

L'alimentation au CHU Dijon Bourgogne

Avril 2022

Remerciements

Nous souhaitons adresser nos plus sincères remerciements aux équipes du CHU des services de soins, des cuisines et offices relais qui nous ont accueillis, ont pris du temps pour répondre à nos questions et ont accepté que nous les suivions dans leur quotidien de travail.

Nous souhaitons également remercier l'encadrement, les équipes de direction et de la recherche qui ont permis ces rencontres et ont facilité notre travail d'enquête.

L'équipe projet

Aurélie Gimbert

Directrice opérationnelle Campus des Métiers et des Qualifications
Alimentation, goût, tourisme
agimbert@creativ21.fr

Aurélien Thivent

Chargé de projet, CREATIV'
athivent@creativ21.fr

Suzon Barbe

Chargée de projet, CREATIV'
sbarbe@creativ21.fr

Ce document a été produit dans le cadre de l'action n°23 – Compétences / formation du projet Territoire d'Innovation « Dijon, alimentation durable 2030 ».

Table des matières

Table des matières	3
I. Introduction	5
A. Rappel du contexte de l'étude	5
B. L'alimentation en établissement hospitalier	5
II. Eléments de cadrage	7
A. Les activités en lien avec la production alimentaire.	7
B. Les instances de pilotage et de gouvernance.	8
C. Les aspects réglementaires.	9
D. L'organisation.....	10
III. La production : des achats à la préparation des plateaux.	11
A. L'élaboration des menus et les alimentations thérapeutiques.	11
B. La production : du service achat aux offices relais.	12
1. Achats	12
2. Approvisionnement et planification.....	13
3. Quais / magasins.....	13
4. Préliminaires.....	13
5. Production froide, production diététique, production chaude et pâtisserie.....	14
6. Hygiène.....	16
7. Allotissement.....	16
8. Offices relais	17
C. Les enseignements concernant la production.	18
1. Les forces	18
2. Les enjeux.	19
IV. Les services de soins : commande, distribution et consommation des repas.	22
A. Les étapes de l'alimentation en service de soins.....	22
1. La prise de commande des repas.	23
2. La complétude des plateaux.....	25
3. Distribution et accompagnement à la prise de repas	26
4. Débarrassage des plateaux-repas	28

B.	Les enseignements pour la commande et la distribution des repas.	28
1.	Les forces :	28
2.	Les enjeux.	30
V.	Synthèse et préconisations	33
A.	Éléments de synthèse	33
B.	Préconisations	33
VI.	Annexes	34
A.	Annexe 1 – Les observations dans les services.	34
B.	Annexe 2 – Liste des personnes interviewées (hors observations).	35
VII.	Bibliographie	38
VIII.	Glossaire	39

I. Introduction

A. Rappel du contexte de l'étude

Le projet Territoire d'Innovation « Dijon, alimentation durable 2030 » vise la transformation du territoire de Dijon Métropole à 10 ans pour une alimentation plus durable. Le Campus des Métiers et des Qualifications Alimentation, goût, tourisme¹ / Creativ'² pilote l'axe compétences formation de ce projet. L'objectif des travaux menés est d'analyser l'impact d'une alimentation plus durable sur l'évolution des métiers, des compétences et les besoins en formation associés (initiale et continue) de la production agricole jusqu'à la consommation alimentaire.

Le CMQ a prévu, sur la durée du projet, d'appliquer la même méthode (voir ci-contre) sur les différents secteurs d'activités couverts par le projet. Parmi les secteurs investigués, la partie consommation alimentaire se décompose en différents champs parmi lesquels on retrouve la restauration collective avec la restauration scolaire, la restauration en établissement de santé et la restauration collective d'entreprise. Les éléments présentés dans ce document sont le résultat du diagnostic effectué sur l'alimentation en établissement de santé et spécifiquement au Centre Hospitalier Universitaire³ de Dijon de mai 2021 à mars 2022.

Méthodologie de projet

Le CMQ / Creativ' suit une méthode identique pour les investigations des différents secteurs d'activités de la production agricole à la consommation alimentaire à savoir :

- **Phase 1** - diagnostic : veille bibliographique, entretiens et observations.
- **Phase 2** – analyse des conséquences sur les métiers et les compétences d'une alimentation plus durable.
- **Phase 3** – expérimentations de solutions d'adaptation.
- **Phase 4** – actions de sensibilisation et de formation aux nouveaux besoins et/ou adaptation des outils existants.

B. L'alimentation en établissement hospitalier

Depuis plusieurs années, l'alimentation est un enjeu pour les établissements hospitaliers alors même que l'alimentation représente une part minime du budget de l'hôpital (environ 1,5% en ce qui concerne le CHU de Dijon). En effet, les préoccupations autour de l'alimentation représentent un enjeu stratégique au vu de l'impact de l'alimentation sur la santé des patients dans un contexte de maîtrise des dépenses budgétaires. On note par ailleurs, la prise en compte croissante des préoccupations environnementales en lien avec le gaspillage alimentaire.

¹ Le Campus des Métiers et des Qualifications Alimentation, goût, tourisme sera désigné sous l'abréviation CMQ dans la suite du texte. Les Campus des métiers regroupent des établissements d'enseignement secondaire et d'enseignement supérieur, de formation initiale ou continue. Ils sont construits autour d'un secteur d'activité d'excellence correspondant à un enjeu économique national ou régional soutenu par la collectivité et les entreprises.

² Creativ' est une association loi 1901 qui intervient pour le compte des collectivités territoriales et des services de l'Etat sur le champ de l'emploi, de l'insertion et des compétences.

³ Afin de faciliter la lecture l'abréviation CHU pour Centre Hospitalier Universitaire sera utilisée dans la suite du texte.

Ainsi, pour le Conseil National de l'Alimentation⁴⁵ la santé des patients est directement impactée par l'alimentation. Le CNA indique, en effet, que la dénutrition accroît la durée de séjour à l'hôpital, a un impact avéré en termes de mortalité et de morbidité indépendamment de la pathologie du patient. Par ailleurs, il rappelle que parmi les nombreux facteurs de développement de la dénutrition figure le séjour à l'hôpital pendant lequel la consommation alimentaire du patient est insuffisante malgré une offre quantitativement suffisante en énergie et en macronutriments.

Quant au gaspillage alimentaire, d'après l'ADEME⁶, c'est en restauration collective qu'il est le plus important avec près de 17% des quantités préparées perdues ce qui représente 14% du coût d'achat des matières premières. Ces chiffres qui représentent une moyenne en restauration collective sont encore plus élevés en établissement de soins où la grande variété des profils nutritionnels des patients à laquelle la restauration doit répondre est un facteur aggravant de gaspillage alimentaire⁷.

Au-delà de ces problématiques liées à la santé des patients et aux enjeux liés au gaspillage alimentaire, la dimension des ressources humaines impliquées dans la chaîne de l'alimentation du CHU est à prendre en considération de la production à la distribution des repas. En effet, la chaîne alimentaire s'inscrit dans une organisation de travail et de logistique complexe qui doit prendre en considération la diversité des besoins nutritionnels des patients, les contraintes d'hygiène en restauration et un volume de repas important à produire dans un cadre budgétaire contraint.

Nutrition vs alimentation

La **nutrition** a trait à une **fonction physiologique** alors que l'alimentation revêt une signification plus vaste.

En effet, la nutrition peut se définir 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.

De son côté, pour le CNA, **l'alimentation** répond aux trois impératifs suivants : **assurer une fonction vitale, procurer du plaisir et jouer un rôle social.**

A partir de ces éléments, issus d'un travail de recherche bibliographique, associé à une série d'entretiens exploratoires au sein du CHU et à l'extérieur, l'équipe projet a défini, conjointement avec le CHU, la problématique de travail suivante :

Comment faire pour mieux nourrir le patient ?

- **Afin de répondre à ses besoins et lui assurer un bon état nutritionnel ;**
- **Afin de mieux valoriser les compétences des professionnels impliqués dans la restauration ;**
- **Afin de limiter le gaspillage alimentaire.**

⁴ Le Conseil National de l'Alimentation est une instance consultative indépendante qui émet, notamment, des avis à l'attention des décideurs publics et des différents acteurs de la filière alimentaire sur des sujets en lien avec l'alimentation. Dans la suite du texte, on désignera le Conseil National de l'Alimentation sous l'abréviation CNA.

⁵ Conseil National de l'Alimentation – « Avis 78 – Alimentation en milieu hospitalier », 4 juillet 2017.

⁶ ADEME, « [Approche du coût complet des pertes et gaspillage alimentaire en restauration collective - synthèse](#) », août 2016.

⁷ Ces données sont confirmées concernant le CHU de Dijon Bourgogne par le rapport « Déchets alimentaires en établissements de soins – CHU Dijon Bourgogne » établi dans le cadre du projet « Dijon, alimentation durable 2030 » - 21/01/2019 et rédigé par l'équipe de recherche de Virginie Van Wymelbeke-Delannoy.

Nous verrons dans la suite du document que notre diagnostic vise à répondre à cette problématique dans ces trois composantes. Ainsi, après avoir présenté les éléments de contexte de l'alimentation au sein du CHU, nous verrons comment s'organise la production alimentaire des achats à la préparation des plateaux-repas puis la partie concernant distribution et consommation alimentaire. Nous tirerons ensuite les enseignements de nos entretiens et observations. Enfin, nous terminerons par des préconisations pour répondre à l'enjeu de mieux nourrir le patient au sein du CHU.

Note méthodologique

Notre travail a porté sur la chaîne alimentaire au sein du CHU en excluant la consommation des repas par le personnel du CHU au sein des 4 selfs.

II. Éléments de cadrage.

A. Les activités en lien avec la production alimentaire.

Lors de notre étude, il nous a semblé important d'identifier dans un premier temps les activités et les volumes traités en lien avec l'alimentation au sein de l'établissement. Parmi les données à retenir, on note :

- Une **cuisine décentralisée en liaison froide** avec une production en cuisine centrale et des cuisines ou offices relais qui fournissent les services de soins (environ 80 services) et les selfs du personnel (4 selfs) ;
- Un volume d'environ **5 200 repas servis par jour** au CHU à destination des patients (75%) et du personnel dans les différents selfs (25%) ;
- Une **continuité de service 365 jours par an**, week-ends et jours fériés inclus ;
- On compte environ **140 agents** travaillant en cuisine, en office relais ou dans les selfs ;
- Un cadre budgétaire contraint : au CHU de Dijon, le **coût matière** consacré aux achats alimentaires pour une demi-journée est d'environ **2,10€⁸** ce qui situe le CHU dans la moyenne des restaurations collectives des établissements hospitaliers⁹ (environ 2,35 €).

Avertissement

Le travail d'analyse présenté dans cette note repose sur de la bibliographie, le témoignage des personnes ainsi que des observations terrains. Le recoupement de ces sources a permis de mettre à plat l'organisation des activités autour de l'alimentation et de dégager les forces et les faiblesses de l'organisation sur cette thématique. Cependant, il est important de souligner les limites du travail engagé. En effet, la diversité des contextes, des enjeux et des pratiques entre les différents services ne permet pas de conclure à des généralités applicables sur tout le CHU.

⁸ A titre comparatif, la cuisine collective pour la restauration scolaire de Dijon Métropole a un coût matière d'environ 2 € par repas.

⁹ Conseil National de l'Alimentation – « [Avis 78 – Alimentation en milieu hospitalier](#) », 4 juillet 2017.

B. Les instances de pilotage et de gouvernance.

La nutrition et plus largement l'alimentation sont l'objet d'instances de pilotage et de gouvernance dédiées. Cette thématique est également citée dans le projet d'établissement.

- Le **CLAN** du CHU (voir ci-contre) est l'instance pour imaginer et promouvoir de nouvelles actions en lien avec la nutrition et l'alimentation, il dispose des atouts suivants :
 - o La possibilité de nourrir les travaux à travers les échanges de bonnes pratiques et le développement d'outils communs avec d'autres établissements lors des réunions annuelles inter-CLAN ;
 - o Des référents nutrition identifiés dans la plupart des services qui peuvent être le relais des actions et avis du CLAN ;
 - o Des projets médicaux en réflexion au sein du bureau du CLAN en lien avec la nutrition.

