



Le C.L.A.N.

en 10 questions.

LE CONTEXTE NATIONAL

Le C.L.A.N. en 10 questions.

En 1997, le Professeur B. Guy-Grand avait remis un rapport sur l'alimentation en milieu hospitalier. Ce rapport soulignait :

- ♦ une médicalisation insuffisante des problèmes nutritionnels notamment face à la dénutrition fréquente des patients hospitalisés,
- ♦ des failles dans la qualité de l'alimentation hospitalière,
- ♦ une insuffisance dans la formation initiale et continue des personnels hospitaliers,
- ♦ une insuffisance dans le nombre des diététiciens.

Ce rapport préconisait notamment la création de Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition et une augmentation des effectifs de diététiciens.

Un comité d'orientation stratégique, dont la présidence est confiée au Professeur RICOUR, est créé en 2001. Sa mission est orientée vers les thématiques suivantes :

- réaliser une enquête nationale sur le CLAN
- accompagner la mise en œuvre des exigences du manuel d'accréditation
- observer les relations usagers-professionnels
- dépister et prévenir la dénutrition en cours d'hospitalisation
- modéliser un réseau ville-hôpital de prise en charge de l'obésité de l'enfant.

En 2002, un bilan* des démarches engagées a été réalisé et a permis de constater :

- ♦ une pratique de restauration peu modifiée,
- ♦ des effectifs de diététiciens toujours nettement insuffisants,
- ♦ une évaluation nutritionnelle des patients toujours négligée.

* Cf. : [état des lieux : Comité de Liaison Alimentation Nutrition. Université de Toulouse II Cellule Recherche Ingénierie juin 2002 \(Email : critha@univ-tlse2.fr\)](#)

Un bilan de ces travaux, présenté en février 2003, est accessible sur le site [http : www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Dans ce contexte et au niveau local, la mise en place d'un CLAN dans chaque établissement de santé est recommandée*. Le CLAN, par l'expertise de ses membres en alimentation, restauration et nutrition, constitue un comité consultatif d'appui auprès de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et du directeur d'établissement.

A défaut, dans les plus petites structures, la fonction alimentation et nutrition doit faire l'objet d'une organisation adaptée et spécifique.

Une coopération entre les différentes structures CLAN constituées pourra être organisée (INTER-CLAN).

Au niveau régional, des comités techniques régionaux de nutrition ont été mis en place par les DRASS.

A l'échelon national, l'arrêté du 29 mars 2002 **crée** le C.N.A.N.E.S.* Comité National de l'Alimentation et de la Nutrition des Etablissements de Santé, structure ressource destinée à mettre en place une base nationale de données épidémiologiques, de pratiques professionnelles (référentiels et protocoles), et de contenu pédagogique des formations.

* [Cf. circulaire DHOS/E1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et la nutrition dans les établissements de santé](#)

* [Cf. arrêté du 29/03/2002 portant création du Comité National de l'Alimentation et de la Nutrition dans les établissements de santé \(CNANES\)](#)

SOMMAIRE

Le C.L.A.N. en 10 questions.

1- Le C.L.A.N. :
qu'est ce que cela veut dire ?

2- Le CLAN :
à quoi cela sert-il ?

3- Le CLAN :
est-ce obligatoire ?

4- Le CLAN :
qu'est-ce qu'on y fait ?

5- Le CLAN :
comment cela marche ?

6- Le CLAN :
avec quels moyens ?

7- Le CLAN :
quelles qualifications, quelles
compétences, quels métiers ?

8- Le CLAN :
une implication à tous les niveaux ?

9- L'équipe de nutrition clinique :
à quoi cela sert-il ?

10- Le CLAN :
quelle évolution dans le futur
schéma hospitalier ?

1- Le C.L.A.N. *

qu'est-ce que cela veut dire ?

C pour Comité
constitué d'un groupe de professionnels de santé

L pour Liaison
qui met en relation les différents professionnels, du cuisinier au soignant, de la diététicienne au médecin et aux services administratifs

A pour Alimentation
et son organisation la restauration

N pour Nutrition
qui se comprend comme l'alimentation dans l'acceptation thérapeutique ou de prévention



* [circulaire DHOS/E1/n° 2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé](#)

Le C.L.A.N. : qu'est-ce que cela veut dire ?

2- Le CLAN

à quoi sert-il ?

Le C.L.A.N., en lien avec la C.M.E., est une structure **consultative** participant par ses avis ou propositions à une triple mission :

2- a/ de conseil pour

l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades

l'amélioration de la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition

2- b/ d'impulsion d'actions

adaptées à l'établissement destinées à résoudre des problèmes concernant l'alimentation ou la nutrition



Le CLAN : à quoi sert-il ?

2- c/ de formation des personnels impliqués

Exemple : trois types de recommandation peuvent être proposés :

la nutrition est un soin qui doit faire l'objet d'une organisation et de règles spécifiques. Il s'agit d'adapter le soutien au risque nutritionnel en se basant sur des recommandations d'apports nutritionnels et sur une organisation des soins en nutrition. Des outils de dépistage de la dénutrition sont mis à la disposition des professionnels,

l'alimentation et la restauration dans les établissements de santé doivent répondre aux critères de sécurité maximum, conformes aux connaissances scientifiques actuelles et à la réglementation. L'objectif prioritaire est le contrôle des risques alimentaires, en s'appuyant sur la méthode HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) appliquée aux unités de soins, et sur des programmes de formation transversale destinée à l'ensemble des personnels,

l'organisation de la restauration et de l'alimentation dans les établissements de santé doit répondre à des critères de qualité identiques à ceux proposés par les professionnels de l'hôtellerie et de la restauration. L'objectif prioritaire est d'assurer à la clientèle hospitalière la qualité de la prestation, de la commande des repas jusqu'à la distribution, en s'appuyant sur une charte de qualité et une grille d'évaluation et en favorisant les échanges des pratiques professionnelles, (ex : Livret de la restauration - CH Le Mans, www.udl.hr.org)

[Cf. étude J.P. POULAIN](#)

[\(Email : critha@univ-tlse2.fr\)](mailto:critha@univ-tlse2.fr)



3- Le CLAN

est-ce obligatoire ?

