent proposer des offres hôtelières variées : offre premium, formules petit-déjeuner plaisir, etc.

Les SRC sont également confrontées à la multiplication du nombre de régimes. Par exemple, dans un logiciel de gestion de commandes, en ajoutant les régimes principaux, les non-goûts, les textures et les régimes croisés, il est possible d'obtenir 182 possibilités de formules (exemple à remettre dans la fiche sur les régimes).

Généralement les SRC sont plutôt présentes dans les petits établissements que dans les gros établissements.

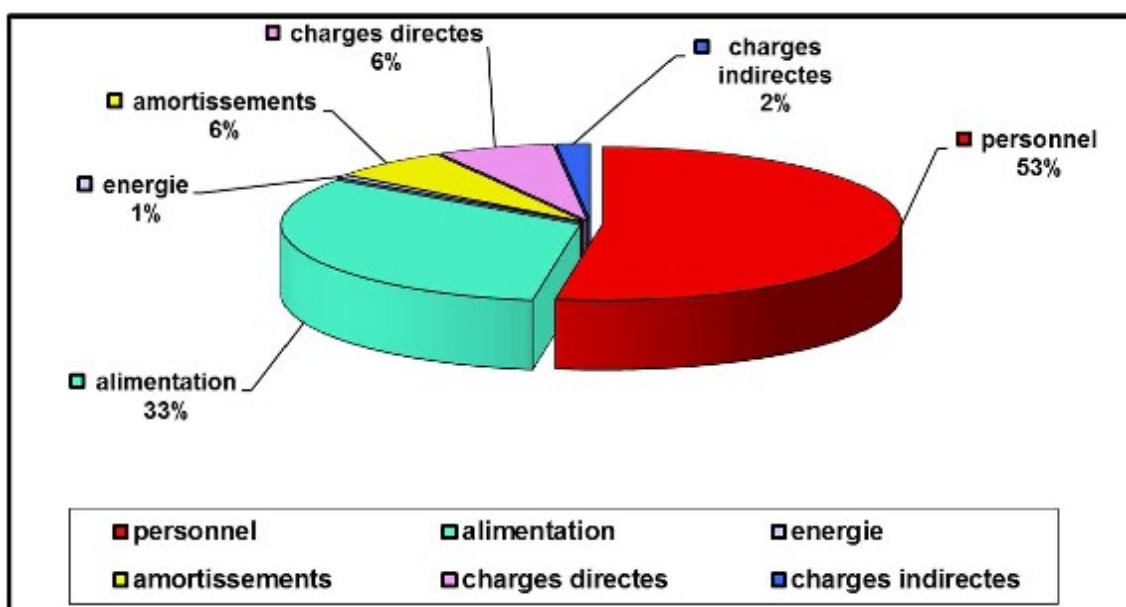
FICHE 5 : LA STRUCTURE DU COÛT D'UN REPAS

1. La structure du coût d'un repas

Selon les chiffres de 2013 fournis par la base d'Angers, le coût matière première dans un hôpital est de 2,35 euros par demi-journée alimentaire (pour les gros hôpitaux, ce chiffre est parfois moindre dans les plus petits hôpitaux). En ajoutant à ce coût, les frais de gestion, de personnel, les amortissements des investissements, on obtient un coût de 5,65 euros par demi-journée alimentaire. Le coût alimentaire d'une journée est de 11,20 euros environ.

À ces coûts, il faudrait pouvoir ajouter le travail fait dans les unités de soins, notamment le travail des aides-soignants pour la prise de commande du repas, le service et le débarrassage du repas. Mais ce coût est plus difficile à évaluer, l'aide-soignant ayant d'autres tâches et les tâches hôtelières dans une unité de soins sont diluées.

Un exemple de structure standard du coût d'un repas présenté par Jean-François Lanot¹¹⁸.



2. La place du coût de l'alimentation dans le budget des hôpitaux

Une faible part du budget des hôpitaux est consacrée à l'alimentation, cette part ne représente que 1 à 2 % du budget d'un hôpital. Mais cela ne représente pas le coût réel de l'alimentation pour les hôpitaux. Pour estimer ce coût réel, il faut que soit pris en compte le coût du temps que le personnel soignant passe autour de l'alimentation. Afin d'évaluer correctement le coût de l'alimentation pour un établissement hospitalier, il faudrait pouvoir évaluer le temps de travail nécessaire dans les services de soins pour réaliser l'ensemble des tâches en lien avec l'alimentation.

Au niveau macro-économique les dépenses alimentaires représentent 1 milliard 250 millions d'euros. Les achats hospitaliers représentent 18 milliards d'euros de dépenses annuelles, il s'agit du second poste de dépenses dans un établissement après la masse salariale¹¹⁹.

118 Intervention devant le groupe de concertation du CNA de Jean-François Lanot, représentant de la conférence des directeurs de CHU, réunion du 15 juin 2015.

119 Plaquette Programme PHARE, Les achats hospitaliers, levier majeur de performance et d'efficacité pour les établisse-

Alors même que l'alimentation est une faible part du budget des hôpitaux, c'est un poste sur lequel les hôpitaux cherchent régulièrement à faire des économies. Les budgets des hôpitaux sont contraints et dans ce contexte les dépenses de restauration sont considérées comme non prioritaires.

Les externalités négatives sont importantes :

Le gaspillage alimentaire, important en milieu hospitalier, représente un coût pour les hôpitaux.

Le coût du gaspillage alimentaire ne se limite pas au prix d'achat des denrées non consommées et implique ainsi un coût supplémentaire pour l'établissement. Pour estimer ce coût, différentes opérations sont à prendre en compte : le transport des aliments, le stockage des denrées, le temps passé par le personnel à préparer ces denrées et la gestion des déchets¹²⁰.

Le gaspillage alimentaire de consommation est le plus élevé dans les établissements de santé et s'élève à 228 g/personne/repas¹²¹.

Le Ministère de l'Agriculture de l'Agroalimentaire et de la Forêt (MAAF) soulignait dans un rapport publié en 2011 que « de tous les métiers de la restauration collective, la restauration collective en établissements de santé et médico-sociaux enregistre le plus gros volume de pertes et gaspillages (264 g/personnes/repas en moyenne). Les patients en séjour court (à l'hôpital) produisent 2 fois plus de pertes et gaspillages par repas que les résidents en long séjour (à l'hôpital ou en maison de retraite). »¹²².

