

L'alimentation au CHU Dijon Bourgogne

N
O
T
E
,
S
Y
N
T
H
E
S
E
A
N
A
L
Y
S
E

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 est une synthèse de la note d'analyse qui a été produite dans le cadre de l'action n°23 – Compétences / formation du projet Territoire d'Innovation « Dijon, alimentation durable 2030 ».

Table des matières

I.	Introduction	4
A.	Rappel du contexte de l'étude	4
B.	L'alimentation en établissement hospitalier	4
II.	Eléments de cadrage.....	5
A.	Les activités en lien avec la production alimentaire.....	5
B.	Les instances de pilotage et de gouvernance.	6
C.	Les aspects réglementaires.	6
D.	L'organisation.....	6
III.	La production : des achats à la préparation des plateaux.	7
A.	L'élaboration des menus et les alimentations thérapeutiques.	7
B.	La production : du service achat aux offices relais.	8
C.	Les enseignements concernant la production.	8
1.	Les forces	8
2.	Les enjeux.	9
IV.	Les services de soins : commande, distribution et consommation des repas.	12
A.	Les activités en lien avec l'alimentation au sein des services de soins.....	12
B.	Les enseignements pour la commande et la distribution des repas.	13
1.	Les forces :	13
2.	Les enjeux.	14
V.	Synthèse et préconisations	17
A.	Eléments de synthèse	17
B.	Préconisations	17
VI.	Bibliographie	18

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.

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

- **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.

Par ailleurs, la dimension des ressources humaines impliquées dans la chaîne de l'alimentation du CHU est à prendre en considération. 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.

Les chiffres clés de l'enquête

- 1 veille bibliographique
- 49 entretiens
- 2 ateliers focus groupe
- 13 séquences d'observation en services de soin
- 1 séquence d'observation en cuisine centrale couplée avec 8 entretiens d'agents de la cuisine centrale
- Des échanges avec le pôle recherche du CHU et l'INRAE.

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.

A partir de ces éléments, issus d'un travail de recherche bibliographique associé à une série d'entretiens exploratoires, 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.

Nous verrons dans la suite du document que notre diagnostic vise à répondre à cette problématique dans ces trois composantes. Ainsi, nous présenterons les éléments de contexte de l'alimentation au sein du CHU et une vue schématique des activités de la production alimentaire des achats à la préparation des plateaux-repas et de la partie distribution et consommation alimentaire. Ensuite viendront les enseignements de nos entretiens et observations.

Nutrition vs alimentation

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

La nutrition est 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, l'**alimentation** répond aux trois impératifs suivants : **assurer une fonction vitale, procurer du plaisir et jouer un rôle social.**

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** ;
- Un volume d'environ **5 200 repas servis par jour** au CHU ;
- Une **continuité de service 365 jours par an** ;
- Environ **140 agents** travaillant en cuisine, en office relais ou dans les selfs ;
- Un **coût matière** consacré aux achats alimentaires pour une demi-journée d'environ **2,10€⁴** (la moyenne des restaurations collectives des établissements hospitaliers⁵ est de 2,35 €).

Avertissement

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, 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.

⁴ A titre comparatif, la cuisine collective pour la restauration scolaire de Dijon Métropole a un coût matière d'environ 2 € par repas.

⁵ 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 ;
- La **commission de menu** se réunit toutes les 6 semaines et planifie les menus à l'hôpital ;
- Le **projet d'établissement** ;
- Enfin, le CHU est ancré dans un **écosystème de la recherche** particulièrement dynamique sur les thématiques de la nutrition et des comportements alimentaires.

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'Etablissement (CME), il s'agit d'une instance consultative pouvant émettre des avis ou impulser des actions en lien avec la nutrition et l'alimentation.

C. Les aspects réglementaires.

- Les **normes d'hygiène et de sécurité** s'appliquent de manière drastique de l'arrivée des achats au débarrassage et à la vaisselle. On note 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.
- Les recommandations d'instances nationales extérieures peuvent également impacter le CHU. On peut citer, par exemple, les recommandations⁶ de la SFNCM⁷ sur la **baisse du nombre d'alimentations thérapeutiques** à appliquer dans les établissements de santé.