CLAN pour Comité de Liaison en Alimentation et en Nutrition

La circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 recommande la mise en place de CLAN au sein de chaque établissement de santé afin d'améliorer la prise en charge de l'alimentation et de la nutrition des patients. Emanation de la Commission Médicale de l'Établissement (CME), il s'agit d'une instance consultative pouvant émettre des avis ou impulser des actions en lien avec la nutrition et l'alimentation.

- La **commission de menu** est une instance directement en lien avec l'alimentation. En effet, cette instance se réunit toutes les 6 semaines et planifie les menus à l'hôpital (sur 6 semaines pour le CHU et 3 semaines pour le site de Champmaillot). Les commissions de menu réunissent un ou plusieurs représentants des secteurs suivants : production, service diététique, une des diététiciennes de restauration et une personne de la planification.

Remarque : au moment de la rédaction de cette note, une nouvelle organisation est en réflexion pour mettre en place un moment privilégié d'échange entre les diététiciennes de restauration et les diététiciennes de soin.

- Le **projet d'établissement** actuel (période 2018 – 2022) mentionne parmi de nombreux autres axes de travail l'objectif d'améliorer la qualité et la variété des repas¹⁰. Parmi les actions proposées, on note la mise en œuvre de nouvelles techniques culinaires avec plus de productions effectuées en interne, la lutte contre la dénutrition et le gaspillage alimentaire et enfin le développement des approvisionnements en circuit court. Certaines expérimentations en lien avec ces thématiques ont pu être testées durant la période écoulée et peuvent servir de base à l'écriture du prochain projet d'établissement qui pourra se montrer plus ambitieux sur le sujet.
- Enfin, le CHU est ancré dans un **écosystème de la recherche** particulièrement dynamique sur les thématiques de la nutrition et des comportements alimentaires. En effet, l'un des axes de la recherche du CHU s'intitule « Nutrition : de la compréhension fine des comportements alimentaires aux innovations nutritionnelles pour une prise en charge des soins personnalisée ». Sur ce sujet, on peut noter que les liens sont nombreux entre le CHU et l'université de Bourgogne ou l'INRAE et que

¹⁰ CHU de Dijon Bourgogne – « [Projet d'établissement du CHU Dijon Bourgogne 2018-2022](#) », avril 2018.

plusieurs projets de recherche ont été menés ou sont en cours sur le sujet notamment des comportements alimentaires¹¹.

C. Les aspects réglementaires.

En tant qu'établissement proposant une restauration collective, le CHU est assujéti aux normes d'hygiène et de sécurité alimentaire qui s'appliquent à ce secteur :

- Les **normes d'hygiène et de sécurité** s'appliquent de manière drastique de l'arrivée des achats au débarrasage et à la vaisselle. Ces contraintes sanitaires encadrent ce qu'il est possible de servir ou non aux patients¹². Par ailleurs, on peut noter que le temps-agent consacré tout au long de la chaîne de l'alimentation au nettoyage, à la désinfection des produits et du matériel et à la traçabilité occupe une part considérable des ressources humaines affectées à l'alimentation du début à la fin de la chaîne.
- La nécessaire application de la **loi Egalim** au sein du CHU de Dijon impliquera d'importants changements à différentes étapes de la chaîne alimentaire au sein de l'établissement notamment au niveau des achats alimentaires, en lien avec la composition des menus, des matériaux utilisés pour la production et la distribution des repas et enfin au niveau de la gestion des déchets alimentaires.
- Au-delà, des aspects réglementaires, le CHU peut être engagé à suivre les recommandations d'instances nationales extérieures en lien avec la nutrition et l'alimentation. On peut citer, par exemple, les recommandations¹³ de la SFNCM¹⁴ sur la **baisse du nombre d'alimentations thérapeutiques** à appliquer dans les établissements de santé. A l'heure actuelle, le CHU de Dijon décline l'alimentation standard en 22 alimentations thérapeutiques différentes.

Focus sur Egalim ou loi alimentation de 2018

Cette loi, promulguée le 30 octobre 2018, vise à rétablir l'équilibre des relations commerciales producteurs-grande distribution et rendre accessible une alimentation saine et durable pour tous les consommateurs. Plusieurs volets de la loi concernent la restauration collective.

Ainsi, la restauration collective publique doit proposer au moins 50% de produits durables ou sous signes d'origine et de qualité dont 20% issus de l'Agriculture Biologique.

A partir de 2025, l'utilisation de contenants alimentaires de cuisson, de réchauffe ou de service en matière plastique est interdite dans les services de restauration collective.

¹¹ On peut citer, par exemple, le projet Alims (Alimentation et Lutte contre les inégalités en Milieu de Santé) porté par le CIMEOS de l'Université de Bourgogne, l'étude menée sur le site de Champmaillot : « Comment redonner le plaisir de manger à la personne âgée dépendante : le petit déjeuner » ou encore le projet Foodintech en partenariat avec Atol Conseil et développements et Yumain.

¹² Par exemple, certains produits sensibles comme le steak haché servi aux patients est acheté surgelé et cuit alors que les steaks destinés aux selfs sont cuits sur place.

¹³ SFNCM – « Recommandations sur les alimentations standards et thérapeutiques chez l'adulte en établissement de santé - Condensé » – 2019.

¹⁴ La SFNCM est la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme.

D. L'organisation.

En lien avec ce qui été vu précédemment, découle un grand nombre de contraintes organisationnelles parmi lesquelles on peut citer :

- La nécessité d'une **planification fine** de la production. En effet, l'important volume de repas à produire engendre la prise en compte et la planification des besoins en matériel de cuisine et en marchandises pour produire telle ou telle composante du menu ;
- La grande **diversité des besoins nutritionnels** des patients qui se traduit par une grande variété d'alimentations thérapeutiques différentes. Nous avons vu que le CHU en compte 22 différentes même si la tendance actuelle est à la baisse du nombre d'alimentations thérapeutiques.
- Un **service des repas en chambre**. Les repas sont servis en plateau individuel dans la chambre des patients dans la majorité des services de soins. Il existe des exceptions à cette organisation comme le site de Champmaillot où les repas sont servis en salle à manger. Le service en salle à manger impacte, dans certains cas, le conditionnement des plats, le choix du matériel de réchauffe et de service ainsi que l'agencement des locaux (existence ou non d'une salle dédiée).

A la suite de l'identification et de la compréhension de ces éléments de cadrage à travers un travail de veille bibliographique et une série d'entretiens exploratoires, nous avons pu mener des observations et conduire des entretiens au sein de la cuisine centrale, des offices relais et des services de soins. Le recueil de tous ces éléments a permis d'élaborer la synthèse ci-après.

Nous avons choisi de présenter nos travaux en suivant la chaîne de l'alimentation au CHU (voir schéma ci-après) et les étapes de fabrication puis de distribution et de consommation des repas. Ainsi, nous avons scindé notre document en deux parties :

- Une partie production, des achats jusqu'à la préparation des plateaux ;
- La partie distribution et consommation des repas dans les services de soins ensuite.

Les chiffres clés de l'enquête

Pour la phase de diagnostic, au-delà de la veille bibliographique, l'équipe a réalisé un travail de terrain à l'aide d'entretiens qualitatifs et de phases d'observation dans les services :

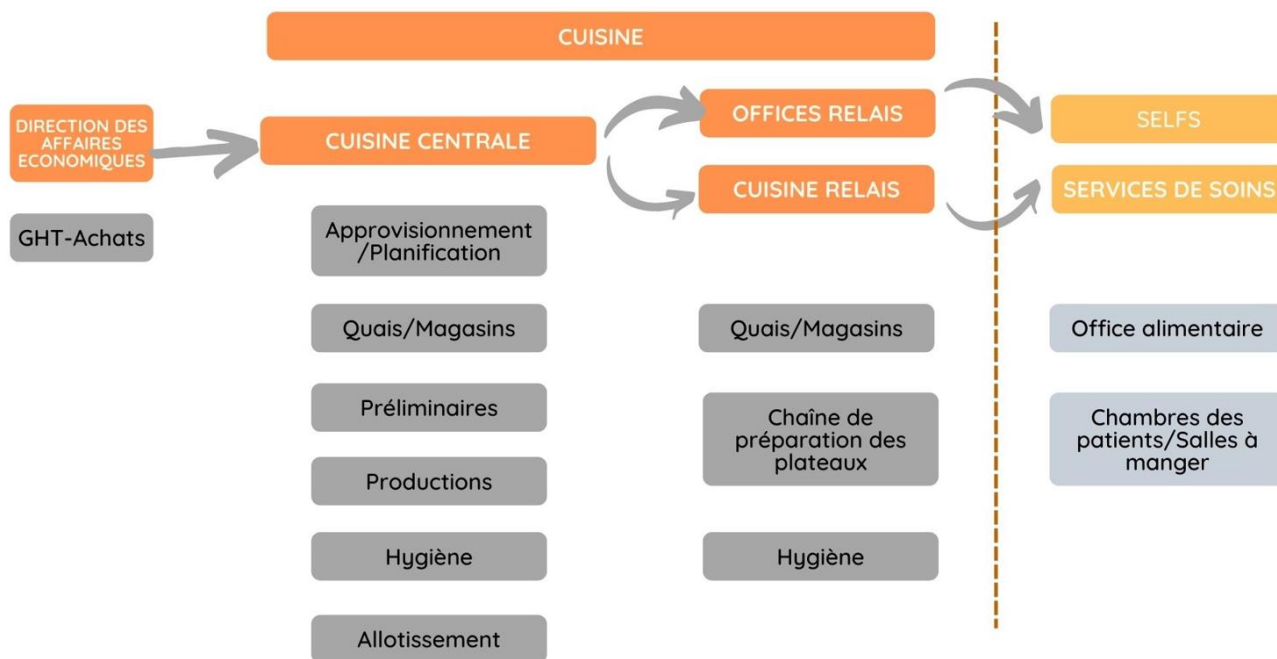
49 entretiens (dont 42 avec des agents du CHU de Dijon)

2 ateliers focus groupe co-animés avec l'INRAE qui ont réuni au total 17 agents

13 séquences d'observation réalisées dans différents services de soin du CHU

1 séquence d'observation au sein de la cuisine centrale couplé avec **8 entretiens** d'agents de la cuisine centrale

La chaîne de l'alimentation au sein du CHU



Nous aborderons tout d'abord les activités exercées lors de ces différentes étapes de la chaîne de l'alimentation ainsi que les métiers mobilisés. Ensuite, il s'agira de présenter enjeux et points forts identifiés pour l'amélioration de la prise en compte de l'alimentation au cœur du parcours de soins pour chacune des étapes observées.