Une meilleure gestion en amont (une prestation adaptée aux convives : choix, quantité, etc.) permettant d'éviter une partie de ce gaspillage alimentaire pourrait entraîner des économies pour les hôpitaux.

La non consommation plus ou moins partielle de ces repas, pouvant conduire jusqu'à la dénutrition et contribuant au gaspillage alimentaire (part du gaspillage dû à la non consommation des repas servis par les patients), comme évoqué à de nombreuses reprises, engendre également un coût important pour les hôpitaux en augmentant les complications post-opératoires, les durées de séjour, les ré-hospitalisations, etc. La dénutrition semble également engendrer un coût important pour les hôpitaux en termes de recours aux compléments nutritionnels oraux¹²³.

Actuellement, ce sont principalement les considérations économiques qui dictent le choix des orientations à prendre. Cependant ces choix se font principalement en considération d'une comptabilité analytique où les postes de dépense sont juxtaposés indépendamment les uns des autres. Concernant l'alimentation à l'hôpital, cette vision très cloisonnée des dépenses coûte certainement plus cher aux établissements qu'elle ne leur fait faire d'économies.

Il faudrait être capable de mettre en balance un coût que l'on essaye de comprimer avec les bénéfices liés à une réduction des hospitalisations, de la mortalité, etc. (bénéfices qui ne sont pas chiffrés).

ments.

120 Guide pratique « Réduire le gaspillage alimentaire », ADEME et Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie.

121 Guide pratique « Réduire le gaspillage alimentaire » d'après les chiffres du Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt.

122 Rapport final « Pertes et gaspillages alimentaires », Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt, novembre 2011.

123 Instruction DSS/DGOS/CNAMTS/2016/245 du 2 juillet 2016

FICHE 6 : LES DONNÉES GÉNÉRALES SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

1. Différents établissements

La mission générale des établissements hospitaliers est définie par l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique : « Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles.

Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent.

Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical. »

Le paysage hospitalier français est protéiforme. Au 31 décembre 2012, 2 660 structures hospitalières étaient comptabilisées, offrant 415 000 lits et 68 000 places¹²⁴. Ces structures hospitalières sont désormais regroupées en 135 Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)¹²⁵.

Dans ces 2 660 structures hospitalières, 931 sont des entités juridiques publiques : 32 centres hospitaliers régionaux, 789 centres hospitaliers et 88 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Les 24 « autres établissements publics » correspondent à des hôpitaux militaires ou à des groupements de coopération sanitaire.

Parmi les structures hospitalières privées : 1030 sont des établissements privés à but lucratif, et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) sont au nombre de 699.

Les centres hospitaliers

Les centres hospitaliers assurent une prise en charge de proximité et se situent dans des zones plutôt rurales. La population prise en charge dans les centres hospitaliers est une population vieillissante. Les personnes âgées sont particulièrement sujettes à la dénutrition.

Ces établissements permettent d'offrir des services diagnostiques et d'assurer des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que les soins de suite et de longue durée.

Certains de ces établissements sont spécialisés en psychiatrie.

Les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHU)

Les CHU assurent les soins de recours et ont ainsi une vocation régionale du fait de leur haute spécialisa-

124 Le panorama des établissements de santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), édition 2014 (publiée le 19 mars 2015).

125 Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

tion. Ces établissements ont également une vocation universitaire, car associés à une ou plusieurs unités de formation et de recherche.

Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements sont à distinguer :

Les établissements privés à but non lucratif

Depuis la loi HPST, la catégorie des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) se substitue de manière générale à celle des établissements privés à but non lucratif ainsi qu'à celle des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH).

Cette dénomination est réglementaire : pas de limitation à l'accès aux soins, pas de dépassement d'honoraires, une continuité du service.

Les établissements privés à but lucratif

Ce sont les établissements souvent dénommés « cliniques privées » qui ont capacité à réaliser des profits et n'ont pas les contraintes du service public.

2. Différentes types d'hospitalisation

Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

Motifs de recours : en 2012, les principaux motifs d'hospitalisation sont liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention ainsi qu'aux maladies de l'appareil digestif. À partir de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital. Les maladies de l'œil, les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs sont également des motifs de recours importants.

En dix ans, la capacité de lits de MCO a diminué de près de 19 000 lits, en parallèle se sont développées les capacités d'hospitalisation à temps partiel¹²⁶.

Durée moyenne de séjour : 5,7 jours d'hospitalisation complète en moyenne pour un séjour¹²⁷.

Un peu plus d'un séjour en MCO sur trois concerne des personnes de 65 ans ou plus¹²⁸.

Développement de l'ambulatoire avec la loi de modernisation du système de santé et un objectif de 70 % d'ambulatoire avec comme principe directeur que tout ce qui peut se faire en ambulatoire doit se faire en ambulatoire. Ce développement de l'ambulatoire concerne principalement le secteur MCO. Il est le fait d'une évolution des techniques interventionnelles et d'une meilleure adéquation avec la médecine de proximité.

Cette orientation vers l'ambulatoire va dans le sens d'une simplification et d'une modification de l'offre alimentaire.

La psychiatrie¹²⁹

La majeure partie des patients des services de psychiatrie des établissements de santé sont pris en charge en ambulatoire. En 2012, 1,9 millions de patients ont été suivis en ambulatoire et 433 000 en hospitalisation dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie. Les patients suivis en ambulatoire ont bénéficié de 9,6 actes en moyenne et les patients suivis en hospitalisation complète ou partielle ont eu une durée moyenne d'hospitalisation de 56 jours au cours de l'année.

Les soins de suite et de réadaptation (SSR)¹³⁰

En 2012, 1793 établissements déclarent une activité en soins de suite et de réadaptation.

Sur 975 000 patients hospitalisés en établissements de santé de soins de suite et de réadaptation, 363 000 étaient âgés de 80 ans ou plus.

Les durées de séjour restent importantes : 35,6 jours d'hospitalisation en moyenne.