La circulaire DHOS du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé **recommande** la mise en place de CLAN dans tous les établissements de santé, ou Inter-Clan par la réunion de plusieurs petits établissements. Les procédures d'accréditation peuvent servir à accélérer la mise en place des CLAN.

Il s'agit bien d'une démarche incitative qui doit s'inscrire dans le projet d'établissement.



Le CLAN : est-ce obligatoire ?

4- Le CLAN

qu'est-ce qu'on y fait ?

Le CLAN s'assure de l'état des besoins de l'établissement par un bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels, et de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition. Une programmation annuelle de ces actions est à élaborer en cohérence avec les autres objectifs de l'établissement (programmation d'investissement travaux, de mise en œuvre de nouvelles organisations - Cf. projet d'établissement - art. L.6143-2 du Code de la Santé Publique). **Ce bilan s'appuie sur le référentiel d'accréditation de l'ANAES.** (Cf. nouvelle édition 2004 - site ANAES*)

Le CLAN, tenant compte des besoins préalablement identifiés, peut mettre en place des actions portant aussi bien sur la nutrition que sur la fonction restauration. Le CLAN prépare un programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition.

A titre d'exemple :

- *le CLAN s'assure que les moyens requis pour peser et toiser les malades (données de base de l'évaluation de l'état nutritionnel) , sont présents dans les unités de soins.*
- *il impulse des actions de dépistage de la dénutrition, de l'obésité ou des troubles du comportement alimentaire (TCA).*
- *il participe à la mise en place d'outils de surveillance de l'alimentation et de prescription diététique, de protocoles sur la nutrition entérale et/ou parentérale.*
- *il garantit la coordination et la cohérence des actions alimentation-nutrition menées au sein de l'établissement avec des structures comme le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), le Comité du médicament, le groupe Escarre, le comité vigilance et gestion des risques.*



* www.anaes.fr

Le CLAN : qu'est-ce qu'on y fait ?

Le CLAN prépare des **actions de formation continue** des soignants et des médecins au sein de l'établissement. Des coopérations départementales ou régionales sont souhaitables.

Il organise également des actions de formation (journées, ateliers) et/ou d'information destinées au personnel de l'établissement ou accessibles à des établissements de proximité, axées sur les actions prioritaires déterminées pour l'année en cours. Il relaie les études, informations, documents élaborés dans le cadre du PNNS.

Il identifie et signale les acteurs et les rôles de chacun dans la prise en charge des pathologies nutritionnelles.

Le CLAN participe à **l'évaluation des actions entreprises** et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés. (par exemple : étude : A.S. POISSON-SALOMON et coll. « *Mettre en œuvre la qualité de l'alimentation et de la nutrition dans un établissement de santé : un outil d'évaluation à disposition du CLAN* » parue dans : Nutrition Clinique et Métabolisme 17 (2003) 130-154).

Un travail de collaboration sera institué avec le responsable qualité, pour l'utilisation d'indicateurs homogènes pour l'ensemble de l'établissement.



5- Le CLAN

comment cela marche ?

La composition du CLAN : une structure à géométrie **variable**.

5- a/ L'établissement de santé qui souhaite se doter d'un CLAN est un établissement de grande taille.

Il peut débiter sa réflexion, sur une mission de la CME (par exemple sur un an), en réunissant un noyau pluridisciplinaire de personnalités intéressées par le sujet.

Ce groupe fait le bilan de la situation et des besoins de l'établissement. La CME décide à terme, sur proposition du groupe, la création du CLAN. Celui-ci peut être composé :

- ♦ du directeur de l'établissement ou son représentant,
- ♦ de 10 représentants au plus, désignés par la CME, dont neuf médecins et un pharmacien,
- ♦ du directeur du service de soins infirmiers ou son représentant,



Le CLAN : comment cela marche ?

- ◆ du responsable de l'activité de nutrition clinique quand elle existe ou son représentant (ce cas de figure sera surtout celui d'établissements plus importants, ou dans le cas d'une mutualisation de moyens entre 2 établissements),
 - ◆ du responsable de la qualité ou son représentant,
 - ◆ du responsable de la restauration et de l'hôtellerie ou son représentant,
 - ◆ du président du CLIN ou son représentant (validation des protocoles d'hygiène alimentaire et de la méthode HACCP dans les unités de soins),
 - ◆ d'un représentant des usagers, son avis est à rechercher en particulier pour valider tous les points concernant l'hôtellerie et la prestation de service,

 - ◆ d'une infirmière et une aide-soignante désignées en son sein par la commission du service de soins infirmiers.

 - ◆ du responsable de l'activité diététique ou son représentant

 - ◆ du responsable de la formation ou son représentant
-

5- b/ **L'établissement de santé dispose d'un petit nombre de professionnels concernés (médecins, soignants, diététiciens et cuisiniers ou ingénieurs en restauration).**

Il est possible d'associer les établissements de proximité pour réfléchir à l'échelon inter-établissement.

Dans ce dernier cas, la CME de l'établissement initiateur peut passer convention avec les CME des autres établissements pour la mise en place d'un CLAN inter-établissements ou bien demander à l'entité de coopération, tel le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), d'approuver la constitution de ladite structure. (Cf. ordonnance 2003-850 du 04/09/03).