III. La production : des achats à la préparation des plateaux.

A. L'élaboration des menus et les alimentations thérapeutiques.

Les menus sont élaborés conjointement par le service planification de la cuisine centrale et les diététiciennes de restauration qui veillent au respect pour chaque repas de l'équilibre nutritionnel du menu et au fait que celui-ci présente un apport calorique suffisant. Ces menus sont proposés en commission de menu qui valide les propositions ou apporte des modifications en lien avec les contraintes organisationnelles et matérielles de chaque secteur de production ou suite à des propositions de nouvelles idées. Pour chaque repas, on trouvera un menu du jour décliné suivant les différentes alimentations thérapeutiques ainsi que des « fixes »¹⁵. Ainsi, les « fixes » peuvent être choisis pour respecter le choix du patient émis lors de la prise de

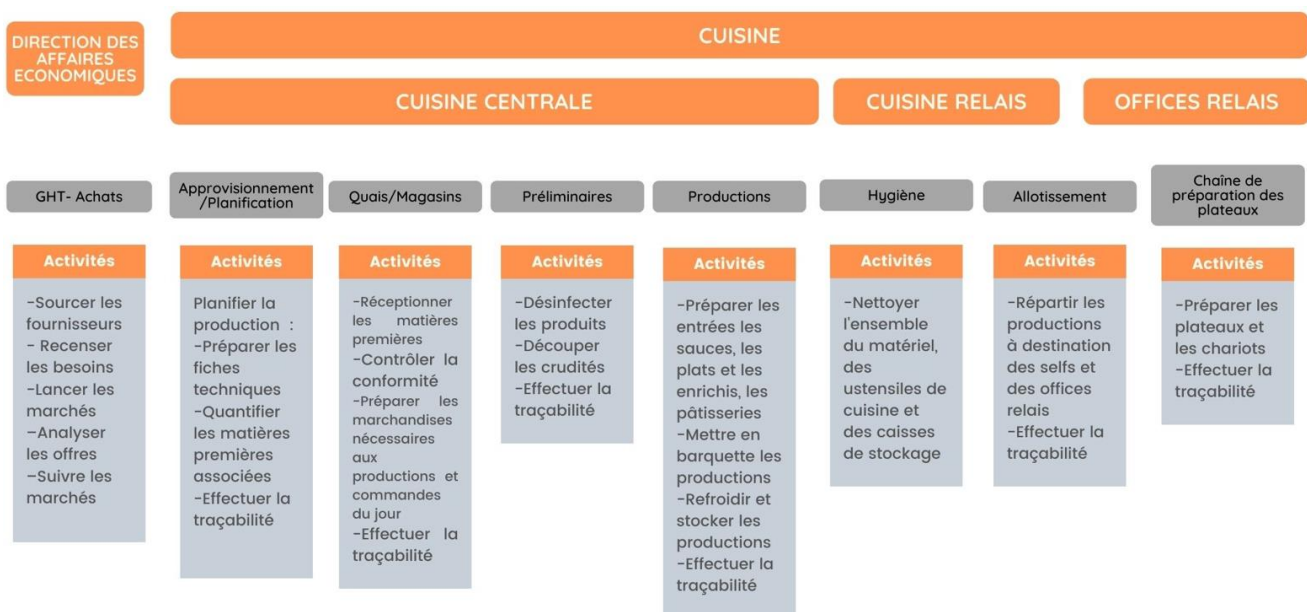
¹⁵ Il s'agit de composantes qui peuvent être substituées au menu du jour. Ainsi, du jambon purée peut être disponible tous les jours.

commande de repas individuelle¹⁶ ou en fonction des données disponibles concernant les aversions des patients.

Au sein du CHU, on compte 22 alimentations thérapeutiques différentes, on peut citer le « haché », « mixé », « mouliné », « sans sel », « sans lactose », « sans gluten » ... Les alimentations thérapeutiques peuvent être cumulatives et attribuées sur prescription médicale¹⁷.

B. La production : du service achat aux offices relais.

Les activités de la production : des achats à la préparation des plateaux



Le schéma ci-dessus présente les différentes étapes de la partie production qui débute par les achats jusqu'à la préparation des plateaux dans les offices relais avant leur arrivée dans les services de soins.

1. Achats

Concernant la partie achat, on note que le CHU a mis en place une nouvelle organisation du processus des achats récemment. En effet, depuis 2018 a été créé le GHT 21/52¹⁸ qui regroupe 9 établissements de santé dont le CHU de Dijon Bourgogne. Au-delà d'une réflexion à l'échelle du territoire sur la prise en charge et le parcours de soins des patients, cette intégration a été matérialisée par la mutualisation de certaines activités dont la partie des achats liée à

Focus bonnes pratiques

Le responsable des achats rencontre régulièrement de nouveaux prospects dans l'objectif d'avoir une connaissance fine des fournisseurs par filière pour travailler si possible avec des fournisseurs locaux.

¹⁶ Nous reviendrons sur la prise de commande dans la partie concernant les services de soins.

¹⁷ Idem.

¹⁸ La mise en place des GHT, Groupements Hospitaliers de Territoire, est l'une des mesures de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

l'alimentation. Actuellement, une même personne est en charge des achats des filières restauration, blanchisserie, gestion des déchets et stérilisation de l'instrumentation. Précédemment, la cuisine centrale procédait aux achats qui sont maintenant effectués au niveau du service économique du CHU de Dijon pour le compte des 9 établissements du GHT. On note qu'une première série de marchés a été lancée en 2018 et certains d'entre eux courent encore actuellement pour être relancés dans les mois à venir.

2. Approvisionnement et planification

La partie approvisionnement et planification est assurée par la même équipe située dans les bureaux du bâtiment de la cuisine centrale. La fonction de planification constitue le centre névralgique de l'organisation de la cuisine. En effet, les deux agents qui occupent cette fonction organisent la planification de la production à partir des menus validés en commission de menus. Il s'agit dans un premier temps de planifier sur une semaine (5 jours de travail et 7 jours de repas) les productions en fonction des DLC¹⁹ des composantes de chaque menu et des besoins matériels pour chaque secteur de production de la cuisine centrale : production froide, production chaude, production des enrichis et plats spécifiques (exemple les flans sans sucre) et pâtisserie. Dans un second temps, il est nécessaire que chaque secteur dispose des fiches techniques et des marchandises en quantité nécessaire au moment de la production. Ainsi, ces deux agents planifient la commande des produits livrés pendant la semaine.

La planification est une fonction complexe et spécifique, le responsable de la cuisine centrale estime qu'il faut près d'un an et demi pour être pleinement opérationnel sur ce poste. Sur les deux agents actuellement en poste, l'un d'eux a intégré cette fonction depuis près d'un an seulement.

3. Quais / magasins

Au niveau des quais et des magasins, l'activité des agents consiste à réceptionner les marchandises (près de 5 tonnes par semaine) et à en contrôler la conformité : quantités livrées des produits en lien avec les commandes effectuées et contrôle de température. Les non-conformités sont signalées aux agents en charge des commandes pour en informer directement les fournisseurs, en cas de difficultés récurrentes l'information est alors transmise au service des achats. Lors de la réception des marchandises, les premiers emballages sont retirés et les marchandises stockées en épicerie ou en chambre froide dites « souillées » ce qui signifie que les emballages n'ont pas été désinfectés. Les agents du magasin préparent également les commandes d'épicerie faites par les services de soins. Les commandes sont préparées dans des armoires destinées à chacun des services deux fois par semaine.

4. Préliminaires

Pour chaque marchandise livrée en cuisine, il existe un protocole de désinfection adapté à chaque type de produit (exemple, les endives ou la salade verte sont trempées dans des bacs d'eau chlorée alors que les emballages de viande cuite ou charcuterie sont nettoyés au bactéricide). Pour des raisons de traçabilité des échantillons de chaque emballage sont conservés (exemple, fonds des boîtes de conserve où sont inscrits DLC et numéro de lot). Par ailleurs, on y trouve également un petit atelier de découpe des crudités (exemple : carottes râpées).

¹⁹ La DLC est la Date Limite de Consommation d'un produit.

On note que le temps agent consacré à l'application des normes d'hygiène et de qualité est considérable. Le secteur dédié à la désinfection en est un exemple car quatre agents sont dédiés à cette tâche. Ceci n'exonère pas les autres postes de passer une part importante du temps à désinfecter les postes de travail avant le démarrage de la production et à les nettoyer en fin de journée. De l'avis des agents, il s'agit là de la différence la plus importante avec ce qu'ils ont pu voir lors d'expériences professionnelles passées en restauration traditionnelle ou indépendante où les normes HACCP²⁰ sont appliquées de manière moins drastique. La seconde différence étant le volume de repas produits par jour ceci impactant directement les quantités de matière travaillées et le matériel utilisé.

Focus bonnes pratiques

La stratégie de recruter des professionnels qualifiés en cuisine détenteurs *a minima* d'un CAP des métiers de bouche apporte une véritable plus-value en termes de compétences et donc de possibilités pour faire évoluer les techniques culinaires.

5. Production froide, production diététique, production chaude et pâtisserie

Ces 4 secteurs sont au cœur de la production alimentaire du CHU et mobilisent plus d'une trentaine d'agents par jour.

La production froide :

Ce secteur est en charge de la préparation des entrées froides et des plats qui ne seront pas recuits lors de la phase de préparation comme les viandes achetées cuites (ex rôtis). Ainsi, un agent sera posté à la découpe ou au tranchage tandis qu'un autre agent sera affecté aux « mixés ». Le matériel utilisé pour la production comprend, entre autres, une trancheuse, des balances de pesée, des thermomètres de prise de température et une thermo-scelleuse.

Les fiches techniques

Les responsables de production affichent chaque jour pour leurs agents les fiches techniques qui reprennent la date de production, les ingrédients et les quantités à préparer pour chaque produit. Ces fiches sont à respecter strictement.

Les agents sont postés à la manière d'une chaîne de production en industrie agroalimentaire et toutes les préparations sont pesées (avec une tolérance de + ou - 5 g) lors du conditionnement en barquette individuelle et collective pour répondre à un enjeu de production. En effet, il est nécessaire de gérer la bonne répartition de la quantité préparée en parts individuelles. Le jour de notre entretien avec la responsable de la production froide, par exemple, 882 barquettes individuelles de betteraves rouges devaient être produites. La pesée des barquettes permet également de respecter les apports nutritionnels prévus pour le patient pour chaque repas.

Suite au remplissage, les barquettes sont placées sur une ligne de conditionnement qui opercule les barquettes, les étiquette avec le numéro de lot et la date de production, la description du produit ainsi que la DLC. Un agent posté au bout de la ligne range les barquettes dans des caisses, elles seront ensuite stockées dans les chambres froides en attendant l'allotissement par pôle de distribution (self, offices relais...).

Afin de limiter la pénibilité de ces postes, les agents (sauf cas particulier) tournent durant la matinée et changent de poste au sein de leur secteur.

²⁰ Les normes HACCP pour Hazard Analysis and Critical Control Point applicables dans les établissements de restauration et les industries agroalimentaires notamment, permettent d'appliquer une méthode de maîtrise de la sécurité alimentaire des denrées alimentaires.

Production partie diététique :

Ce secteur, géré par la responsable de la production froide, occupe une pièce séparée du secteur de production froide. C'est là qu'un agent, ouvrier de production, prépare des productions spécifiques de moindre volume comme les potages ou purées enrichies ou encore les flans sans sucre.

Focus bonnes pratiques

L'espace où sont cuisinés les produits diététiques est entièrement équipé avec tout le matériel d'une cuisine professionnelle, cela permet l'utilisation de l'espace pour faire des essais et tester de nouvelles recettes.

Production chaude :

On y cuisine les sauces, la viande (pour celle cuite sur place) et les accompagnements (féculents, légumes verts, légumes secs...). Le matériel utilisé dans cette partie de la cuisine est conséquent : marmites de grande capacité, des fours, une ligne de conditionnement... En effet, une partie de la production est conditionnée en barquette de 8 à 10 parts à destination des offices relais. Une autre partie est éventuellement refroidie et envoyée en production froide pour y être conditionnée. Il peut s'agir, par exemple, de la sauce préparée en production chaude et ajoutée une fois refroidie à de la viande tranchée en production froide.

La production chaude nécessite la présence de 12 agents encadrés par un responsable de production. Comme dans les autres secteurs de la cuisine, la formation initiale des agents en cuisine ainsi que leurs expériences passées avant d'être recrutés au CHU de Dijon représentent un véritable atout pour l'organisation. On peut citer la mise en place des cuissons de nuit à basse température qui, tout en optimisant l'utilisation du matériel, a permis de dégager du temps pour les ouvriers de production. Ces cuissons permettent également de limiter la perte de matière et d'améliorer les qualités gustatives des produits (préservation de la tendreté de la viande entre autres). Ces compétences sont également mobilisables pour poursuivre les réflexions sur de nouvelles techniques culinaires et de nouvelles recettes.

Ces réflexions s'inscriraient dans la continuité de l'évolution de ces dernières années qui consiste à un retour des productions sur place à partir de produits de 4^{ème} et de 5^{ème} gamme²¹ comme cela a été le cas il y a quelques années sur les mixés dont la production a été réintégrée au sein de la cuisine.

Focus bonnes pratiques

Mise en place des cuissons de nuit pour certains plats ou accompagnements. L'utilisation de cette technique permet d'optimiser moyens humains et utilisation du matériel.