126 Le panorama des établissements de santé, DREES, édition 2014 (publiée le 19 mars 2015).

127 Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, 2014.

128 Le panorama des établissements de santé, DREES, édition 2014 (publiée le 19 mars 2015).

129 Ibid.

130 Ibid.

Les besoins alimentaires varient selon les spécialités. Pas seulement du fait des pathologies, mais également des durées de séjour.

Dans le secteur MCO, les durées de séjour sont de plus en plus courtes et l'ambulatoire est amené à se développer fortement. La question de l'alimentation plaisir est primordiale.

À l'inverse, dans le secteur SSR, les durées de séjour restent importantes et les personnes prises en charge plutôt âgées. L'alimentation plaisir et l'alimentation soin sont à prendre en compte. Une mauvaise alimentation pour un patient en SSR peut avoir des conséquences extrêmement graves sur l'évolution de son état.

Ce que l'hôpital va offrir et la façon dont il va l'offrir doit être adapté aux différents types d'hospitalisation.

Le développement de l'ambulatoire est le corollaire de nombreuses évolutions médicales et chirurgicales. Cependant, l'ensemble des conséquences organisationnelles de ces évolutions médicales n'ont pas été tirées en ce qui concerne l'alimentation des patients. L'hospitalisation en général et l'alimentation telle qu'elle est pensée et servie reproduisent des schémas anciens.

3. Différentes durées de séjour : quelques exemples de la diversité des durées de séjour

Il est difficile de comparer les durées de séjour entre services de différents établissements, chaque établissement étant libre de son organisation interne et des dénominations des services. Le Plan Hôpital 2007¹³¹ entreprend une réforme de la gouvernance hospitalière. Une ordonnance du 2 mai 2005¹³² met en place une organisation médicale interne avec la création des « pôles d'activités » ou « pôles de soins ». Les structures internes à chaque pôle (services ou unités) restent librement définies.

Chaque établissement hospitalier héberge des services aux spécialités différentes et ainsi, nécessairement, aux durées de séjour très différentes.

Par exemple, au sein des pôles MCO d'un centre hospitalier de taille moyenne, les durées moyennes de séjours varient d'un service à l'autre, de 3,80 jours pour le service de chirurgie complète à 15,20 pour les soins intensifs respiratoires.

4. Le financement des hôpitaux

L'essentiel du financement des activités des hôpitaux incombe à l'assurance maladie¹³³.

Désormais les ressources dépendent du nombre et de la nature des actes et des séjours réalisés, c'est ce qu'on appelle la tarification à l'activité. Les établissements établissent un état prévisionnel des recettes et des dépenses, c'est le produit de l'activité qui détermine les ressources. Les établissements sont autonomes dans leur gestion. Ils sont placés sous la tutelle des ARS.

Avec 88,6 milliards d'euros en 2014, les soins hospitaliers (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) représentent 46,5 % de la consommation des soins et biens médicaux¹³⁴.

131 Réforme de la gouvernance hospitalière.

132 Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

133 Cotisations sociales des employeurs, des salariés, des travailleurs indépendants, exploitants agricoles.

134 Les dépenses de santé en 2014, édition 2015, DREES, Résultats des Comptes de la santé.

Le secteur hospitalier est caractérisé par une part élevée de la sécurité sociale dont la participation s'élève à 91,1 % pour 2014.

La participation des organismes complémentaires (OC) aux soins hospitaliers est de 5,3 % pour 2014. Les OC prennent également en charge des suppléments liés à des séjours à l'hôpital. L'ensemble de ces prestations connexes à la santé ne font pas partie du champ de la dépense courante de santé et représentent 1,4 milliards € en 2014. En 2014, les versements des mutuelles représentent 53 % des versements des OC, ceux des sociétés d'assurance 27 % et ceux des institutions de prévoyance 19 %.

Le reste à charge des ménages à l'hôpital est de 2,4 %¹³⁵.

La sécurité sociale et les organismes complémentaires ont ainsi un intérêt tout particulier à porter au coût que représentent les établissements de santé. Si l'amélioration de l'alimentation hospitalière, sous tous ses aspects, permet un meilleur rétablissement des patients, une réduction des durées de séjour et des ré-hospitalisations et ainsi l'instauration d'un cercle plus vertueux, il est donc impératif de ne pas la considérer du seul point de vue économique mais de la regarder comme un soin concourant à une prise en charge correcte des patients.

La part budgétaire consacrée à l'alimentation est très faible à l'hôpital (environ 1 % du budget total) comparée aux autres coûts d'exploitation.

135 Les dépenses de santé en 2014, édition 2015, DREES, Résultats des Comptes de la santé.

FICHE 7 : HISTORIQUE DE L'ALIMENTATION À L'HÔPITAL

Cette fiche reprend de nombreux éléments du livre *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital, XV-XX^e siècles* coordonné par l'AP-HP (Assistance publique – Hôpitaux de Paris) et publié aux éditions Doin.

1. Historique de l'alimentation à l'hôpital

De tout temps, des aliments ont été consommés pour se guérir : « que ton aliment soit ton premier médicament »¹³⁶.

Dans les représentations collectives, l'alimentation à l'hôpital a une image négative qui se situe entre celle de la cuisine de l'armée et de la prison. « Quelles sont les raisons – objectives et subjectives, matérielles et symboliques, conscientes et inconscientes – qui fondent l'attitude de l'hôpital au regard de cette question de l'alimentation ? ». L'ordre des priorités à l'hôpital a-t-il toujours été le même ? Le progrès médico-technique et la qualité des soins sont la priorité. La véritable question est celle du sens donné par l'institution hospitalière à l'alimentation¹³⁷.

Trois grandes périodes sont à différencier.

1.1 Du Moyen Âge à la fin du XVIII^e siècle

La conception hospitalière de l'alimentation est modelée par un contexte religieux. L'hôpital accueille principalement des démunis et des nécessiteux. L'alimentation est sobre et réparatrice. Le don de nourriture aux malades représente l'acte de charité par excellence. Le repas apparaît comme la principale cérémonie de la journée.