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.

D. L'organisation.

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

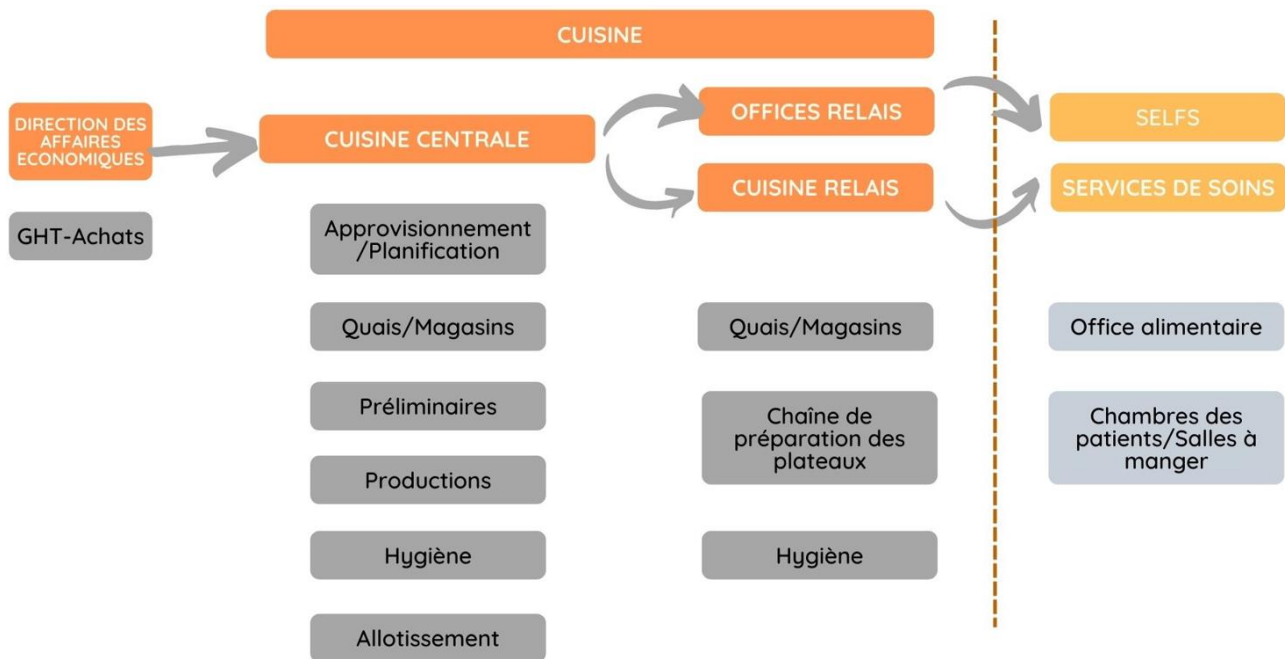
- La nécessité d'une **planification fine** de la production ;

⁶ SFNCM – « Recommandations sur les alimentations standards et thérapeutiques chez l'adulte en établissement de santé - Condensé » – 2019.

⁷ La SFNCM est la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme.

- La grande **diversité des besoins nutritionnels** des patients qui se traduit par une grande variété d'alimentations thérapeutiques différentes ;
- Un **service des repas en chambre** dans la majorité des services de soins.