Pâtisserie

A cet endroit sont produits les tartes salées et sucrées, les éclairs, les pâtes à choux, la génoise... A titre d'exemple, pour un service, il peut être produit 1 200 tartes individuelles et 200 fars bretons. Les volumes produits impliquent une planification fine des tâches à répartir sur les 5 jours de production de la semaine. Les agents rencontrés sont fiers et satisfaits de fabriquer de la pâtisserie maison et de ne pas faire de l'assemblage. Ils regrettent cependant la qualité des produits achetés qui peuvent être difficiles à travailler.

Focus bonnes pratiques

La plupart du matériel de cuisine est disponible en deux exemplaires afin qu'une panne matérielle n'affecte pas la production. Un agent de maintenance est entièrement dédié à l'entretien et à la réparation de tout le matériel. Enfin, les achats de matériel de même marque sont privilégiés afin de disposer de pièces détachées compatibles si besoin.

²¹ Les produits de 4^{ème} gamme sont les légumes et fruits frais crus, lavés, épluchés et coupés. Les produits de la 5^{ème} gamme sont des légumes stérilisés en sachets sous vide.

5 agents et un responsable de production travaillent en pâtisserie, cinq d'entre eux sont pâtissiers de formation. Au vu de leur formation et expérience préalable, les pâtissiers recrutés sont très rapidement autonomes dans leur prise de poste.

6. Hygiène

Au sein de ce secteur de production est lavé tout le matériel de cuisine : les marmites, couteaux, ustensiles, fouets... Un tunnel de lavage permet de laver le matériel même encombrant. Les caisses plastiques où sont stockées les marchandises à leur arrivée en provenance des quais et celles qui servent à stocker les barquettes individuelles et collectives pour l'allotissement vers les selfs ou les offices relais sont également lavées et désinfectées par les agents de ce secteur.

7. Allotissement

A cet endroit, les productions conditionnées en barquettes collectives ou individuelles sont stockées en chambre froide. Les agents affectés dans cette partie de la cuisine centrale préparent la répartition des productions à destination des selfs et offices relais. Un échantillon de chaque production est stocké à cet endroit pour le suivi qualité et la traçabilité des productions, il s'agit des plats témoins.

Les 3 agents qui travaillent dans ce secteur sont constamment en chambre froide et confrontés à une température de 3 à 4 °C. La température rend le travail difficile, les agents de quai qui stockent les marchandises dans les chambres froides et les congélateurs sont également confrontés à cette pénibilité.

On constate d'autres facteurs de pénibilité en cuisine : les agents sont soumis de manière régulière au port de charges lourdes sur la plupart des postes ainsi qu'à des gestes répétitifs qui peuvent favoriser l'apparition de troubles musculo-squelettiques. Le bruit est également présent dans certains secteurs de la cuisine. Concernant tous ces sujets, on note que tous les nouveaux achats de matériels sont pensés de manière à limiter au maximum la pénibilité, on peut citer l'achat de chariots à pantographe qui permettent d'avoir toujours les objets à transporter ou à déposer à hauteur sans avoir à se pencher ou lever les bras. Il y a également un projet d'achat d'un exosquelette pour le poste de remplissage des barquettes collectives dans le secteur de la production chaude en début de chaîne de conditionnement.

Focus bonnes pratiques

La banque alimentaire vient récupérer des productions en cuisine centrale deux fois par semaine. Par ailleurs, ont été mis en place des outils de suivi de toutes les denrées alimentaires jetées ou remises à la banque alimentaire pour mesurer le volume du gaspillage alimentaire au niveau de la cuisine centrale.

8. Offices relais

On compte 3 offices relais au sein du CHU et une cuisine relais : office relais du Bocage, office relais du CCR (centre de convalescence et de rééducation), office relais de l'hôpital d'enfants et la cuisine relais de Champmaillot. Les offices relais sont le lieu où sont préparés les plateaux placés dans les chariots de réchauffe et envoyés dans les services. Au-delà de cette mission, la cuisine relais du site de Champmaillot produit certaines préparations pour l'EPHAD et les autres services du site comme des potages ou des collations enrichis, les jus d'orange frais ou certains plats dans la semaine. Là encore, le choix de produire sur place est lié à des questions d'organisation et de planification de la production en lien avec la cuisine centrale.

Les commandes de repas émanent des services via l'outil pocket²² à J-1 jusqu'à 14h45. Les offices relais mutualisent les informations et émettent leurs commandes auprès de la partie allotissement de la cuisine centrale. Les livraisons vers les offices peuvent être effectuées jusqu'à 7h15, heure à laquelle la chaîne de préparation des plateaux débute en office. Pour chaque livraison reçue de la cuisine centrale, les quantités sont recomptées pour redemander immédiatement les produits manquants si besoin.

Pour exemple, la chaîne de préparation des plateaux du site du Bocage s'organise de la manière suivante : dans une salle à 3 ou 4°C, 3 agents sont positionnés autour d'un convoyeur sur lequel sont préparés les plateaux. Le premier agent prend les plateaux, lit la carte plateau (c'est-à-dire la liste des plats du patient pour ce repas) et installe l'entrée. Le second agent prépare les assiettes de plat chaud et les place sur le plateau. La dernière personne de la chaîne pose le fromage et le dessert et charge ensuite le plateau dans le chariot de réchauffage. Sont ajoutés si besoin les plateaux des commandes d'ajustement qui peuvent émaner des services de soin pour tenir compte des nouvelles entrées.

L'emploi du temps est serré puisque les plateaux doivent arriver dans les services pour le réchauffage entre 10 et 11h pour le repas du midi. Il est également nécessaire de prendre en compte les commandes supplémentaires qui émanent des services liées à des oublis ou à des entrées de patients. Pour le Bocage, il s'agit d'envoyer les chariots au moment où les tortues logistiques sont dédiées au déplacement des chariots de repas (à d'autres moments de la journée, la priorité peut être donnée au transport du linge par exemple).

En fin de service, les chariots ainsi que les assiettes, cloches et plateaux reviennent en office relais pour la désinfection, cette étape consiste en un second lavage en tunnel de lavage (un premier lavage de la vaisselle et des plateaux a été effectué dans les services).

Projet d'enrichissement

Lancé en 2018, au sein de la cuisine relais de Champmaillot, ce projet fait partie de la politique d'établissement. Il a permis d'identifier deux catégories de patients, les « petits » et les « gros » mangeurs. Les premiers bénéficiant de demi-portion et de plats enrichis pour prévenir la dénutrition. Ainsi, les agents ont testé des potages et des collations enrichis (exemple cakes au yaourt). De l'avis des agents, ce projet est générateur de nouvelles contraintes et d'un besoin de main d'œuvre complémentaire. De plus, les recettes produites ne sont pas toutes abouties et restent à améliorer gustativement. Cependant, les agents restent volontaires pour travailler sur ces sujets.

Focus bonnes pratiques

Des jus d'orange frais sont servis aux résidents de l'EPHAD 5j/7. La production prend 2h30 et nécessite 75 kg d'oranges par jour.

²² Voir la partie commande des repas en services de soin.

C. Les enseignements concernant la production.

Nous avons pu découvrir au sein de la cuisine centrale et des offices relais une organisation de la production très hiérarchisée et structurée. La très grande complexité de l'organisation est liée aux contraintes d'une cuisine décentralisée, en liaison froide, avec un important volume de production au sein d'un établissement hospitalier dans lequel coexistent un grand nombre d'alimentations thérapeutiques.

A partir de nos observations et entretiens se dégagent beaucoup d'éléments positifs qui se révèlent être des atouts importants pour répondre à la problématique de travail que nous avons défini à savoir l'amélioration de l'alimentation pour les patients pour prévenir la dénutrition, limiter le gaspillage alimentaire et valoriser les compétences du personnel de cuisine. Nous avons également identifié plusieurs éléments qui nous semblent être des enjeux importants pour améliorer la production alimentaire au CHU.

1. Les forces

Ressources humaines et compétences :

Sur cette thématique, on identifie des atouts intéressants pour le CHU :

- Depuis plusieurs années, le CHU a fait le choix de ne recruter en cuisine que du personnel qualifié et détenteur a minima d'un CAP de cuisine ou d'autres métiers de bouche, y compris pour les agents travaillant en magasin ou à l'allotissement. Au-delà de présenter l'avantage pour les agents d'être polyvalents et de pouvoir ainsi évoluer au cours de leur carrière, les agents sont qualifiés et compétents sur leur métier, ils peuvent ainsi être force de proposition pour la mise en place de nouvelles techniques culinaires, l'optimisation de l'utilisation du matériel ou encore la recherche de nouvelles recettes. A ce sujet, les agents rencontrés ont exprimé leur envie d'être associés à la proposition de nouvelles recettes et d'avoir la possibilité de les tester.
- Les équipes semblent bien dimensionnées pour produire les volumes requis. On note cependant que le site de Champmaillot dispose de moins de marges de manœuvre pour absorber la mise en place de nouveaux projets.
- Stabilité des effectifs : on constate peu de turn-over en cuisine et dans les offices relais. Les agents qui ont eu une expérience professionnelle en restauration commerciale indépendante (ce qui est le cas d'une majorité d'entre eux) apprécient les horaires de journée sans coupure et le fait de ne pas travailler le week-end.
- Enfin, l'encadrement intermédiaire des différents sites est motivé et force de proposition pour expérimenter et s'inscrire dans de nouveaux projets. Les équipes de terrain sont également volontaristes.

Du matériel et des locaux adaptés

Concernant cette thématique, on note que la cuisine centrale est organisée de manière fonctionnelle qui permet de respecter « la marche en avant ». En cuisine, ainsi que dans les offices et cuisine relais, des investissements matériels sont faits de manière régulière afin que le personnel puisse disposer d'outils de travail performants et permettant, dans la mesure du possible, la prévention des troubles musculo squelettiques. Enfin, certains espaces permettent de faire des tests et expérimentations de nouvelles recettes.

Une tendance de fond à la ré-internalisation des productions.

Nous avons noté que, depuis quelques années, certaines productions ont été réintégrées au sein des cuisines, on peut citer la fabrication des soupes, des mixés, omelettes et même de jus d'orange frais au sein de la cuisine relais de Champmaillot. A ce propos, les projets menés sur l'enrichissement de la nourriture pour les personnes âgées dénutries ont contribué à cette dynamique positive qui a pour moteur principal l'amélioration gustative des plats à destination des patients. Les agents interrogés sur le sujet ont exprimé une forte volonté d'aller plus loin sur cette tendance et de pouvoir travailler des produits bruts. En effet, c'est dans cette configuration que les agents peuvent mobiliser et valoriser leur expertise métier.

2. Les enjeux.

Aux côtés de ces forces, nous avons identifié des enjeux de divers ordres pour améliorer l'alimentation.

Des enjeux organisationnels.

Tirer parti de la nouvelle organisation issue de la création du GHT concernant les achats.

Sur les achats, nous avons noté que les premiers marchés lancés dans le cadre du GHT, et dont le suivi est centralisé au service des affaires économiques du CHU de Dijon, sont encore en cours. Il est encore trop tôt pour mesurer l'entière portée des conséquences positives et négatives de cette mutualisation cependant, on peut d'ores et déjà noter que cette nouvelle fonction devra poursuivre la réflexion sur les enjeux suivants :

- Professionnaliser encore plus le lancement des prochains marchés avec des exigences accrues auprès des fournisseurs ;
- Etablir une stratégie fine sur les produits ou catégories de produits qu'il est préférable d'acheter via la centrale nationale UniHA ou directement via le GHT en réponse à des enjeux de coûts, de qualité des produits et de fiabilité des fournisseurs ;
- Identifier et rencontrer de nouveaux fournisseurs pour améliorer la qualité des produits achetés afin de se rapprocher au mieux des exigences de la loi Egalim (produits de qualité ou d'origine) et de limiter les coûts cachés liés au traitement des déchets alimentaires engendrés par la nourriture non consommée par les patients.