Dans ce contexte religieux, il n'y a pas de distinction entre « cuisine » et « diététique ». Sous l'influence du pouvoir religieux (chrétien), « alimentation » et « santé » sont confondues. Les livres de cuisine parlent de santé. Les religieuses tiennent les hospices et nourrissent les personnes y résidant. Il est impossible de séparer « hospitalisation » et « alimentation ». L'alimentation des malades et des biens-portants est gérée de façon collective en fonction des jours de jeûne, d'abondance et des fêtes religieuses. Ni le médecin, ni l'individu n'ont leur place. Manger est alors la garantie d'être en bonne santé : pour être en bonne santé, il est nécessaire de manger¹³⁸.

Cette vision vole en éclat lorsqu'au cours des deux dernières décennies du XVIII^e siècle, les médecins renforcent leur présence et leur pouvoir au sein de l'hôpital. À travers les médecins, une autre vision de l'homme et du corps s'implante à l'hôpital.

Pour la médecine antique et médiévale, donner au malade ce qu'il désire est un principe fondamental. Chaque individu a des besoins spécifiques et ses goûts et ses appétits lui permettent de reconnaître ses besoins. Les religieuses qui s'occupaient des malades ont été dénoncées par les médecins du XVIII^e siècle qui, au nom de nouveaux principes, ne croient plus que le patient ait son mot à dire sur son régime alimentaire et sont persuadés que les malades mangent beaucoup trop. Désormais et jusqu'au XX^e siècle, le médecin monte la garde contre les entrées d'aliments extérieurs¹³⁹.

136 Hippocrate.

137 *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital*, AP-HP, Doin, 1997, Introduction, L'hôpital face à la question de l'alimentation de Anne Nardin, page 12.

138 Intervention devant le groupe de concertation du CNA, Jean-Pierre Corbeau, sociologue et personnalité qualifiée au CNA, réunion du 23 avril 2015.

139 *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital*, AP-HP, Doin, 1997, Diététique et régimes anciens (XIII^e-XVIII^e siècles), page 20.

1.2 De la fin du XVIII^e siècle au XIX^e siècle

Durant cette période, la présence et le pouvoir des médecins à l'intérieur de l'hôpital se renforcent. Les médecins peuvent investir l'alimentation par un discours qui la médicalise et la dépouille de sa morale religieuse. Contrôler le secteur de l'alimentation sur-investi par les religieuses permet de livrer l'institution à l'autorité médicale. Sur les préceptes médicaux se greffe une morale sociale : les médecins et gestionnaires s'entendent sur le fait que la nourriture doit s'accorder à la condition sociale des patients.

La médecine pousse l'individu à se surveiller : on ne mange plus selon ses humeurs et son tempérament ; l'individu cherche à corriger ses excès dont il pourrait être porteur. C'est le début de la médicalisation de l'alimentation.

À l'investissement de l'alimentation par les médecins, succède un apparent désinvestissement de ceux-ci. Pendant tout le XIX^e siècle. La gestion et le fonctionnement de ce secteur appartient à l'intendance.

Une approche scientifique pénètre lentement l'alimentation hospitalière. Vision nouvelle de la fonction et des effets de l'alimentation qui amène à l'établissement de régimes adaptés à la nature des pathologies. La valeur thérapeutique des régimes s'établit sur une variabilité de nature et d'association des aliments.

1.3 Apparition d'une nouvelle science : la nutrition

L'attitude ambivalente des médecins vis-à-vis de l'alimentation se renforce. Celle-ci s'inscrit dans une dynamique de recherches et d'une respectabilité scientifique. D'autre part, le progrès technique de la seconde moitié du XX^e siècle met dans l'ombre la valeur et la place de l'alimentation.

L'alimentation se confond avec l'intendance, l'hôtellerie, le domestique, le quotidien, le symbolique et n'est plus jugée tout à fait sérieuse parmi les sciences dures reconnues à l'hôpital (marginalité et faible nombre d'heures d'enseignement consacrées à cette discipline dans le cursus des études de médecine). Cette répartition des savoirs organise la représentation et la hiérarchie du savoir médical, organisé depuis trente ans sur le modèle des sciences dures.

Un trait commun à ces trois périodes semble être l'interdit qui pèse sur l'alimentation hospitalière. Elle apparaît comme une alimentation mutilée parce que réduite à des critères de fonctionnalité et de quantité, davantage lorsque le corps médical prend la relève.

L'examen de l'alimentation conduit au cœur de l'institution hospitalière, révélant en creux les représentations et les valeurs qui l'organisent¹⁴⁰.

À la fin du XX^e siècle, la dimension affective symbolique et hédonique de l'alimentation est prise en compte.

La notion de nutritionniste apparaît de façon concomitante avec celle que les aliments ne sont pas que des nutriments. Jean Trémolières qui obtient la première chaire de nutrition humaine développe une approche humaniste de l'alimentation à l'opposé de la médicalisation de mise outre Atlantique. Manger est bien plus qu'ingérer des apports caloriques.

Les dimensions symboliques sont essentielles. Une nouvelle école apparaît et amène dans l'univers hospitalier une dimension qui, finalement n'a jamais existé dans celui-ci : l'acte alimentaire doit garder une dimension affective, une dimension symbolique. Cette dimension, on ne la retrouve pas, on la découvre enfin¹⁴¹.

140 L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital, AP-HP, Doin, 1997, Introduction, L'hôpital face à la question de l'alimentation de Anne Nardin, page 12 à 18.

141 Intervention devant le groupe de concertation du CNA de Jean-Pierre Corbeau, sociologue, réunion du 23 avril 2015.

2. Quelques éléments sur la conception actuelle de l'alimentation à l'hôpital

2.1 L'alimentation perçue comme mission logistique

Désormais, l'univers hospitalier est hyper-technicisé. Au sein de cet univers l'image de la cuisine fait partie d'un ensemble de tâches domestiques et est considérée comme subalterne. Une bonne nourriture ne fait pas que répondre à des règles diététiques, celle-ci met en jeu tout un symbolisme du corps dans ses rapports avec le monde extérieur. Si l'alimentation fait partie des soins vitaux qu'il conviendrait de promouvoir à l'hôpital pour permettre au malade de recoller les morceaux de son identité blessée, il convient pour les soignants, d'être conscients de l'importance de ses dimensions symboliques.