L'accent doit être mis sur le rôle du médecin en tant que coordonnateur, prescripteur des soins nutritionnels.

En l'absence de compétences médicales et/ou en nutrition dans l'établissement, la direction favorisera les compétences transversales locales déjà existantes (référént hygiène, délégué à la qualité, représentant des usagers) et s'emploiera à une mutualisation des moyens avec un établissement de proximité ayant déjà un CLAN.

Ainsi, peut être constituée une commission de suivi en alimentation-nutrition composée par exemple de :

- ◆ un médecin (vacataire, attaché),
- ◆ une infirmière,
- ◆ un responsable de restauration (professionnel de cuisine, acheteur, directeur des services économiques),
- ◆ une diététicienne.

Cette commission pourra travailler en lien avec le CLAN d'un établissement proche.

Il pourra alors être nécessaire de formaliser une convention de coopération lorsque des mises en commun de moyens et/ou de matériels sont nécessaires.

Des échanges sur des expériences réalisées dans un même département ou un même secteur sanitaire, seront établis avec le CLAN d'un CHU déjà constitué, ou au sein d'un Inter-Clan.

Quel est son mode de fonctionnement ?

Pour son fonctionnement, le CLAN propose un **règlement intérieur** qui définit les modalités de désignation du président et éventuellement du ou des vice-présidents, la constitution d'un bureau, le nombre de réunions annuelles, les modalités de convocation (ex : Cf. règlement intérieur du CH. de Blois en annexe).

Chaque année le président du CLAN prépare le **rapport d'activité** et le soumet à l'approbation des membres du CLAN.

Ce rapport est adressé au directeur et au président de la CME avant présentation à la CME.

6- Le CLAN

avec quels moyens ?

Le CLAN ne peut vivre sans une aide fonctionnelle efficace.

moyens humains

La circulaire fait état de moyens de fonctionnement mis à disposition en interne, concernant du **temps de secrétariat**.

Du temps est dédié contractuellement avec la direction pour chacun des membres. Le remplacement des agents lors de leur présence au CLAN est souhaitable.

moyens matériels

Une salle de réunion et la possibilité de disposer d'un lieu de formation et d'outils de communication modernes, seront recherchées par la direction de l'établissement.

Des mutualisations sont possibles avec d'autres structures : CLIN-COMEDIMS (Comité du Médicament et Dispositifs Médicaux).

L'ensemble de ces moyens doit être formalisé dans un contrat avec la direction de l'établissement, en liaison avec la CME.

Dans la mesure du possible, les moyens identifiés, figureront dans le contrat d'objectifs et de moyens élaboré avec l'ARH.



Le CLAN : avec quels moyens ?

7- Le CLAN

quelles qualifications, quelles compétences, quels métiers?

Si aucune qualification n'est requise **a priori**, des appétences dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition sont souhaitées. Il va de soi qu'il est nécessaire de développer des formations pour acquérir des compétences dans ce champ d'action.

Pour le collège des médecins, il est souhaitable de choisir parmi des praticiens, représentatifs de disciplines différentes et ayant la capacité de faire passer les messages au sein de l'établissement. Un nutritionniste doit être systématiquement associé aux travaux du CLAN lorsque cette compétence existe dans l'établissement.

Pour le collège des soignants, la représentation devrait être équilibrée entre cadres et non cadres. (infirmier, diététicien, aide-soignant...)

Pour les personnels de restauration, compétences et qualifications vont de pair avec leurs engagements professionnels.



Le CLAN : quelles qualifications, quelles compétences, quels métiers ?

8- Le CLAN

une implication à tous les niveaux ?

une implication de tous les niveaux de l'établissement de santé

L'implication de la direction et du corps médical est impérative pour promouvoir la création du CLAN, ainsi que celle des directions de soins et des secteurs hôteliers.

Le fonctionnement harmonieux et productif du CLAN ne peut être assuré sans une politique volontariste de la direction de l'établissement et de la direction des soins qui s'inscrit respectivement dans le projet d'établissement et dans le projet de soins.

Exemple :

À partir du rapport d'activité du CLAN, la Commission Médicale d'Établissement offre un lieu de débat et de propositions des projets à mettre en œuvre. La direction de l'établissement devra impulser une dynamique de projet autour de l'alimentation/nutrition :

- ♦ *soit à l'occasion d'une opération de restructuration de la restauration,*
- ♦ *soit à l'occasion d'une décision de reprendre une régie ou de délégation à un prestataire privé,*
- ♦ *soit à l'occasion de l'élaboration du schéma directeur informatique (informatisation du dossier de patient, système de commande des repas...).*



9- Le CLAN

L'équipe de nutrition clinique : à quoi cela sert-il ?

« La complexité des problèmes nutritionnels rencontrés rend souhaitable, en concertation avec le CLAN, l'organisation au sein des centres hospitaliers régionaux, d'une activité de nutrition clinique »

Constituée autour d'une équipe comprenant un médecin nutritionniste, un diététicien, des personnels infirmiers et de secrétariat,

Éventuellement rattachée à un pôle d'activités transversales et/ou mobile,

l'équipe de nutrition a vocation à mettre en place :

- ♦ **une consultation spécialisée ouverte sur l'extérieur** axée sur la prise en charge de la nutrition à domicile (NAD), de la dénutrition, de l'obésité et des autres troubles du comportement alimentaire,
- ♦ **une consultation de recours en interne** en cas de dénutrition sévère requerrant un avis spécialisé pour le déclenchement d'une nutrition artificielle,
- ♦ **une prise en charge en hospitalisation de jour ou de semaine** pour des bilans de courte durée de patients présentant des dénutritions sévères, **en coopération** avec un service de soins de suite pour une prise en charge spécialisée et prolongée,
- ♦ **Une évaluation des pratiques,**
- ♦ **une recherche clinique** afférente à la prise en charge nutritionnelle.