La réponse à ces enjeux rencontre actuellement certaines limites sur lesquelles il serait intéressant de travailler. On peut citer notamment les éléments suivants :

- La fonction achat dispose de moyens humains restreints ;
- Les besoins en volume du GHT limitent le panel des fournisseurs en capacité de répondre aux marchés ;
- Pour certains produits les gammes de qualité sont également restreintes en lien avec les possibilités budgétaires des restaurations collectives en général (il existe par exemple des gammes de fruits exclusivement proposées aux restaurations de collectivité) ;
- De manière plus générale, l'allocation budgétaire aux achats alimentaires rend difficile l'application de la partie de la loi Egalim concernant les approvisionnements en produits issus de labels de qualité dont une part en Agriculture Biologique (20%). Cette configuration n'est pas propre au CHU de Dijon, on la rencontre également dans d'autres établissements hospitaliers ;

- Enfin, le GHT se doit d'être particulièrement attentif à la sécurité alimentaire et au risque médiatique pour le CHU qui pourrait générer un scandale sanitaire médiatisé. Cet état de fait peut influencer le choix des fournisseurs en privilégiant parfois un gros fournisseur reconnu nationalement plutôt que de prendre le risque de choisir un fournisseur local de moins grande envergure.

Apporter de la souplesse à une organisation contrainte qui laisse peu de marges de manœuvre.

La cuisine centrale obéit à une organisation complexe et réglée au millimètre. Les évolutions se font malgré une inertie importante liée aux contraintes organisationnelles de la production ainsi qu'à une culture corporatiste basée sur un fonctionnement hiérarchique fort. Cependant, des évolutions ont été possibles ces dernières années avec la mise en place de nouvelles techniques culinaires ou encore la ré-internalisation de certaines productions au fil des années.

On note que le fait de baisser le nombre d'alimentations thérapeutiques peut être une opportunité pour gagner un peu de souplesse à terme dans l'organisation de la production. Cependant, il est possible que l'effet positif d'une diminution du nombre d'alimentations thérapeutiques ne soit pas immédiat car les contraintes engendrées par un grand nombre de productions différentes sont pleinement intégrées dans l'organisation.

Des enjeux en lien avec les ressources humaines et la formation.

Sécuriser la planification, élément clé de l'organisation de la production.

La planification et l'approvisionnement fonctionnent de manière fluide et plutôt efficace au sein de la cuisine centrale. Cependant l'organisation de la production est directement liée à la planification, ainsi celle-ci pourrait être fortement impactée par une absence prolongée du responsable de la planification. Ainsi, le renforcement de la fonction de la planification par un second agent est un élément positif, cependant le délai pour acquérir une pleine autonomie sur le poste (près d'un an et demi) nécessite d'être attentif à la stabilité des effectifs au sein de ce pôle.

Un besoin de formation et d'accompagnement sur la conception de menus végétariens.

On rappelle que la loi Egalim incite à la mise en place de menus végétariens en restaurations collectives²³. L'évocation de ce thème auprès des personnes interviewées a provoqué généralement de vives réactions mettant en exergue les réticences à travailler sur ce thème. Les personnes ont ainsi évoqué le bouleversement des habitudes alimentaires des patients qui ne seraient pas prêts à se passer de produits carnés, l'impossibilité de se conformer aux habitudes alimentaires de tout un chacun ou encore la substitution de produits végétaux à l'empreinte écologique peu satisfaisante à des produits carnés locaux. Ces réactions nous semblent être le reflet d'un déficit de connaissances et de formation sur la conception de menus végétariens. Cette situation n'est pas surprenante puisque jusque récemment les formations initiales en cuisine ou en diététique n'abordaient que très peu la conception de menus ou de plats végétariens.

L'apport de connaissances et l'accompagnement des équipes sur la conception de menus et de plats végétariens nous semble une piste de travail intéressante. Cette formation pourrait être complétée par des

²³ La loi Egalim a acté la présentation, au moins une fois par semaine, d'un menu végétarien dans la restauration scolaire. Cette mesure est mise en place à titre expérimental pour une durée de 2 ans à compter du 1^{er} novembre 2019.

connaissances précises sur les apports nutritionnels des plats en lien avec les besoins nutritionnels des individus. Ce second besoin a été exprimé par les équipes dans l'objectif de mieux comprendre les contraintes diététiques lors de la conception des menus et des échanges en commission de menu.

Des enjeux de communication.

Des produits et des savoir-faire à valoriser.

Malgré une part importante de la production effectuée sur place avec parfois l'utilisation de denrées produites sous signe d'origine ou de qualité (exemple bœuf charolais AOP), ces éléments ne sont pas suffisamment communiqués auprès des soignants qui peuvent ainsi difficilement valoriser les plats servis auprès des patients. Par ailleurs, nous avons pu constater qu'une part importante du personnel administratif de l'hôpital et des soignants ignore, par exemple, que la pâtisserie est produite sur place ou que dans la plupart des services sont servis des potages bio fabriqués en cuisine.

Un enjeu pour la cuisine de mieux connaître la distribution et la consommation en services de soins.

Lors de nos échanges, nous avons identifié un point qui nous semble important pour améliorer la consommation alimentaire des patients. Il s'agirait pour les agents en cuisine de mieux connaître le fonctionnement de la distribution et de la consommation des plateaux, de tester les plats servis suite au réchauffage en chariot dans les services et d'échanger avec les patients pour mieux appréhender les enjeux du repas pour les patients dans le cadre d'un séjour à l'hôpital. Cette meilleure connaissance serait un moyen intéressant d'impliquer les agents de la cuisine et des offices dans des propositions d'amélioration des recettes et de la présentation des plats.

Suite à la présentation des activités et métiers de la production alimentaire au CHU et des premiers enseignements que nous avons pu retirer, nous allons nous intéresser à présent à la partie qui se situe en aval c'est-à-dire la distribution et la consommation des repas au CHU.

IV. Les services de soins : commande, distribution et consommation des repas.

Les activités dans les services de soins : commande, distribution et consommation des repas.



A. Les étapes de l'alimentation en service de soins.

Au sein du CHU de Dijon, l'alimentation est considérée comme faisant partie intégrante du parcours de soins. En effet, une attention toute particulière lui est donnée tout au long de l'hospitalisation du patient : lors de son entrée dans le service, le médecin, éventuellement appuyé par un diététicien, détermine un type d'alimentation thérapeutique et les aides-soignants recueillent les aversions et préférences alimentaires des patients (exemples : sans porc, végétarien, etc.). Durant son hospitalisation, le patient fait l'objet d'une surveillance quotidienne par le binôme médecin-infirmier, la (ou les) alimentation(s) thérapeutique(s) prescrites sont donc amenées à changer et sont adaptées en fonction de l'évolution l'état de santé du patient.

Point méthodologique

Les observations ont été effectuées dans **13 services de soins** (voir annexe 1 pour la liste des services). Les lieux d'observation ont été déterminés sur base du volontariat des cadres de santé des services dans lesquels des repas sont servis aux patients et dont la durée moyenne de séjour est supérieure à 2,5 jours.

1. La prise de commande des repas.

L'outil « pocket »

La relation entre la cuisine, les offices et les services de soins passe tout d'abord par la commande des produits en lien avec l'alimentation à savoir les commandes de pain, d'épicerie et de plateaux repas. Toutes ces commandes passent par l'outil « pocket ». Cet outil informatique, présent au CHU depuis 2003, est matérialisé par un terminal mobile présent dans chaque service de soin où il y a une commande alimentaire soit environ 80 services au CHU. La « pocket » est la pierre angulaire des communications avec la cuisine centrale car il permet à chaque service :

- De passer les commandes d'épicerie et de pain. Les produits d'épicerie ne nécessitent pas d'être stockés au froid, ces produits sont principalement utilisés pour les petits déjeuners (thé, café, chocolat, lait, sucre...) et éventuellement pour les collations. Cela comprend également les condiments qui peuvent être proposés aux patients lors des repas (sel, poivre et moutarde).
- De proposer le menu adéquat au patient en fonction de l'alimentation thérapeutique qui lui est prescrite. Lors de la mise en place d'une nouvelle alimentation thérapeutique pour un patient, celle-ci est inscrite dans son dossier informatisé sur le logiciel Dxcare. Elle est ensuite reprise pour être saisie dans le logiciel lié à la restauration et apparaît ainsi dans le système informatique « pocket ».
- De disposer d'un support afin de permettre à l'aide-soignant de présenter le menu au patient (déjeuner, collation, dîner) et les possibilités de plats de substitutions au menu du jour en fonction de ses préférences ;
- D'enregistrer la commande du patient pour les repas du lendemain ;
- De transmettre toutes les commandes à la cuisine centrale.

Les commandes d'épicerie sont effectuées deux jours par semaine et les commandes de plateaux repas sont effectuées par les soignants la veille jusqu'à 14h45 pour le déjeuner et le dîner. Le vendredi, les commandes sont effectuées pour le samedi, le dimanche et le lundi. Concernant les jours fériés, la veille, les commandes sont effectuées pour le lendemain et le surlendemain. Seules quelques commandes sont passées en dehors de l'outil, il s'agit des commandes de plateaux repas supplémentaires pour les patients pré-entrants²⁴ ou les oubliés. Dans ces cas, la commande est faite par téléphone auprès de l'office relais et confirmée par fax.

Dans les services visités, les agents en charge des commandes sont généralement les ASH (ou agents de bio nettoyage) pour l'épicerie et les aides-soignants pour les repas. Les agents ont unanimement fait part de leurs difficultés à utiliser l'outil pocket. Tous les agents évoquent des problèmes de synchronisation récurrents, au moment du démarrage de la télécommande et lors de l'envoi des données. Ces difficultés engendrent des pertes de temps très importantes pour les équipes, devenant une source d'exaspération et de crispations.

Lors de nos dernières observations, une nouvelle version de l'outil « pocket » était en cours de mise en place. Les agents ont, pour la plupart, été formés pendant une heure à l'utilisation du nouvel outil. La prise en main de la nouvelle version semble assez aisée et la navigation fluide. Une connexion wifi opérationnelle est nécessaire pour l'utilisation de l'outil. Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact du nouvel outil dans les services, cependant, les agents ont exprimé leur satisfaction sur cette nouvelle version.

Remarque : le site de Champmaillot n'utilise pas l'outil « pocket » car seuls trois alimentations thérapeutiques sont appliquées : « normal », « mixé » et « hâché ». Les patients bénéficient du menu du jour adapté si besoin.

²⁴ Entrée généralement à 14h, cette commande est effectuée pour le dîner le jour même.

La prise de commande individuelle.

La prise de commande au lit du patient fait partie des missions des agents²⁵ pour prendre en compte ses préférences alimentaires en lien avec ses convictions personnelles, ses habitudes, son état de forme physique et de ses envies du moment.

Par ailleurs, les travaux de recherche de Clémentine Hugol-Gential, notamment dans le cadre du projet Alims mené en partie au sein du CHU de Dijon, démontrent que la prise de commande auprès des patients a un impact positif sur la consommation des plateaux-repas, la nutrition des patients et entraîne de fait une diminution du gaspillage alimentaire²⁶.

Les cadres de santé rencontrés ont conscience de la dimension plaisir de l'alimentation. Pour les patients, cela fait partie des rares moments agréables au cours d'une hospitalisation. Ces temps de repas sont attendus par les patients et peuvent être un moment d'échange, de partage, de convivialité, voire dans certains cas de re-socialisation dans le cas des services où le repas est pris dans une salle à manger commune.

Dans les faits, nous avons pu constater de grandes disparités entre les services sur la prise de commande. Dans quelques services, cette tâche est effectuée régulièrement voire systématiquement auprès du patient mais, dans beaucoup de cas, la commande est effectuée par l'aide-soignant depuis la salle des soins.

Lors de notre étude, nous avons souhaité connaître la proportion de services pour qui la prise de commande au lit du patient est systématique ou au moins régulière et à l'inverse la proportion de services dans lesquels ce n'est jamais fait ou très rarement. Cependant, même si les données pourraient être accessibles à partir d'une extraction des commandes reçues par service avec l'horodatage des données saisies, elles n'auraient pas été significatives pour notre étude qui porte sur une période doublement perturbée par la pandémie de covid qui a fortement bouleversé l'organisation de l'hôpital d'une part et par le changement de version de l'outil pocket actuellement en cours d'autre part.