Si l'on désire que l'hôpital soit pour le malade un lieu de vie, dans le monde des vivants, il est important d'y développer des soins dans lesquels l'alimentation est primordiale, dans lesquels la dimension symbolique et la dimension sociale de la nourriture seront reconnues, remplaçant ainsi une soi-disant diététique uniforme et sans âme¹⁴².

2.2 La difficulté de concilier ces problèmes dans une sociologie de l'organisation de l'hôpital

Il est difficile d'arriver à concilier deux visions différentes, ceux qui gèrent l'alimentation ne sont pas ceux qui gèrent les soins, ces derniers étant prioritaires. Il y a un problème de communication et de diffusion de l'information dans les équipes. Par exemple, l'équipe qui nettoie les locaux, laissant derrière elle une forte odeur chlorée, peut passer juste avant l'équipe servant les plateaux repas.

Ces aspects doivent être pris en compte pour lutter contre la dénutrition et le gaspillage alimentaire. Il faut créer une ambiance pour donner de l'appétence aux patients. Les équipes doivent être formées autour du fait alimentaire : il faut redéfinir le soin ensemble et les enjeux impliqués par le fait de permettre aux patients de se restaurer. Les gestionnaires doivent cesser de penser que l'alimentation est le budget d'ajustement au sein des hôpitaux. Les hôpitaux paient parfois très cher ce budget qui est compressé, que ce soit en termes de déchets ou de convalescences retardées.

Une typologie des mangeurs doit être établie ainsi qu'un cahier des charges, reprenant les 7S du sociologue Jean-Pierre Corbeau (Sanitaire, Santé, Service, Saveur, Symbolique, Simulacre, Sécurité). Manger à l'hôpital doit prévenir les risques sanitaires, être bon pour la santé, respecter les rythmes alimentaires des patients (aménagement d'horaires), être goûteux, être identifiable pour le patient donc mangeable. Il faut que la cuisine soit visible, qu'il y ait des temps d'échange pour la valoriser. Quand du frais est cuisiné, il faut l'expliquer mais aussi expliquer pourquoi il est impossible d'en faire tous les jours. Il faut également rassurer sur l'identité des produits¹⁴³.

3. L'alimentation comme vecteur d'hospitalité à l'hôpital

L'alimentation à l'hôpital doit renouer avec la notion d'accueil et de plaisir. Ces enjeux sont encore largement ignorés dans la prise en charge des patients.

L'alimentation plaisir à l'hôpital devrait permettre de revaloriser l'alimentation sous tous ses aspects : gustatif, fait social, individualité, etc. Mais elle permet également de percevoir le patient sous l'angle de la liberté, de l'autonomie et de l'affect de celui-ci.

Pour le sociologue Jean-Pierre Poulain, « l'acte alimentaire insère et maintient par ses répétitions quoti-

142 L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital, AP-HP, Doin, 1997, Place et fonction de l'alimentation dans les représentations populaires de Françoise Loux, page 34.

143 Intervention devant le groupe de concertation du CNA de Jean-Pierre Corbeau, sociologue, réunion du 23 avril 2015.

diennes le mangeur dans un système de significations ».

« Les aliments, par leurs qualités organoleptiques, par leurs effets secondaires, mais aussi par leurs dimensions symboliques et conviviales, participent à la création d'un sentiment de bien-être, de plaisir, d'harmonie de l'homme avec son corps, avec la société et plus globalement, le monde. Elle sécurise le mangeur – ici, hospitalisé – dans sa présence au monde. »¹⁴⁴

Nous concluons ce paragraphe par une invitation à faire évoluer la perception du fait alimentaire à l'hôpital et à l'inscrire dans une démarche globale d'hospitalité : « Alors que la tonalité affective des comportements alimentaires influence considérablement le statut nutritionnel, il semble fécond d'inviter les professionnels de santé à s'interroger aujourd'hui, dans les situations où la convivialité et l'hospitalité qui sont de mise dans tous les groupes sociaux, disparaissent, notamment en institutions de soins, au profit d'un hygiénisme alimentaire et de seules réglementations »¹⁴⁵.

Une nouvelle période de l'alimentation en milieu hospitalier reste ainsi à construire.

À ce titre, un séminaire organisé par l'AP-HP intitulé « L'accueil à l'hôpital : le premier acte de soin ? » illustre la réflexion qui se met en place autour de cette idée d'hospitalité à l'hôpital. Nous ne pouvons que recommander que l'alimentation soit pleinement intégrée à cette réflexion. Il ne s'agit donc pas tant d'une problématique financière ou liée au manque de temps mais plutôt de formation et d'état d'esprit.

144 Jean-Pierre Poulain, La restauration hospitalière, Des attentes alimentaires du malade hospitalisé à la conception du système de restauration, 1990, CRISTAL.

145 Catherine Le Grand Sebillé, Préserver les plaisirs sensoriels en fin de vie. Les nourritures et le vin, in Revue Études sur la mort, n°147, 2015.

ANNEXE 1

BIBLIOGRAPHIE

Articles

Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Batterham M, Bauer J, Capra S, Isenring E. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: results from the Nutrition Care Day survey. *Clin Nutr* 2013; 32: 737-45.

Barton AD, Beigg CL, Macdonald IA, Allison SP. High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients. *Clin Nutr* 2000; 19: 445-9.

Bauer JD, Hiscocks K, Fichera R, Horlsey P, Martineau J, Denmeade S, Bannister M, de Groot E, Lee S, Waterhouse M. Nutritional status of long-term patients in the acute care setting. *Intern Med J* 2012; 42: 1251-4.

Bell AF, Walton K, Chevis JS, Davies K, Manson C, Wypych A, Yoxall A, Kirkby J, Alexander N. Accessing packaged food and beverages in hospital. Exploring experiences of patients and staff. *Appetite* 2013; 60: 231-8.

Campanozzi A, Russo M, Catucci A, Rutigliano I, Canestrino G, Giardino I, Romondia A, Pettoello-Mantovani M. Hospital-acquired malnutrition in children with mild clinical conditions. *Nutrition* 2009; 25: 540-7. CHUV Magazine, Bien manger pour mieux guérir, 2012.