10- Le CLAN

quelle place dans l'évolution de l'offre de soins ?

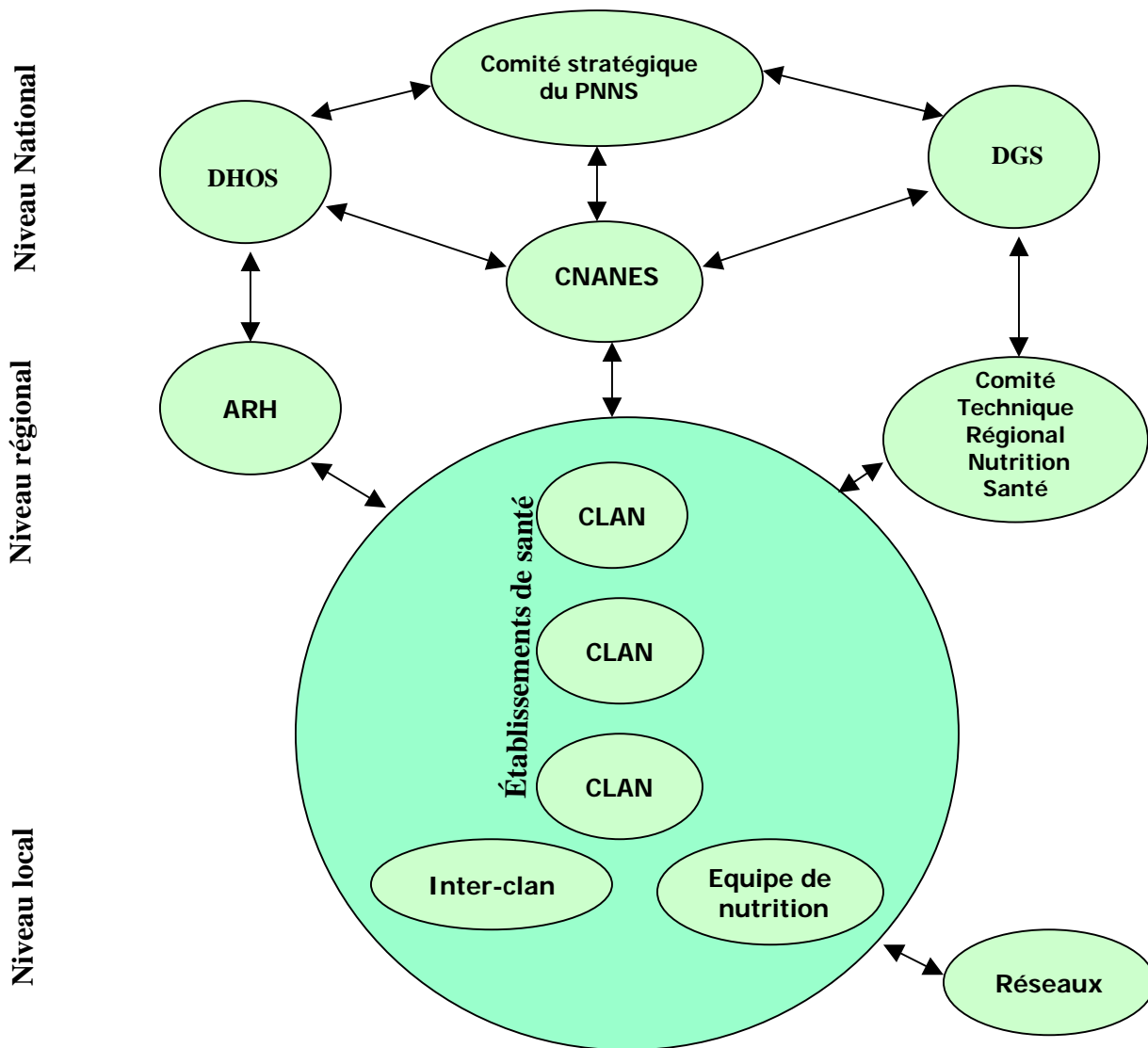
Il s'avère nécessaire que la politique en matière d'alimentation-nutrition figure dans les priorités des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROSS).

Par ailleurs, le rôle du comité technique régional pourrait être ainsi renforcé dans le cadre des Groupements d'Intérêt Public (GIP) de santé publique. (Comité Technique régional de nutrition).

Ainsi l'évolution du CLAN, quelle que soit la nouvelle configuration des établissements de santé, ne pourra s'exonérer d'un fonctionnement en réseau, et/ou avec d'autres institutions ou associations.

Des liens organiques peuvent être tissés entre le CLAN, le comité du médicament, le CLIN, les groupes d'amélioration de la qualité, dans la mesure où les objectifs pédagogiques se recoupent.

LES ACTEURS*



* Ce schéma est susceptible d'évoluer en fonction des prochaines réglementations en cours d'élaboration.

Le Comité Technique Régional est en lien avec le Comité Stratégique du PNNS (Cf. composition détaillée page 22).