Dans les quelques services où nous avons pu observer la prise de commande au lit du patient, le déroulé de l'activité est le suivant :

- Avant de débiter la prise de commande auprès de chaque patient, l'aide-soignant se réfère à la fiche repas du service. Il repère les patients dont il n'est pas nécessaire de prendre la commande (exemple patient sondé) afin de préparer sa tournée des chambres. On note que pour les patients qui bénéficient d'une

La fiche repas

Cette fiche permet de connaître les informations en lien avec l'alimentation concernant chaque patient présent dans le service. Cette fiche peut prendre des formes légèrement différentes suivant les besoins du service, elles sont organisées de la façon suivante :

- Nom / code barre d'identification / n° de chambre ;
- Type d'alimentation : RN (pour régime normal), à jeun, mixé...
- Fiche alimentaire
- Restriction hydrique, collation... (suivant les services)

La fiche, mise à jour, lors des réunions de transmission du matin ou suite à la visite du médecin, est communiquée aux aide-soignants ceci est généralement doublé d'une information orale pour les patients pour qui une modification a été apportée.

²⁵ Dans la grande majorité des services, les aides-soignants sont en charge de la prise de commande des repas, il peut également s'agir des ASH ou des auxiliaires de puériculture en pédiatrie.

²⁶ HUGOL-GENTIAL, C. et NOACCO, A. « Donner le choix du repas à l'hôpital : effets sur le gaspillage alimentaire et les représentations des patients ». In HUGOL-GENTIAL, C. « Bien et bon à manger. Penser notre alimentation du quotidien à l'institution » - 2018. Editions Universitaires de Dijon : 239-247.

alimentation mixée, le choix étant restreint voire inexistant, la prise de commande n'est pas effectuée auprès du patient.

- Le temps nécessaire à la prise de commande au lit du patient est de 2 à 3 minutes par patient qui se déroule généralement de la manière suivante : l'agent présente le menu du jour prévu et demande au patient si celui-ci lui convient. Si une ou plusieurs composantes ne conviennent pas il lui est alors proposé des plats de substitution avec généralement un conseil ou une incitation à choisir tel ou tel composante : « *Je peux vous proposer des pâtes à la place des pommes de terre, est-ce que cela vous conviendrait ?* ». Cette posture de conseil se retrouve fréquemment et les agents peuvent se retrouver en situation complexe lors de la commande pour composer un menu équilibré pour un patient. Dans le cas, où un diététicien est présent, celui-ci peut être sollicité. Les diététiciens rencontrés nous ont indiqué que, par méconnaissance, les aides-soignants ou ASH véhiculent parfois de fausses croyances sur les propriétés de certains aliments auprès des patients.

Focus bonnes pratiques

Dans le service de chirurgie digestive et cancérologique, lorsqu'il n'est pas possible de programmer une aide-soignante de journée, la cadre de santé décale d'une heure l'arrivée d'un des aides-soignants de l'après-midi afin que celle-ci puisse prendre la commande au lit du patient dès son arrivée.

Pour les services où la prise de commande est effectuée depuis la salle de soins, le déroulé de l'activité débute, pour l'aide-soignant en charge de la prise de commande, par une revue de la fiche repas pour vérifier si des changements sont intervenus (exemple : prescription d'un changement dans les restrictions hydriques pour un patient). L'agent effectue ensuite la commande pour chaque patient. L'agent prend en compte la ou les alimentations thérapeutiques prescrites au patient ainsi que ses aversions. Dans le cas d'une alimentation normale sans aversions c'est le menu du jour qui est commandé. Face à la proposition de menu, nous avons pu constater que le choix de l'agent va reposer très souvent sur une sensibilité personnelle et se projeter sur qui lui semble le plus adapté pour le patient, « *Là, la personne sortira d'opération, je lui mets un jambon-purée* ».

2. La complétude des plateaux

Le chariot repas est livré dans les services généralement entre 10h et 11h par un logisticien qui effectue le branchement du chariot afin de respecter la chaîne du froid. Lors de leur arrivée, les chariots préparés en office relais contiennent, d'un côté, le plat chaud disposé dans une assiette sous cloche et de l'autre, l'entrée, le fromage et / ou le dessert. En effet, les chariots de réchauffage sont conçus pour chauffer une moitié de plateau pendant que la seconde moitié est maintenue à 3 ou 4 °C. Les étapes de préparation des plateaux-repas sont effectuées par les aides-soignants ou les ASH suivant les services. Le déroulé des tâches est le suivant :

- Coupage du pain. Celui-ci est livré dans le service entre 7h et 8h pour la journée. Le pain coupé est rangé dans un sac plastique ou dans une corbeille à pain couverte d'un tissu afin qu'il ne sèche pas.
- Rangement des plateaux dans l'ordre de distribution des chambres. C'est à ce moment qu'on peut constater des surplus de plateaux commandés pour des patients qui ne sont plus dans le service. Il peut y avoir un équilibre entre le nombre de patients sortis et les entrées intervenues entre-temps mais lors de nos observations, il y avait systématiquement un ou deux plateaux en plus du nécessaire. Le contenu de ces plateaux est alors rangé dans le réfrigérateur du service. Si celui-ci n'est pas utilisé le soir, il sera jeté en fin de journée.

Remarque : Alors que les services pratiquent de manière récurrente la commande de plateaux supplémentaires, à l'inverse, lors de nos observations, nous n'avons pas assisté à l'annulation de plateaux déjà commandés. Dans un service, une aide-soignante nous a indiqué que les annulations n'étaient pas pratiquées y compris pour des sorties le vendredi alors que les repas ont été commandés pour le week-end et le lundi.

- Contrôle du contenu des plateaux en conformité avec la carte patient (alimentation thérapeutique / texture).
- Ajout des couverts. Dans les offices alimentaires, figure une photo de présentation d'un plateau qui montre comment placer les couverts, la carte patient et les différentes composantes du repas. La présentation proposée est plus ou moins respectée par les agents. On note que dans plusieurs services visités cette affichette d'information a disparu.

Remarque : pendant ces opérations certains agents veillent bien à ne pas ouvrir les battants opposés du chariot en même temps pour préserver la chaîne du froid.

- Rebranchement pour mise en chauffe (programmation automatique pour 45min de chauffe). Les chariots sont conçus pour qu'une moitié du plateau soit réchauffée à plus de 63°C tandis que l'autre partie est maintenue au froid. Avant la mise en chauffe, certains agents prennent le temps de retirer les fruits afin qu'ils ne soient pas trop froids lors de la distribution. Cette opération nécessite de remettre les fruits sur le plateau un par un lors de la distribution. Cependant, il semble que cette étape ait un véritable impact sur la consommation du fruit par le patient, les fruits trop froids finissant majoritairement à la poubelle en fin de repas.
- Focus bonnes pratiques**
Depuis 2013, une formation « Distribution des repas » est proposée par un des responsables de la cuisine. Cette formation a véritablement un impact positif. En effet, nous avons pu constater des écarts importants entre les pratiques des agents ayant suivi cette formation ou non.
- Mise en place du pain sur chaque plateau juste avant la distribution. Le pain est généralement côté chaud afin qu'il soit un peu tiède lors de la distribution.
 - Préparation des condiments qui seront proposés aux patients. Dans la pratique, aucun agent suivi lors de la distribution des plateaux n'a proposé de condiments (sel, poivre, moutarde) aux patients. Les agents interrogés indiquent distribuer du sel si le patient en fait la demande.

3. Distribution et accompagnement à la prise de repas

Les agents qui contribuent à ces étapes ont un rôle primordial. En effet, la qualité des gestes professionnels et de la relation établie avec le patient ont un impact sur la quantité consommée par le patient sur un repas et par conséquent sur la prévention de la dénutrition et le gaspillage alimentaire.

Nous avons pu constater que dans les services où l'alimentation fait l'objet d'une attention particulière, on donne de l'importance à l'installation et à l'accompagnement au repas. Les professionnels de ces services indiquent qu'ils essaient de veiller à ce que l'environnement soit propice à la prise de repas, que le patient soit confortablement installé et qu'il dispose des aides techniques nécessaires.

Installation du patient et présentation du menu.

L'installation du patient est réalisée par les aides-soignants avec le concours éventuel des ASH. Des aides-soignants nous ont détaillé les différentes étapes de l'installation du patient :

- Un environnement propice à la prise de repas (en chambre et/ou en salle commune) avec prise en compte de l'environnement sonore par exemple ;
- Le patient doit avoir l'espace nécessaire pour manger. Il est parfois nécessaire d'aider le patient à débarrasser l'adaptable, d'installer la personne à une table ou au lit avec un adaptable bien positionné ;
- Présentation du menu et des plats afin de stimuler l'appétit du patient.

Focus bonnes pratiques

A l'EPHAD, possibilité de commander à l'avance des menus pique-nique l'été. Quelques résidents volontaires ont alors la possibilité de sortir manger dehors, l'équipe soignante prévoit alors les adaptations nécessaires.

Dans la très grande majorité des services observés, cette étape de l'installation du patient était rapide ou inexistante. Nous n'avons pas observé de contrôle spécifique réalisé en amont de la distribution, le plus souvent, l'installation du patient est réajustée au moment de l'installation du plateau, en cas de grandes difficultés du patient.

Les plateaux sont distribués rapidement dans les chambres par les aides-soignants et/ou les ASH suivant les services et la distribution est ponctuée d'un « *bon appétit* » sans présentation du menu, ni de mise en valeur des plats et des produits. Certains repas sont interrompus par des actes médicaux : visite du médecin, soins infirmiers, rééducation par un kinésithérapeute. Dans ce cas, si le plateau a été réchauffé, il est gardé une heure voire deux suivant les services puis jeté si le patient n'est pas disponible pour manger dans ce délai.

Aide à la prise de repas et mise à disposition d'aides techniques

En cas de difficultés pour manger, les aides-soignants aident les patients à prendre le repas. Le fait d'aider un patient à manger est laissé à l'appréciation de l'équipe des aides-soignants en lien avec leurs observations et les transmissions au sein de l'équipe. Le rôle du soignant est alors primordial : positionnement de l'agent par rapport au patient, rythme des bouchées etc. Les gestes impactent directement la quantité consommée par le patient.

Pour les patients plus autonomes, les aides-soignants peuvent être amenés à apporter leur aide pour ouvrir les barquettes operculées ou encore mettre en place des aides techniques pour développer les capacités et les habiletés de la personne (assiette à butée, set de table anti-dérapant, manchons, sangles de poignets, verre canard, etc.). En cas de difficultés plus importantes, l'ergothérapeute peut conseiller et proposer des solutions en mettant à disposition ces aides techniques en fonction des besoins.

Si un patient a des troubles de la vision, l'utilisation de vaisselle de couleur permet de favoriser les contrastes dans la présentation des plats. De plus il est nécessaire de disposer les éléments sur le plateau en fonction du champ visuel de la personne (vision périphérique, centrale, déformation, altération de la vision d'un côté de l'espace, etc.).

Dans la pratique, très peu de services utilisent du matériel spécifique (à l'exception de verres canard).

4. Débarrassage des plateaux-repas

Cette étape est réalisée uniquement par les ASH. Cette phase comprend les tâches suivantes :

- Débarrassage des plateaux ;
- Lavage de la table ou de l'adaptable du patient ;
- Proposition et service d'un café ou d'un thé (uniquement le midi) ;
- Apport d'un pichet d'eau chaque matin au patient avant le petit-déjeuner, après le repas celui-ci est rempli à nouveau. Certains ASH changent le pichet afin que le patient ait de l'eau fraîche à disposition.
- Lavage de la vaisselle (cloches, assiettes et couverts) et des plateaux.
- Envoi du charriot à l'office relais pour un second lavage de désinfection des plateaux, des cloches et des assiettes et le lavage des chariots.

Par leur activité, les ASH ont une vue sur ce que le patient a consommé ou non. Certains services de soins tirent profit de cette position et demandent aux ASH de s'assurer que le patient ait correctement mangé. Dans le cas où le plateau-repas n'a pas été consommé, il est demandé aux agents d'en rechercher les causes par le biais de signaux (le patient avale de travers, il mange lentement, etc.). On note que ces pratiques permettent de valoriser les ASH en les responsabilisant sur le suivi de la consommation alimentaire des patients.