Corbeau Jean-Pierre, La filière du manger en milieu hospitalier, Face à face [En ligne], 3 | 2001, mis en ligne le 01 mars 2001, URL : <http://faceaface.revues.org/565>.

Dickinson A, Welch C, Ager L. No longer hungry in hospital: improving the hospital mealtime experience for older people through action research. *J Clin Nurs* 2008; 17: 1492-502.

Dupertuis YM, Kossovsky MP, Kyle UG, Raguso CA, Genton L, Pichard C. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clin Nutr* 2003; 22: 115-23.

Elia M. Nutrition, hospital food and in-hospital mortality. *Clin Nutr* 2009 ; 28 : 481-3.

Ghadi Véronique et Naiditch Michel, Le patient et le système de soins : quelle implication pour l'individu ? *adsp n°33*, décembre 2000, p.33-35.

Hankard R, Colomb V, Piloquet H, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, Darmau D, Dupont C, Frelut M-L, Girardet J-P, Goulet O, Rieu D, Simeoni U, Turck D, Vidailhet M. Malnutrition screening in clinical practice. *Arch Pediatr* 2012 ; 19 : 1110-7.

Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoeniger-Hekele A, Bauer P, Laviano A, Lovell AD, Moughieddine M, Schuetz T, Schneider SM, Songer P, Pichard C, Howard P, Jonkers C, Grecu I, Ljungqvist O. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients : the Nutrition Day survey 2006. *Clin Nutr* 2009; 28: 484-91.

Incalzi RA, Gemma A, Capparella O, Cipriani L, Landi F, Carbonin P. Energy intake and in-hospital starvation. A clinically relevant relationship. *Arch Intern Med* 1996; 156: 425-9.

Isabel M, Correia TD, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003; 22: 235-9.

Klein Alexandre, Contribution à l'histoire du « patient » contemporain. L'autonomie en santé : du self-care au biohacking, *Histoire, médecine et santé*, 2012, p.115-128.

Kowanko I, Simon S, Wood J. Nutritional care of the patient: nurses' knowledge and attitudes in an acute care setting. *J Clin Nurs* 1999; 8: 217-24.

Kyle UG, Genton L, Pichard C. Hospital length of stay and nutritional status. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2005; 8: 397-402.

Lau C, Gregoire MB. Quality ratings of a hospital foodservice department by inpatients and postdischarge patients. *J Am Diet Assoc* 1998; 98: 1303-7.

Lefève Céline, La philosophie du soin in *La Matière et l'esprit n°4 « Médecine et philosophie »*(dir. D. Le-court), Université de Mons-Hainaut, avril 2006, p. 25-34.

Lefève Céline, Logique du choix ou logique du soin ? Réflexions à partir de l'ouvrage *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*, de Annemarie Mol, Santé Éducation, janvier-Février-Mars 2014, p.30-32.

Lim SL, Ong KC, Chan YH, Loke WC, Ferguson M, Daniels L. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. *Clin Nutr* 2012; 31; 345-50.

Manning F, Harris K, Duncan R, Walton K, Bracks J, Larby L, Vari L, Jukkola K, Bell J, Chan M, Battenham M. Additional feeding assistance improves the energy and protein intakes of hospitalized elderly patients. A health services evaluation. *Appetite* 2012; 58: 471-7.

Entretien avec Masquelet Alain-Charles, Propos recueillis par Granger Bernard, « Nous avons à accomplir une révolution dans la relation de soin », *PSN* 2012/1 (Volume 10), p.9-23.

Molinier Laurent, *Le système hospitalier français*, 2011.

Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Cil Nutr* 2008; 27: 5-15.

Pinchcofsky GD, Kaminski MV Jr. Increasing malnutrition during hospitalization: documentation by a nutritional screening program. *J Am Coll Nutr* 1985; 4: 471-9.

Tannier Christian, Éthique de l'autonomie et relation de soins in *Revue hospitalière de France*, n°550, janvier-février 2013, p.63-66.

Todd EA, Hunt P, Crowe PJ, Royle GT. What do patients eat in hospital? *Hum Nutr Appl Nutr* 1984; 38: 294-7.

Valente da Silva HG, Santos SO, Silva NO, Ribeiro FD, Josua LL, Moreira AS. Nutritional assessment associated with length of in patients' hospital stay. *Nutr Hosp* 2012; 27: 542-7.

Van Bokhorst-de van der Schueren MA, Roosemalen MM, Weijs PJ, Langius JA, High waste contributes to low food intake in hospitalized patients *Nutr Clin Pract* 2012; 27: 274-80.

Vesely R. Hospitals put nutrition on the front burner. *Hosp Health Netw* 2014; 88: 30-3.

Vincent Béatrice, Montalan Marie-Annick, *Les groupements d'achats hospitaliers, coordination de l'action collective au niveau du territoire de santé*, 2011.

Weinsier RL, Hunker EM, Krumdieck CL, Butterworth CE Jr. Hospital malnutrition. A prospective evaluation of general medical patients during the course of hospitalization. *Al J Clin Nutr* 1979; 32: 418-26.

Xia C, McCutcheon H. Mealtimes in hospital – Who does what? *J Clin Nurs* 2006; 15: 1221-7.

Ouvrages

Poulain Jean-Pierre et Saint-Sevin Bernard, *La restauration hospitalière. Des attentes alimentaires du malade hospitalisé à la conception du système de restauration*, Cristal, 1991.

Études/Rapports

ADEME, *Approche du coût complet des pertes et gaspillage alimentaire en restauration collective*, juillet 2016.

ADEME, *Pertes et gaspillages alimentaires : l'état des lieux et leur gestion par étapes de la chaîne alimentaire*, mai 2016.

ARS Île-de-France, *Note de synthèse, Hôtel Hospitalier, Expériences repérées et première modélisation*, novembre 2014.

Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation, Analyse de l'activité hospitalière, 2014.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Les dépenses de santé en 2014, résultats des Comptes de la santé, édition 2015.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Le panorama des établissements de santé, édition 2014.