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

DGS : Direction Générale de la Santé

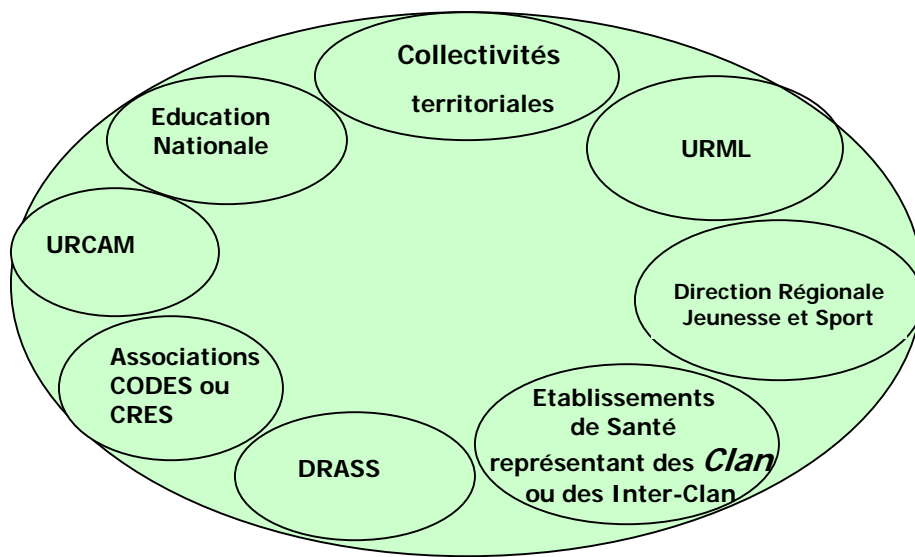
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

GIP : Groupement d'Intérêt Public

PNNS : Programme National Nutrition Santé

CNANES : Comité National de l'Alimentation et de la Nutrition des Établissements de Santé

Composition détaillée du Comité Technique Régional Nutrition Santé



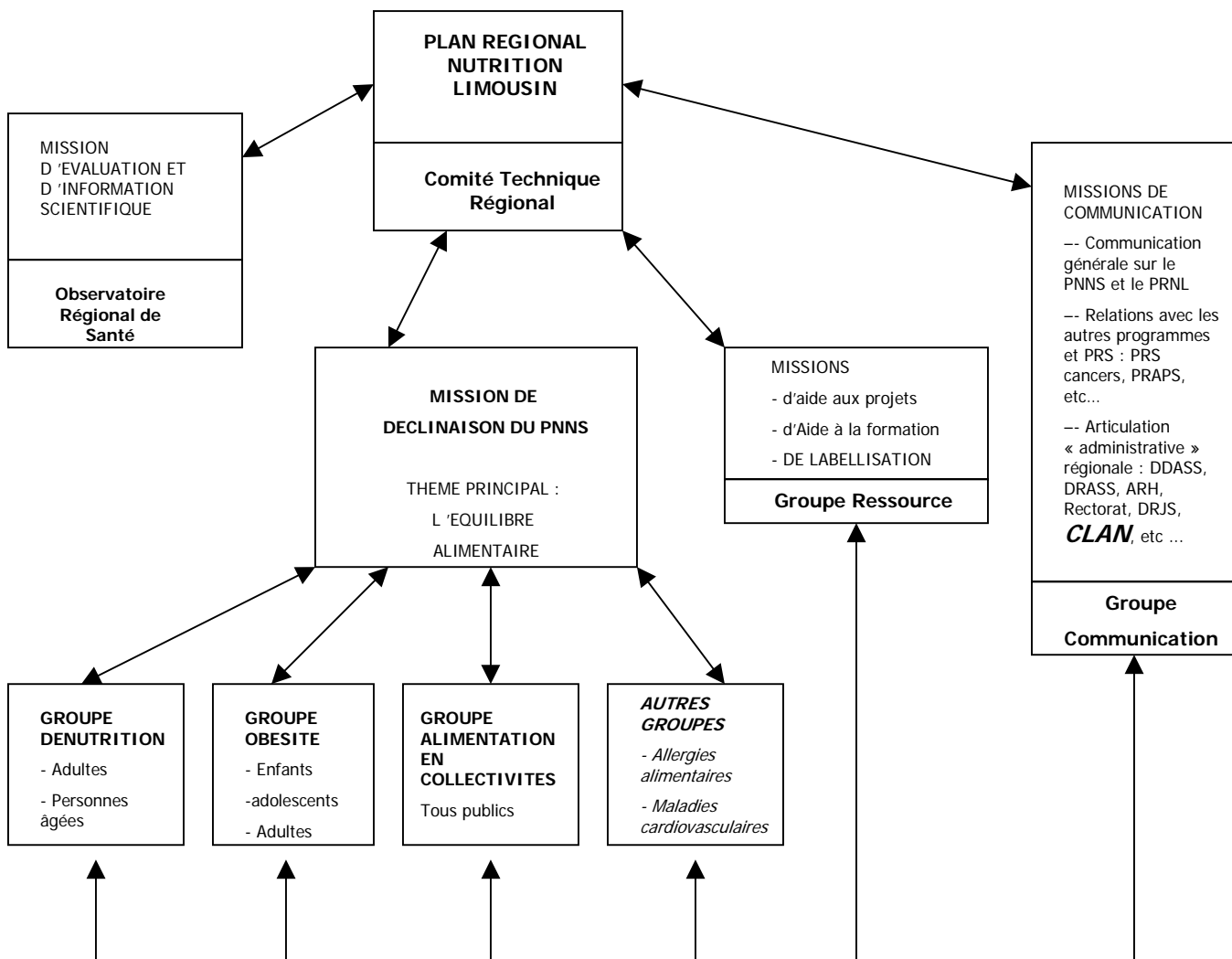
CODES : Comité Départemental d'Education pour la Santé

CRES : Comité Régional d'Education pour la Santé

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

URCAM : Union Régionale des Caisses Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux



A TITRE D'EXEMPLE : PROPOSITION DE RESTRUCTURATION POUR LA MISE EN PLACE D'UN PLAN REGIONAL NUTRITION EN LIMOUSIN

En italique : rapports demandés à des experts

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Programme Régional de Santé

DRJS : Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports

Adresses utiles au CLAN

<u>SIGLES</u>	<u>DENOMINATIONS - ADRESSES</u>	<u>PRESIDENTS</u>	<u>e-mail - Téléphone-fax</u>
AAMB	Association des Agents de Maintenance Biomédicale	J.M. DENAX	jmdenax@wanadoo.fr www.aamb.asso.fr
ACEHF	Association des cuisiniers des établissements hospitaliers de France	L. MARCONI	media-convergence@wanadoo.fr www.acehf.asso.fr
ADLF	Association des diététiciennes de la langue française	D. COMBRET	www.adlf.org tel : 01 40 02 03 02
ANATH	Association Nationale des Techniciens Supérieurs Hospitaliers	E. MARTIN	anath.pdt@caramail.com www.anath.asso.fr
ANIHEB	Association Nationale de l'Ingénierie Hospitalière et Biomédicale	A. TOESCA	president@aniheb.org
ANIORH	Association Nationale de l'Ingénierie en Organisation Hospitalière	J-L. CHAIZE	jl-chaize@chu-montpellier.fr
CCC	Comité de Coordination des Collectivités	J-L. GERMAIN	bfc@ccc-france.fr www.ccc-france.fr
UDIHR	Union des Ingénieurs Hospitaliers en Restauration	J. TERMENS	j.termens@chu-tours.fr www.udih.org
SFNEP	Société Francophone de Nutrition Entérale et Parentérale - Laboratoire de Biochimie A, Hôtel Dieu, place du Parvis Notre Dame, 75181 Paris cedex 04	Pr L. CYNOBER	solange.ngon@htd.ap-hop-paris.fr tel : 01 42 34 82 60
SFN	Société Française de Nutrition : Centre d'Investigation Clinique Hôpital Necker - Enfants Malades 149 rue de Sèvres 75743 Paris cedex	Pr J-L. BRESSON	jl.bresson@necker.fr tél : 01 44 49 48 97 fax : 01 44 49 47 44

Autres sites Internet :

AFFSSA	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments		www.afssa.fr
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé		www.afssaps.sante.fr
	Collège des Enseignants en Nutrition Clinique d'Endocrinologie Hôtel Dieu 44093 Nantes	Pr M. KREMPF	mkrempp@sante.univ-nantes.fr
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé		www.anaes.fr
CNANES	Comité National de l'Alimentation et de la Nutrition dans les établissements de Santé		www.sante.gouv.fr
CRMDM	Comité Régional du Médicament et des Dispositifs Médicaux		www.chu-tours.fr/crmdm
INPES	Institut Nationale de Prévention et d'Education pour la santé		www.inpes.sante.fr
PNNS	Programme National Nutrition Santé		www.sante.gouv.fr

Ce guide a été élaboré grâce à la participation de :

- Monsieur le Dr Emmanuel ALIX Praticien Hospitalier - CH Le Mans
- Madame Evelyne ANDERSON Directrice des Soins - Hôpital Broca La Rochefoucauld
- Madame Sylvie CHAUVIN Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- Monsieur le Dr Jean-Claude DESPORT Praticien Hospitalier - CHU Limoges
- Monsieur Jean-Louis DURAND-DROUHIN Directeur ARH Limousin
- Monsieur Didier GIRARD Ingénieur en Chef - CH Le Mans
- Monsieur le Pr Michel KREMPF Nutritionniste Clinique d'Endocrinologie - Nantes
- Madame Louissette MONIER Cadre Diététicienne - CH Blois
- Monsieur le Pr Claude RICOUR Hôpital Necker - Nutrition-Obésité
- Madame le Dr Brigitte SIMON Médecin Inspecteur - DRASS Nantes
- Madame Jacqueline VIDAL Directrice des Achats et Services Logistiques - CH d'Avignon

Ce guide est un document susceptible d'être modifié et actualisé en fonction des données récentes en matière réglementaire.

Annexe

Programme National Nutrition Santé (PNNS 2001-2005)*

* www.sante.gouv.fr

Il a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition.

Dans ce but 6 axes stratégiques d'actions prioritaires ont été retenus.

L'axe « n° 2 » concerne très spécifiquement les systèmes de soins et les problèmes - rappelés précédemment - que posent tant la restauration que la nutrition.

L'objectif est clairement identifié centré sur la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels dans les systèmes de soins.

Il définit la politique nationale dans le cadre d'un plan à 5 ans avec, concernant le volet hospitalier, des objectifs prioritaires déclinés en 6 points qui sont les suivants :

- ◆ Faciliter l'accès à la consultation de nutrition
- ◆ Développer la prise en charge nutritionnelle à l'hôpital
- ◆ Utiliser un disque d'évaluation nutritionnelle en pratique clinique
- ◆ Préciser les fonctions et les métiers de la nutrition et réviser les programmes d'enseignement des professionnels de santé
- ◆ Établir des recommandations pour la pratique clinique
- ◆ Diffuser des synthèses scientifiques actualisées



**REGLEMENT INTERIEUR
DU COMITE DE LIAISON ALIMENTATION ET NUTRITION - C.L.A.N.-**

Politique Nutritionnelle du Centre Hospitalier de Blois :

La politique nutritionnelle de santé publique conduite en France depuis la clôture des états généraux de l'alimentation s'est traduite par l'élaboration du Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001- 2005, dont l'objectif principal est l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population agissant sur la nutrition.

L'étendue et l'acuité des problèmes que posent l'alimentation, et plus spécifiquement la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés ont été soulignées par de nombreux rapports et en particulier par le rapport de mission portant sur « L'alimentation en milieu hospitalier » remis en 1997 au ministre de la Santé en France (Guy-Grand, 1997.)