Dans le cas où l'ASH fait remonter le fait que le patient consomme peu ou pas ses plateaux repas, une fiche alimentaire peut être prescrite sur une durée de quelques jours par le médecin ou l'interne éventuellement sur sollicitation d'un diététicien. Le remplissage de ces fiches est dévolu aux AS dans la plupart des services suite aux observations des ASH lors du débarrassage du plateau. Le suivi de cette fiche alimentaire peut déclencher une visite du diététicien et/ou la prescription pour le patient de Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) ou d'une alimentation enrichie.

Focus bonnes pratiques

La fiche alimentaire a été retravaillée il y a quelques années pour que celle-ci soit facile à compléter par tous les agents. Depuis, cette fiche s'appuie sur des pictogrammes visuels simples à interpréter pour remplir la fiche.

B. Les enseignements pour la commande et la distribution des repas.

1. Les forces :

Nous avons vu l'impact positif du choix du patient pour ses repas sur sa consommation alimentaire. Ainsi, la prise de commande auprès du patient est un élément déterminant si l'on veut améliorer la prise alimentaire des patients. Nous verrons ensuite que le CHU dispose, pour ses agents, de formations dédiées à l'alimentation.

Les facteurs favorisant la prise de commande au lit du patient.

Un acte managérial du cadre de santé.

En effet, il est nécessaire que la **priorisation du repas soit décidée et affichée par le cadre de santé**. Dans les services où la prise de commande au lit du patient est régulière, il s'agit d'une préoccupation affichée par le cadre de santé et cette tâche figure au même niveau de priorité pour les aides-soignants que les toilettes par exemple. Comme nous l'expliquait une cadre de santé, « à l'hôpital, comme tout le monde court après le temps, tout ce qui n'est pas prioritaire n'est pas traité systématiquement ».

Une organisation en adéquation avec la priorité affichée.

Afin d'être efficiente, **cette priorisation doit se traduire dans l'organisation du temps de travail des agents.** Pour exemple, dans un service où la commande du repas est programmée entre 11h30 et 12h, si les tâches de la matinée ne sont pas terminées pour les aides-soignants à 12h, la commande sera effectuée depuis la salle de soin permettant ainsi de gagner du temps. Dans certains services, il est prévu que la prise de commande au lit du patient soit effectuée lorsque la planification des emplois du temps a permis de programmer un agent (aide-soignant ou ASH) de journée dit « inter ». Ainsi, l'équipe étant renforcée, l'agent de journée prendra en charge la commande des repas et aura la possibilité de passer auprès de chaque patient.

Deux remarques à ce sujet : d'une part, la planification d'un agent en « inter » n'est pas toujours possible et peut-être rare suivant les services (certains services fonctionnent à flux tendu), d'autre part, le temps disponible n'est pas la seule raison pour laquelle la prise de commande est effectuée au lit du patient puisque nous avons pu observer que même en présence d'un agent en « inter » la prise de commande pouvait être faite depuis la salle de soins.

Une mission à part entière pour les agents.

Lors de nos observations, nous avons pu identifier des comportements des agents liés à leur sensibilité personnelle en lien avec l'alimentation. Pour certains, les tâches en lien avec l'alimentation sont considérées comme mineures au regard du parcours de soins du patient, pour d'autres le repas est important mais pas nécessairement le choix alors qu'une dernière partie des agents va considérer que l'individualisation du repas répond au besoin du patient. Ainsi, il semble important que le fait que les **patients puissent choisir leur repas soit porteur de sens pour les agents** afin de répondre aux besoins du patient dans le cadre de son parcours de soins (plaisir, prévention de la dénutrition...).

Des formations et des sensibilisations des équipes en lien avec l'alimentation.

- En lien avec ce que nous avons vu précédemment, la **formation continue** est bien évidemment un levier pour une bonne prise de conscience de l'importance des tâches liées à l'alimentation par les équipes. Or, il existe au sein du CHU depuis de nombreuses années deux formations d'une journée dispensées sur ce sujet : la formation intitulée « Dépistage et prise en charge de la dénutrition » ainsi que la formation « Distribution des repas ».
- Focus bonne pratique**
Dans un des services du pôle « Pathologies médico-chirurgicales, digestives, endocriniennes et urologiques », la cadre de santé inscrit systématiquement les nouveaux arrivants ASH et AS aux formations « Distribution des repas » et « Dépistage et prise en charge de la dénutrition » afin que ceux-ci suivent ces formations dans l'année qui suit leur arrivée dans le service.
- Au côté de ces sessions de formation formalisées et inscrites dans le plan de formation de l'établissement, nous avons identifié **des actions de sensibilisation informelles et diverses**. En effet, dans de nombreux services, existent des bonnes pratiques de cet ordre en lien avec l'alimentation. On peut citer par exemple des actions de sensibilisations de certaines professions comme les diététiciens ou encore les ergothérapeutes auprès de leurs collègues AS et ASH sur des sujets en lien avec la prise alimentaire²⁷. Ces sensibilisations ont pour objectif d'accompagner les soignants en contact quotidien avec les patients pour une meilleure prise en charge

²⁷ Un ergothérapeute nous a cité le travail effectué avec les équipes de Champmaillot sur la basse-vision, un orthophoniste travaille lui sur les problématiques de déglutition...

de l'alimentation. En effet, ergothérapeutes et diététiciens n'exercent pas à temps complet au sein d'un seul service et ne sont présents que par intermittence.

Aux côtés de ces atouts, nous avons relevé d'autres points qui représentent des enjeux pour une meilleure nutrition des patients au sein du CHU.

2. Les enjeux.

Nous avons vu que la commande des plateaux était effectuée la veille et tous les services rencontrés doivent faire face à des événements imprévus (des entrées non planifiées, des sorties, des départs en bloc opératoire etc.). Dès lors, il y a toujours un delta inévitable entre les besoins réels et la commande réalisée. La réduction de ce delta est un enjeu important pour limiter le gaspillage alimentaire. Par ailleurs, comme nous avons commencé à l'évoquer plus haut, il nous semble nécessaire pour répondre à la problématique de mieux nourrir les patients de replacer l'alimentation au cœur du parcours de soins lors du séjour à l'hôpital.

La difficile optimisation des commandes de plateaux-repas et d'épicerie.

Dans une partie des services, les agents s'efforcent de réutiliser les excédents et de redistribuer au maximum les plateaux pour des entrées éventuelles. Dans une optique de réduire les surcommandes, les agents vont aller chercher les informations sur les entrées/sorties prévues afin d'anticiper et de réduire le gaspillage.

Une procédure est prévue dans le cas où un patient arrive dans le service et qu'aucun plateau repas n'a été commandé au préalable : les agents contactent l'office relais pour demander la livraison d'un plateau supplémentaire. Si cette commande d'ajustement est faite assez tôt, le ou les plateaux complémentaires sont ajoutés dans le chariot et si cette commande intervient après l'envoi du chariot repas, la procédure prévoit que les agents puissent aller récupérer ce plateau complémentaire à l'office relais. Dans la pratique, la plupart des services évitent ce déplacement et demandent au service voisin s'ils ont un plateau repas en surplus. Dans d'autres services visités, les habitudes sont différentes. En effet, les agents ont tendance à volontairement sur-commander des plateaux-repas et de l'épicerie (en commandant un plateau pour un patient sondé par exemple) pour pallier aux imprévus.

En fin de journée, ces surplus de plateaux sont très loin d'être toujours réutilisés et sont jetés en grande quantité. Il en va de même pour l'épicerie et les collations, les surplus sont jetés en fin de semaine après contrôle des DLC.

La gestion au plus près de la commande des repas est complexe et semble relever au moins partiellement d'une bonne communication au sein du service. En effet, au cours de nos séquences d'observation dans les services, nous avons noté les éléments suivants :

- Plusieurs corps de métiers interviennent directement et indirectement sur la chaîne d'alimentation : aides-soignants en premier lieu mais également ASH, infirmiers, médecins, auxiliaires de puériculture, professionnels de la rééducation et diététiciens. On note qu'à l'exception des diététiciens, aucun de ces métiers n'a l'alimentation comme cœur d'activité, il s'agit d'une mission parmi d'autres ;
- Ces métiers interviennent sur diverses organisations du travail (avec souvent la constitution de binômes médecins/infirmiers et AS/ASH) avec des accès aux informations différents. Les ASH, par exemple, ne participent généralement pas aux réunions de transmission et n'ont pas accès au dossier patient ;

- Les personnes interviennent sur des temporalités différentes tout au long de la journée selon les cycles de travail (équipes de matin, d'après-midi et de nuit).

Les services qui ont un temps dédié à la communication structuré, avec des points spécifiques de transmission entre les équipes, couplés avec l'usage de plusieurs canaux de communication (tableau blanc, « bulle », tableau de suivi journalier, etc.) permettent d'assurer un suivi efficace des informations. Il s'agit d'outils nécessaires pour que le patient bénéficie d'un régime adapté, de préférences alimentaires respectées, de plats choisis et d'un accompagnement adéquat pour la prise de repas.

A l'inverse, dans certains services nous avons pu observer des pratiques de communication plus aléatoires qui peuvent être conjoncturelles ou récurrentes. Elles entraînent des surplus de commandes ou encore des inadaptations plateaux-repas pour les patients. Il peut s'agir :

Focus bonnes pratiques

Au sein du pôle Champmaillot, un document a été conçu comme un outil de suivi au quotidien que chaque service s'est approprié. Ce carnet, « La Bible », recense les mouvements patients (examens hors site...), les interventions extérieures au sein du service (exemple RDV avec un assistant social) ainsi que la présence des agents. Cet outil utilisé quotidiennement sert à la transmission des informations au sein des équipes.

- De changements d'alimentation qui ne sont pas prescrits ou dont l'information n'est pas transmise ce qui peut contraindre l'aide-soignant à déterminer une alimentation de son propre chef établie à partir de son expérience du service (exemple : une réalimentation suite à une opération) ;
- Des circuits d'information sur les moments de départ au bloc opératoire ou encore les sorties d'hospitalisation des patients qui ne permettent pas de planifier la commande ou non des prochains repas ;
- Du décalage d'examens médicaux qui nécessitent d'être à jeun ou qui ne permettent pas au patient d'être dans sa chambre au moment du repas ;
- D'informations sur l'apport de repas par les familles des patients qui n'ont pas été partagées dans l'équipe aides-soignants / ASH²⁸.

Un enjeu de replacer l'alimentation au cœur des préoccupations dans les services.

Un discours déconnecté de la réalité de terrain dans les services.

Nous avons pu noter, dans la plupart des services dans lesquels les cadres de santé ont été volontaires pour nous permettre d'observer les pratiques, un écart entre le discours tenu par le cadre de santé, convaincu de l'importance de l'alimentation dans le parcours de soins du patient, et les pratiques observées dans le service. Il nous semble que ce décalage est principalement lié à deux facteurs :

- D'une part, les nombreux enjeux et priorités à traiter dans le cadre de la gestion d'un service, spécifiquement en période de pandémie covid :
- Et d'autre part, la difficulté d'impliquer les équipes sur un sujet qui nécessite, pour beaucoup, de modifier des habitudes parfois très ancrées. Ce deuxième facteur a été soulevé par les équipes elles-mêmes lors d'une session de formation « Distribution des repas » à laquelle nous avons pu assister.

²⁸ En période de pandémie covid cette possibilité a été suspendue pour les patients.

La problématique bien connue du jeûne nocturne.

Dans la plupart des établissements hospitaliers, le jeûne nocturne est important au vu de l'écart entre l'heure du dîner et celle à laquelle est servi le petit déjeuner, cela faisait déjà partie des éléments relevés dans le rapport Guy-Grand²⁹ sur l'alimentation en milieu hospitalier comme nuisibles à la santé de certains patients. Le CHU de Dijon est également dans ce cas avec des horaires de dîner qui oscillent entre 18 et 18h30 et un petit déjeuner servi vers 8h en général. Des aides-soignants travaillant de nuit nous ont indiqué que certains patients indiquent avoir faim, dans les cas extrêmes, dès 3 ou 4h du matin. Dans certains services, les aides-soignants proposent une petite collation de type yaourt ou compote vers 20h si besoin.