Fond National d'Assurance Formation de l'Industrie Hôtelière, Étude prospective, Quel avenir pour les métiers de la restauration collective ? Comprendre et agir aujourd'hui pour relever les défis de demain, 2010.

Garot Guillaume, Rapport au Premier Ministre, Lutte contre le gaspillage alimentaire : propositions pour une politique publique, avril 2015.

Guy-Grand Bernard, Rapport de mission à M. le Ministre chargé de la santé, Alimentation en milieu hospitalier, 1997.

Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité, de l'aménagement du territoire, Rapport final sur les pertes et gaspillages alimentaires, novembre 2011.

Ministère de la santé et des sports et Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme, Dénutrition une pathologie méconnue en société d'abondance, 2011.

Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, Ministère des finances et des comptes publics, La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, rapport 2015.

Ricour Claude, Rapport de mission, Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, décembre 2002.

Mémoires

Batiot Cédric sous la direction de Touihri Moufida, L'optimisation de la gestion de production en restauration hospitalière : analyse des écarts entre la prévision de la demande et le besoin réel du CHU d'Angers, Université Toulouse II – Le Mirail, Centre d'études du tourisme, de l'hôtellerie et des industries de l'alimentation, Master Alimentation, Parcours Management et ingénierie de la restauration collective, 2011-2012.

Deglane Emmanuel, Les contrats majeurs lors de la conception d'établissements hospitaliers, Université Marne La Vallée, Master Génie Urbain Spécialité Ingénierie de la maîtrise d'œuvre, 2005-2006.

Durand Ghislain, L'institution face au changement : la conduite d'un projet de restauration mutualisée entre les hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny. Stratégie et moyens d'action des directions, École des Hautes Études en Santé Publique, Éléves Directeurs d'Établissements, sanitaires, sociaux et médico-sociaux, 2008-2009.

Pineau Mickaël sous la direction de Sajus Jean-Philippe, Les déterminants de la centralisation en restauration hospitalière, Université Toulouse II – Le Mirail, Centre d'études du tourisme, de l'hôtellerie et des industries de l'alimentation, Master 1 Alimentation, Parcours Management et ingénierie de la restauration collective, 2010-2011.

Guides

ADEME et Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, Guide pratique Réduire le gaspillage alimentaire en restauration collective, octobre 2015.

Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, Guide pratique Favoriser l'approvisionnement local et de qualité en restauration collective, 2015.

Ministère de la Santé et des Solidarités, Nouvelles organisations et architectures hospitalières, mai 2006.

Ministère de la Santé et des Solidarités, Usagers vos droits, Charte de la personne hospitalisée, avril

ANNEXE 2

SIGLES et ABRÉVIATIONS

- ADEME** – Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie
ANAP – Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS – Agence Régionale de Santé
AS – Aide-Soignant
ASH – Agent de Service Hospitalier
AP-HP – Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ATIH – Agence Technique de l'Information Hospitalière
CH – Centre Hospitalier
CHRU – Centre Hospitalier Régional Universitaire
CLAN – Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CME – Commission Médicale d'Établissement
CSP – Code de Santé Publique
DGOS – Direction Générale de l'Offre de Soins
EHPAD – Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESPIC – Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
GHT – Groupement Hospitalier de Territoire
HAS – Haute Autorité de Santé
LFSS – Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAAF – Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt
MCO – Médecine Chirurgie Obstétrique
PAT – Projet Alimentaire Territorial
PNA – Programme National pour l'Alimentation
PNNS – Programme National Nutrition Santé
RHD – Restauration Hors Domicile
SPH – Service Public Hospitalier
SRC – Société de Restauration Collective
SSR – Soins de Suite et de Réadaptation
UNAASS – Union Nationale des Associations Agréées du Système de Santé
UPC – Unités de Production Culinaire

ANNEXE 3

MEMBRES DU GROUPE DE CONCERTATION



CNA – Groupe de concertation « Alimentation en milieu hospitalier »

Liste des participants

Président	Jean-Louis BRESSON
Rapporteur	Jean TERMENS

Secrétariat interministériel du CNA	Karine BOQUET
	Elora GENDRE

Structures membres permanents du CNA

(1) Consommateurs et usagers	
ADEIC – Association de Défense, d'Éducation et d'Information du Consommateur	Jean-Marie CHOULEUR
ALLDC – Association Léo Lagrange pour la Défense des Consommateurs	Gérard SCHREPFER
CNAFAL – Conseil National des Associations Familiales Laïques	Patrick CHARRON
	Jean-Luc FLINOIS
Familles rurales	Résie BRUYERE
UFC – Que Choisir – Union fédérale des consommateurs – Que Choisir	Olivier ANDRAULT

(2) Producteurs agricoles	
CRUN – Coordination rurale Union Nationale	Odile LETISSIER

FNSEA – Fédération nationale des Syndicats d'exploitants agricoles	Étienne GANGNERON
	Annick JENTZER

(3) Transformation et artisanat	
ANIA – Association nationale des Industries Alimentaires	Magali BOCQUET (Alliance 7)
	Camille CARVALHO (groupe Bel)
	Béatrice DORIGNY (Nutricia)
	Virginie RIVAS (groupe Bel)
	Esther KALONJI (ANIA)
	Laurence VIGNE (GECO)

(4) Distribution	
CGI – Confédération Française du Commerce Inter-entreprise	Laurence BONNEVEAU (DAVIGEL)
	Rodolphe DUHAMEL (BRAKE)
	Alexia FROMANGER (SYNDIGEL)

(5) Restauration	
AGORES – Association nationale des directeurs de la restauration collective territoriale	Eric ROCHET (hôpital de Pontarlier)
	Didier THEVENET (ville de Lons-le-Saunier)
RestauCo	Patrick JOSIEN
	Eric LEPECHEUR
	Laurent LUSSAGNET (ACEHF)
SNRC – Syndicat national de la restauration collective	Carole GALISSANT
	Véronique MOURIER

(6) Salariés	
FGTA-FO – Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation, des tabacs et des services annexes Force Ouvrière	Rafaël NEDZYNSKI