En France comme en Europe, un grand nombre d'études mettent en évidence la prévalence élevée de la dénutrition ou de son risque (25 à 50%) lors de l'admission à l'hôpital mais aussi chez les patients à risque accueillis dans les services de soins de suite ou de longue durée ; les conséquences de la dénutrition étant particulièrement nombreuses.

Le CLAN se donne donc pour mission **d'améliorer la prise en charge nutritionnelle** des patients et des résidents en évaluant leur état nutritionnel et en coordonnant les actions des professionnels de l'alimentation et de la nutrition.

Le CLAN a une démarche transversale, interservice et interprofessionnelle associant des soignants de proximités (médecin, infirmiers, diététiciens et aides-soignants), des producteurs (cuisiniers, pharmaciens) et la direction du Centre Hospitalier.

Article 1 OBJECTIFS

Les objectifs du C.L.A.N. sont de participer :

- au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels, et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.
- à la définition des actions prioritaires à mener tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration.
- à la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition ; il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.
- à la définition de la formation continue spécifique à ces actions dans le plan de formation.
- à l'évaluation des actions entreprises et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés.

Pour atteindre ces objectifs, le CLAN utilisera les outils mis à disposition par la Direction Qualité

A noter que les actions du CLAN sont des éléments entrants du Comité d'Evaluation et d'Orientation.

Article 2 COMPOSITION ET DESIGNATION

2-1 - MEMBRES ACTIFS :

Le C.L.A.N. est composé d'au minimum **29 membres** ayant voix délibérative :

- 7 membres désignés par la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.) :
 - 1 médecin praticien hospitalier spécialiste de nutrition ou titulaire du diplôme universitaire de nutrition
 - 3 médecins de pathologie adulte
 - 3 médecins gériatres
- Le directeur ou son représentant le directeur des achats, de l'équipement et de hôtellerie
- La directrice du service de soins ou son représentant
- La responsable de l'activité diététique ou son représentant
- Le directeur de la Qualité ou son représentant
- Le responsable du service restauration ou son représentant
- 2 représentants des usagers
- 1 cadre infirmier, 3 infirmières, 2 aides-soignantes
- 2 diététiciennes
- 3 professionnels du service restauration
- Le président du CLIN, le cadre hygiéniste
- Le responsable formation ou son représentant
- L'assistante d'environnement

Le médecin inspecteur régional de la santé ou son représentant assiste aux séances plénières avec voix consultative.

2-2 - DUREE DU MANDAT

La durée du mandat des membres du C.L.A.N. est de **4 ans**. Lors d'un départ anticipé ou d'un désistement d'un des membres, il est remplacé par un nouveau membre de même fonction.

2-3 - PRESIDENCE DU C.L.A.N.

Dès sa constitution, le C.L.A.N. choisit en son sein un président. Il est élu par l'ensemble des membres du C.L.A.N. parmi les membres du collège des médecins.

Les deux vices présidents sont le responsable du service diététique et le responsable du service restauration.

2-4 - BUREAU

Un bureau d'au moins 3 membres est constitué au sein du C.L.A.N. Il est ainsi composé :

- * du président
- * des deux vice-présidents
- * des copilotes des commissions

Article 3 FONCTIONNEMENT DU C.L.A.N.

3-1 – LE PRESIDENT

Le président arrête la date des convocations et fixe l'ordre du jour des séances.

Le président fixe le **programme annuel** et prépare le **rapport annuel d'activité** destiné à évaluer le degré de réalisation des objectifs fixés. Il le soumet à l'approbation du C.L.A.N.

Ce rapport est adressé au directeur et au président de la C.M.E.

Le directeur du Centre Hospitalier et le président de la C.M.E. peuvent solliciter auprès du président la tenue d'une **séance extraordinaire**.

3-2 – LE BUREAU

Le bureau a pour rôle d'élaborer les propositions permettant de structurer, d'animer l'activité du C.L.A.N. et d'en assurer la continuité.

Il se réunit autant que nécessaire.

3-3 – LE CLAN

Les travaux du CLAN sont menés par trois commissions conduites chacune par 1 copilote :

- Commission Nutrition – Dénutrition,
- Commission Sécurité alimentaire,
- Commission Qualité nutritionnelle.

Le C.L.A.N. peut entendre toute autre personne appartenant ou non au Centre Hospitalier pour un avis sur des questions relevant de la compétence du C.L.A.N..

Le C.L.A.N. se réunit en séance plénière (mardi après-midi de 14h30 à 16h30) **trois fois** par an au minimum.

Le C.L.A.N. se prononce par un vote à main levée et à la majorité absolue des membres présents.

Les avis du C.L.A.N. sont émis valablement lorsqu'au moins un tiers des membres est présent.

Si ce quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. Les avis sont alors émis valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Lors des votes et en cas de partage des voix, **celle du président est prépondérante.**

Un **vote à bulletin secret peut être organisé** à la demande du président ou d'un quart des membres présents.

Il n'est pas possible de recourir au vote par procuration, ni au vote par correspondance.

3-4 – COMMUNICATION

La communication des travaux du CLAN est diffusé au personnel par le biais du CHB info et Intranet.

Le programme annuel et le rapport d'activités sont soumis aux différentes instances : CA, CEO, CME, et présentés à la CSSI et Comité de prévention et de gestion des risques.

3-5 – LIAISONS AVEC LE COMED

Le C.L.A.N. travaille en liaison avec **la commission nutrition entérale et parentérale** émanant du COMED. Celle-ci tient place de conseil scientifique.