La chaîne de l'alimentation au sein du CHU



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

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

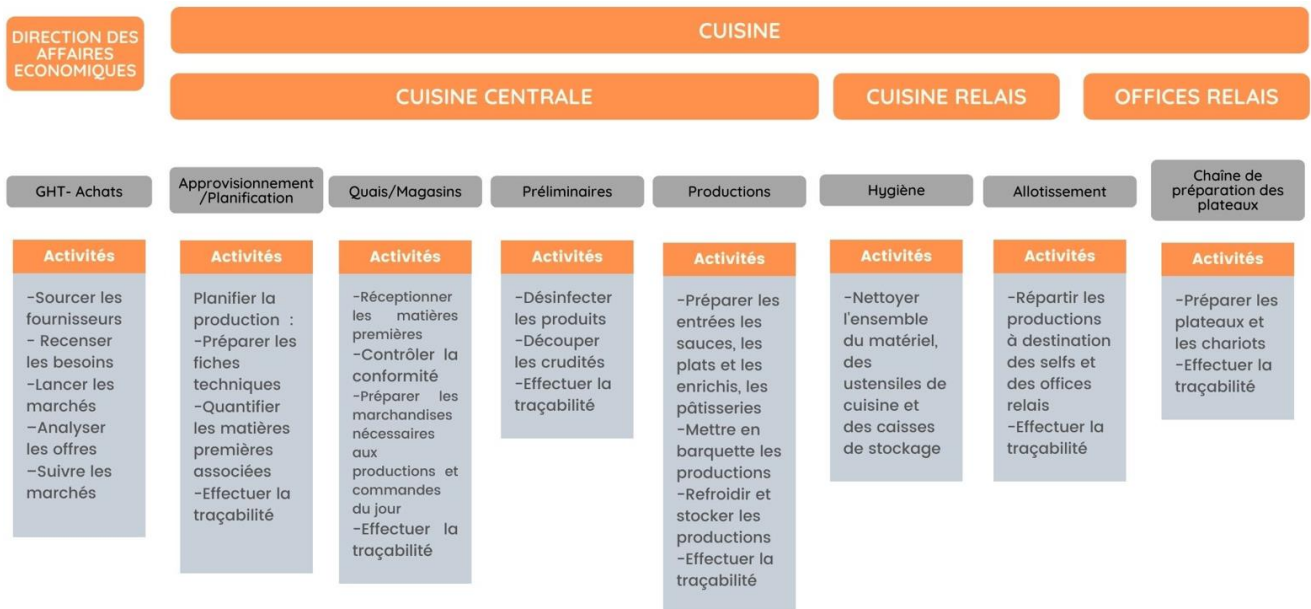
Les menus sont élaborés conjointement par le service planification de la cuisine centrale et les diététiciennes de restauration puis validés en commission de menu. Pour chaque repas, on trouvera un menu du jour décliné suivant les différentes alimentations thérapeutiques ainsi que des « fixes »⁸. Ainsi, les « fixes » peuvent être choisis pour respecter le choix du patient émis lors de la prise de commande de repas individuelle ou en fonction des données disponibles concernant les aversions des patients.

Au sein du CHU, on compte 22 alimentations thérapeutiques (exemples : « haché », « mixé », « mouliné », « sans sel », « sans lactose », « sans gluten »...). Les alimentations thérapeutiques peuvent être cumulatives et attribuées sur prescription médicale.

⁸ Il s'agit de composantes qui peuvent être substituées au menu du jour. Ainsi, du jambon purée peut être disponible tous les jours.

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.

C. Les enseignements concernant la production.

L'organisation de la production au sein de la cuisine centrale et des offices relais est 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 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.

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 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 GHT⁹ 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 que 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

⁹ En 2018 a été créé le Groupement Hospitalier de Territoire 21/52 qui regroupe 9 établissements de santé dont le CHU Dijon Bourgogne.

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 collectives¹⁰. 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 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.

¹⁰ 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.

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.

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

A. Les activités en lien avec l'alimentation au sein des services de soins.

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



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

1. Les forces :

Les travaux de recherche menés sur le sujet ont montré un 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.

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

Un acte managérial du cadre de santé.

Dans le cadre des travaux menés nous avons identifié la nécessité 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 ».
- 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 alimentaire¹¹. Ces sensibilisations ont pour objectif d'accompagner les soignants en contact quotidien avec les patients pour une meilleure prise en charge 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.

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.

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

¹¹ 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...

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 / ASH¹².

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.

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-Grand¹³ 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

¹² En période de pandémie covid cette possibilité a été suspendue pour les patients.

¹³ Bernard GUY-GRAND, « L'alimentation en milieu hospitalier, rapport de mission à Monsieur le ministre chargé de la santé » - 1997.

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.

V. Synthèse et préconisations

A. Eléments de synthèse

On rappelle que le travail mené avait pour objectif 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. 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.