(7) Personnalités qualifiées	
Alain SOROSTE	
Jean-Pierre CORBEAU	
Daniel NIZRI	

(8) Participants de plein droit	
Ministère chargé de la santé – DGOS	Marc BOUCHE
Ministère chargé de l'agriculture et de l'agroalimentaire – DGAL	Carole FOULON
	Margaux DENIS

(9) Invités permanents	
GEM-RCN (Ministère des finances)	Alain COINTAT

Structures spécifiquement invitées au groupe de travail

(X) Autres structures	
Associations de patients	
UNAASS – Union Nationale des Associations Agréées du Système de Santé	François RULLIER (association Le Lien)
Inter-associations des allergiques et des intolérants	Yanne BOLOH
Direction des hôpitaux	
Conférence nationale des directeurs généraux de CHU	Jean-François LANOT (DGA du CHU de Strasbourg)
CNDCH – Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers	Carole BRISION (directrice du CH de Quimperlé)
	Jean-Philippe SAJUS (directeur du CH Ariège Couserans)
Restauration	
UDIHR – Union des ingénieurs hospitaliers en restauration	Jean-Marie BERNILLON (ingénieur restauration au CH de St Laurent du Pont)
	Christian LALANDE (ingénieur en chef au CHU de Toulouse)
Directeurs des soins	
AFDS – Association française des directeurs des soins	Véronique SERY

Diététiciens et nutritionnistes	
AFDN – Association française des diététiciens nutritionnistes	Florence LAVANDIER
	Isabelle PARMENTIER (présidente)
CENA – Club experts nutrition et alimentation	Danièle COLIN (présidente)
CEDE – Club européen des diététiciens de l'enfance	Élisabeth FAVRE
Médecins	
CLAN – Comité de liaison en Alimentation et Nutrition	Catherine BOUILLOT (présidente du CLAN de l'hôpital psychiatrique de Laxou)
	Cécile CHAMBRIER (présidente du CLAN des HCL)
Médecin épidémiologiste	Mariette GERBER
Aides-soignants	
FNAAS – Fédération nationale des associations d'aides-soignants	Denis FISCHER
	Arlette SCHUHLER (présidente)
UFAS – Union française des aides-soignants	Gilles BARBIER
	Thérèse PALLA (présidente)
Sécurité sociale et mutuelles	
CCMSA – Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	Sandrine FARE
Personnalités qualifiées	
Laurent TERRASSON	
Sociétés savantes	
SFNEP – Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme	Eric FONTAINE (président)
SFN – Société Française de Nutrition	Monique FERRY
Académie de Pharmacie	Pierre BOURLIOUX

ANNEXE 4

PERSONNES AUDITIONNÉES

Jean-Pierre CORBEAU, Professeur émérite de sociologie de l'alimentation à l'Université François Rabelais de Tours, le jeudi 23 avril 2015.

Jean-Philippe SAJUS, Docteur en sociologie et représentant de la conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers au sein du groupe de concertation, le jeudi 23 avril 2015.

Maxime MICHAUD, Sociologue au centre de recherche de l'Institut Paul Bocuse, le jeudi 23 avril 2015.

Jean-Fabien ZAZZO, Anesthésiste-réanimateur et coordinateur du CLAN central de l'AP-HP, le mardi 19 mai 2015.

Cécile CHAMBRIER, Anesthésiste-réanimateur et présidente du CLAN des Hospices Civils de Lyon, le mardi 19 mai 2015.

Jean-François LANOT, Représentant de la conférence nationale des directeurs généraux de CHU au sein du groupe de concertation, le lundi 15 juin 2015 et le lundi 23 janvier 2017.

Laurence BONNEVEAU, Directrice du segment institutionnel Davigel, le lundi 15 juin 2015 et le jeudi 28 janvier 2016

Christian LALANDE, Ingénieur en chef du CHU de Toulouse, et **Caroline MARTINEAU**, cadre diététicienne au CHU de Toulouse, le jeudi 9 juillet 2015.

Isabelle PARMENTIER, Cadre diététicienne au CHRU de Lille, le jeudi 9 juillet 2015.

Sébastien REVEL, Responsable Grands Comptes de Electro Calorique, le mardi 22 septembre 2015.

Julien GAUTRY, Département des affaires médicales de Nestlé Health Science et **Magali BOCQUET**, directeur Nutrition d'Alliance 7, le mardi 22 septembre 2015.

Nathalie DUBOUILH, Architecte associée, Behrend Centdegres Architectures, le mardi 10 novembre 2015.

Jérôme BATAILLE, Architecte, directeur de l'Agence de Paris de AIA Associés, le mardi 10 novembre 2015.

Laura GUERIN, Doctorante EHES sur l'ethnographie du repas collectif en EHPAD, le mardi 10 novembre 2015.

Emmanuelle LEFRANC, Doctorante en sociologie à l'EHESS et diététicienne à l'Hôpital Necker- Enfants malades, le mardi 15 décembre 2015

François RULLIER et Philippe ROMANO, Représentants du CISS au sein du groupe de concertation, le jeudi 28 janvier 2016

Jean-Marc DAVID, Responsable des achats de la filière restauration de UniHA, le mardi 23 février 2016

Eric EVRARD, Ingénieur Restauration du CHU de Rouen, le mardi 23 février 2016.

Catherine OLLIVET, Présidente du CISS Ile-de-France, le mardi 23 février 2016.

Marie GAILLE, Philosophe de la médecine, Directrice scientifique adjointe de l'Institut des Sciences sociales et humaines du CNRS, le mardi 31 mai 2016.

José VILLARROEL, Ingénieur hospitalier, en charge de la restructuration de la restauration des HUPNVS, le jeudi 23 juin 2016.

Patrick JOSIEN, Responsable de la restauration du CH Henri EY, le jeudi 23 juin 2016.

Martine CULIS, chef de Projets Offre Seniors du Groupe Sodexo et **Véronique MOURIER**, Responsable Nutrition Division Santé du Groupe Elixior, le jeudi 23 juin 2016.

Eric FONTAINE, Président de la SFNEP, le mardi 27 septembre 2016.



Conseil National de l'Alimentation

251, rue de Vaugirard - 75732 Paris Cedex 15

www.cna-alimentation.fr - 01 49 55 80 78 - cna@agriculture.gouv.fr