Le décalage des horaires de repas est un sujet complexe qui impacterait l'organisation de nombreux services mais également des 4 offices et cuisine relais. Nous avons identifié quelques exceptions où le dîner est servi plus tard notamment en UMC Pédiatrie où il est servi à 18h50.

Un enjeu de poser un cadre formalisé autour des repas.

Sur ce thème, nous avons relevé deux points qui nous semblent important :

- A notre connaissance, il n'existe pas de protocole écrit sur les repas, de la prise de commande à l'aide apportée aux patients pour s'alimenter. Ce document écrit permettrait probablement d'uniformiser les pratiques entre les différents services sur la prise de commande au lit du patient et également d'inscrire ce type d'action dans les pratiques des professionnels indépendamment de la sensibilité du cadre de santé du service.
- Le second point concerne les retours en direction de la cuisine sur les menus et plats servis. En effet, les retours formalisés réguliers sont pratiquement inexistant. En effet, l'enquête e-satis proposée aux patients en sortie d'hospitalisation n'a pas d'items suffisamment précis pour que les résultats permettent de mettre en œuvre des actions correctives, il en est de même pour l'enquête qualité effectuée tous les 3 ans en lien avec la restauration, même si celle-ci est un peu plus détaillée. On peut noter cependant que des travaux ont été menés, il y a quelques années, sur l'évaluation des plats par les patients avec des fiches d'appréciation sur le site de Champmaillot. Ce travail avait abouti à la suppression de certains plats des menus non appréciés des patients.

²⁹ Bernard GUY-GRAND, [« L'alimentation en milieu hospitalier, rapport de mission à Monsieur le ministre chargé de la santé »](#) - 1997.

V. Synthèse et préconisations

A. Éléments de synthèse

On rappelle que le travail de veille bibliographique, d'entretiens et d'observations effectué de mai 2021 à mars 2022 avait pour fil conducteur de s'interroger sur la façon dont le CHU Dijon-Bourgogne pouvait mieux nourrir les patients afin de répondre à leurs besoins nutritionnels, de valoriser les compétences des professionnels impliqués dans la restauration et enfin de limiter le gaspillage alimentaire. Notre étude a permis d'identifier les nombreux atouts dont le CHU Dijon Bourgogne dispose pour répondre à cette problématique.

- Au niveau de la production, le CHU peut s'appuyer sur les compétences et savoir-faire de ses équipes pour tester, expérimenter et améliorer les plats et menus servis aux patients ;
- Concernant la distribution des repas, il existe de nombreuses bonnes pratiques et initiatives éparses qu'il serait important de soutenir, de valoriser, de capitaliser éventuellement de structurer afin de les diffuser au sein de tous les services de soin.

Aux côtés de ces aspects positifs, nous avons également identifié des freins et des difficultés qui impactent fortement l'alimentation des patients. Là encore, si l'on souhaite dégager les idées principales, on retiendra :

- Un manque de communication formalisé entre la cuisine et les services de soins pour valoriser l'alimentation servie d'une part et entre les services de soins et la cuisine sur ce qui est consommé et apprécié des patients et ce qui l'est moins d'autre part. Ce retour faciliterait la mise en œuvre d'actions correctives si nécessaire ;
- Une absence de cadre structuré qui fait reposer les pratiques en lien avec l'alimentation sur les sensibilités et décisions individuelles.

B. Préconisations

A la suite de ce diagnostic qui donne une vue sur l'organisation de la chaîne alimentaire au sein du CHU, nous préconisons la mise en place d'un plan d'actions structuré et adossé à des moyens humains et organisationnels adaptés afin de mieux nourrir le patient.

Ce plan d'actions pourrait s'articuler autour des axes suivants :

- **Axe 1 - Pilotage et gouvernance.**
- **Axe 2 – Capitalisation des bonnes pratiques.**
- **Axe 3 – Organisation de la place de l'alimentation dans le parcours de soins.**
- **Axe 4 – Former les managers et les équipes.**
- **Axe 5 – Communication.**
- **Axe 6 – Innovation dans les pratiques.**

VI. Annexes

A. Annexe 1 – Les observations dans les services.

Pneumologie et soins intensifs respiratoires
Neurologie générale inflammatoire
Orthopédie
Neurochirurgie
Unité polyvalente chirurgicale
Addictologie
Hématologie clinique
Hépatogastro-entérologie
Chirurgie digestive et cancérologique
Unité médico chirurgicale d'urgence
UMC Pédiatrique
Médecine gériatrique 1
Médecine gériatrique 2
Cuisine centrale *
Cuisine relais Champmaillot *
Office relais Bocage *

* L'observation dans ces unités n'ayant pas été possible, des visites ont été effectuées pendant les phases de production.

B. Annexe 2 – Liste des personnes interviewées (hors observations).

Direction management		
MA R.-M.		Direction des soins
C.P.		Direction des soins
Q.G.		Directeur adjoint des ressources humaines
F.B.		Directeur des soins
F.M.		Directrice de la recherche
M.B.		Cadre de santé
S.C.	*	Ex cadre de santé
M.R.		Chef de pôle Champmaillot
C.PV		Cadre de santé SSR gériatrique
T.B.		Directeur des affaires économiques
Personnel paramédical		
L. K.		Infirmière
A. L.		Infirmière
S.B.		Brancardière
C.D.		Brancardière
A.L.		Responsable Hôtelière de Pôle
M.B.		Responsable Hôtelière de Pôle
A.K.	*	Gouvernante
S.A.		Aide-Soignant Champmaillot, référent nutrition
E.P.		Aide-Soignante en chirurgie Générale et urgences
Personnel médical		
M.P.	*	Médecin diabétologue
MC B.		Médecin nutritionniste, présidente du CLAN
L.B.		Praticien hospitalier
C.O.		sage-femme référente nutrition
Cuisine		
C.P.		Responsable restauration
J.F.		Responsable de la cuisine centrale
F.B.		Responsable des cuisines relais et des selfs

P.P.		Office relais
N.M.		Office relais Champmaillot
M.B.		Office relais
S.G.		Cuisine relais Champmaillot
S.J.		Cuisine centrale production froide
D.M.		Cuisine centrale production chaude
L.G.		Cuisine centrale quai / magasin
C.C.		Cuisine centrale pâtisserie
C.P.		Cuisine centrale préliminaires
B.N.		Cuisine centrale production froide
A.M.		Cuisine centrale plonge
Diététiciens		
C.B.		Cadre de santé des diététiciennes de soin
E.C.		Diététicienne de soin
A.G.		Diététicienne de restauration
S.B.		Diététicienne CGFL
C.C.		Diététicienne de soin
Etudes / recherche		
V.VW.		Chercheuse INRAE / CHU
C.HG.	*	Chercheuse Université de Bourgogne / CHU
X.M.	*	Consultant
Formation		
D.S.		Responsable formation
C.B.	*	Restau'co
G.M	*	Restau'co
L.L.		Institut de formation des Aide-Soignants
A		Formatrice Institut de Formation des Aide-Soignants
V.C.		CHU / Université de Bourgogne
C.C.		Campus paramédical
N.C.		Institut de Formation en Soins Infirmiers
S.L.		Institut de Formation des cadres de santé

Autres	
V.G.	Référente qualité en restauration
H.N.	Acheteur GHT 21/52
F.H.	Ergothérapeute
J.B.	Orthophoniste

* hors CHU

VII. Bibliographie

ADEME, « [Approche du coût complet des pertes et gaspillage alimentaire en restauration collective - synthèse](#) », août 2016.

CHU de Dijon Bourgogne – « [Projet d'établissement du CHU Dijon Bourgogne 2018-2022](#) », avril 2018

Conseil National de l'Alimentation – « Avis 78 – Alimentation en milieu hospitalier », 4 juillet 2017.

Conseil National de l'Alimentation – « [Avis 81 – Alimentation favorable à la santé](#) », mai 2020.

GUY-GRAND B., « [L'alimentation en milieu hospitalier, rapport de mission à Monsieur le ministre chargé de la santé](#) » - 1997.

Haut Conseil de la Santé Publique - [Pour une Politique nationale nutrition santé en France](#) - PNNS 2017-2021

HUGOL-GENTIAL, C. et NOACCO, A. « Donner le choix du repas à l'hôpital : effets sur le gaspillage alimentaire et les représentations des patients ». In HUGOL-GENTIAL, C. « Bien et bon à manger. Penser notre alimentation du quotidien à l'institution » - 2018. Editions Universitaires de Dijon : 239-247.

Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation - [#EGalim : tout savoir sur la loi Agriculture et Alimentation OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA RESTAURATION COLLECTIVE BIO ET DURABLE](#) - Rapport 2018

SFNCM – « Recommandations sur les alimentations standards et thérapeutiques chez l'adulte en établissement de santé - Condensé » – 2019.

VAN WYMELBECKE-DELANNOY V. - Rapport « Déchets alimentaires en établissements de soins – CHU Dijon Bourgogne » établi dans le cadre du projet « Dijon, alimentation durable 2030 » - 21/01/2019.

VIII. Glossaire

4^{ème}, 5^{ème} gamme : il s'agit d'une classification des produits alimentaires en fonction de leur conditionnement, leur état de transformation et du procédé de conservation employé. Il existe 6 gammes de produits, la 4^{ème} gamme correspond aux produits crus prêts à l'emploi et la 5^{ème} gamme aux produits cuits prêts à l'emploi.

Adaptable : table de lit qui se place au-dessus d'un lit ou d'un fauteuil.

Alimentation thérapeutique : il s'agit d'un régime alimentaire prescrit à un patient en lien avec sa pathologie ou son état de santé.

Carte patient ou carte plateau : sur ce papier figure la liste des composantes du repas prévues pour un patient. Ce document est édité en office relais, il est lu à haute voix par un des agents sur la chaîne de préparation des plateaux et sert ensuite en service de soins pour vérifier le contenu du plateau de chaque patient.

Chariot pantographe : il s'agit d'un chariot doté d'un bras mécanique en forme de Z, permettant de maintenir le chargement à hauteur quel que soit le volume de remplissage du chariot.

CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et en Nutrition

Dénutrition : la dénutrition représente l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel. Le déséquilibre nutritionnel est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif.

DLC : Date Limite de Consommation

Alimentation enrichie / enrichissement : il s'agit de proposer un plat ou un menu riche en protéines, lipides et glucides qui permet un apport énergétique important sur de petites quantités de nourriture.

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire.

HACCP pour Hazard Analysis and Critical Control Point : est une méthode de maîtrise de la sécurité sanitaire des denrées alimentaires.

Liaison froide : méthode de conservation d'un produit entre sa fabrication et sa consommation consistant à en abaisser rapidement la température immédiatement après sa fabrication (jusqu'à moins de + 10° degrés en moins de 2 heures). Il est ensuite conservé au froid (entre 0° et +2° degrés) puis remis en température chaude juste avant sa consommation.

Marche en avant : le principe de marche en avant est la mise en place d'une démarche qualitative de l'hygiène avec pour principe de base que les produits sains ne doivent pas croiser le chemin des produits souillés.

Métiers de bouche : cette appellation rassemble diverses professions liées à la préparation de produits et mets relevant de l'alimentation humaine. Ces métiers, plus ou moins réglementés, peuvent être exercés dans un cadre artisanal ou industriel.

Office relais : au sein du CHU, il s'agit du lieu où sont préparés les plateaux-repas à partir des productions livrées par la cuisine centrale avant l'envoi dans les services de soin. Il n'y a pas de production culinaire en office relais mais du reconditionnement.

Préliminaires : secteur de la cuisine centrale où sont désinfectées et nettoyées les marchandises reçues avant utilisation. Un protocole de désinfection est défini pour chaque type de produit traité (charcuterie, crudités, légumes surgelés...).

Tortues logistiques : il s'agit de robots autonomes permettant de transporter des chariots (de nourriture, de médicaments, de linge...) d'un lieu à l'autre au sein du Bocage central.

Verre canard : le verre canard est généralement en plastique et doté d'un couvercle, il permet de boire et d'incliner le verre sans risque de renverser la boisson.