TITRE : METTRE EN OEUVRE LA QUALITE DE L'ALIMENTATION ET DE LA NUTRITION DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE : UN OUTIL D'EVALUATION A DISPOSITION DU CLAN

Titre abrégé :

Quality assessment of hospital organisation in nutrition

Auteurs : A. S. Poisson-Salomon¹, S de Chambine², M.C.Puissant³, S. Reynaud⁴, L Monier⁵, J.M Van Cracynest⁶, P.Tronchon⁷, O. Corriol⁸, M.Sobole⁹, A.Zancha¹⁰, M-E Brustel¹¹, C. Szekely¹².

1-Méthodologiste en évaluation, Direction du système Qualité, Groupe hospitalier, Necker-Enfants Malades, 149 rue de Sèvres 75743 PARIS Cedex 15. E-mail : anne-sylvie.poisson-salomon@nck.ap-hop-paris.fr Tel 01.44.49.47.14 FAX .01.44.49.57.73

2-Médecin de Santé Publique, Direction de la Politique Médicale, AP-HP, 3 avenue Victoria 75004 PARIS.

3-Cadre supérieur de diététique, DPL, AP-HP, 3 avenue Victoria 75004 PARIS.

4- Gestionnaire financier, Direction des Finances, A.P.-H.P., 3 avenue Victoria 75004 PARIS.

5-Cadre de diététique, CHR de Blois (41)

6-Ingénieur hospitalier en restauration, DPL, AP-HP, 3 avenue Victoria 75004 PARIS.

7-Ingénieur agro-alimentaire, consultant au Centre National de l'Expertise Alimentaire, 9 rue A. Chantin, 75014 PARIS

8-Pharmacien, Groupe hospitalier Necker-Enfants Malades AP-HP PARIS

9-Cadre hygiéniste, hôpital Tenon, AP-HP, Paris

10-Cadre supérieur diététique, Hôpital Hôtel-Dieu, AP-HP Paris

11- Cadre Diététicien, Hôpital du Puy-en Velay

12-Responsable de la commission gériatrique du CLAN central, Médecin gériatre, chef de Service, Hôpital Charles Richet, AP-HP.

Remerciements aux membres du clan des hôpitaux ayant participé à la validation du référentiel, en particulier :

Hôpital Charles Richet (AP-HP) : C. Berthier (diététicienne), N. Giraudeau (responsable de restauration)

Hôpital Necker-Enfants Malades (AP-HP) : A Laffitte (cadre supérieur diététicien)

CHR du Puy en Velay : C. Hughies (diététicienne), E. Lac (Directeur de Soins), I.Tendille (contremaître), C. Gineys (cellule Qualité)

CHR de Blois : R Piquemal (diabétologue), V. Besnard.

Mots clé CLAN (Comité de liaison Alimentation Nutrition), Accréditation, Qualité, Méthode HACCP

RESUME

Cet instrument descriptif permet au CLAN de mener une évaluation transversale prenant en compte tous les pôles des fonctions restauration et nutrition à l'hôpital : producteurs alimentaires, directions de la clientèle et des finances, pharmacie, équipe diététique, encadrement et acteurs des services de soins, transport interne. Les points essentiels du travail et de la contribution de chaque pôle sont explicités en insistant sur les points de jonction et de communication entre les divers partenaires. Les atouts et les difficultés des fonctionnements inter et intra-professionnels sont explorés, afin de mettre en place des actions d'amélioration de la qualité réellement efficaces, dans le cadre d'un partenariat entre les différents acteurs concernés. Cet instrument permet de remplir la première mission du CLAN, qui est d'évaluer l'existant dans ses diverses composantes, définir les actions et les priorités à mettre en œuvre dans le cadre de l'alimentation et de la nutrition hospitalières.

INTRODUCTION

Les quatre premières missions du CLAN récemment constitué, sont définies dans la circulaire DHOS /E1/2002/186 du 29 mars 2002 [1]. Le CLAN doit ainsi participer :

a) Au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels, et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition ;

b) A la définition des actions prioritaires à mener tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration ;

c) A la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition ; il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement ;

d) A la définition de la formation continue spécifique à ces actions dans le plan de formation.

Pour mener à bien une telle démarche, il est nécessaire de disposer d'un outil descriptif permettant de réunir tous les objectifs de qualité actuellement définis dans ce domaine. Ces objectifs sont définis de manière plus ou moins précise dans diverses sources : manuel d'accréditation de l'ANAES [2], réglementations (en particulier l'arrêté du 29 septembre 1997 en matière d'hygiène alimentaire [3], et les pratiques de fabrication pharmaceutiques [4]), enfin un référentiel déjà publié concernant les services de soins [5]. Compte tenu du caractère morcelé de ces sources, il était nécessaire de regrouper ces objectifs en un instrument descriptif cohérent permettant une évaluation transversale prenant en compte tous les pôles des fonctions restauration et nutrition à l'hôpital, normalement représentés au CLAN : producteurs alimentaires, directions de la clientèle et des finances, pharmacie, équipe diététique, encadrement et acteurs des services de soins, transport interne. Les points essentiels du travail et de la contribution

de chaque pôle sont explicités en insistant sur les points de jonction et de communication entre les divers partenaires. Les atouts et les difficultés des fonctionnements inter et intra-professionnels sont ainsi explorés, afin de mettre en place des actions d'amélioration de la qualité réellement efficaces, dans le cadre d'un partenariat entre les différents acteurs concernés. Cet instrument permet d'évaluer l'existant dans ses diverses composantes, définir les actions et les priorités à mettre en œuvre dans le cadre de l'alimentation et de la nutrition hospitalières.

Cette grille est ainsi complémentaire de la grille qui avait été publiée en 1999 [5], et qui était centrée sur l'évaluation du travail effectué dans les unités de soins. Cette nouvelle grille doit être utilisée dans une démarche transversale sur tout l'hôpital ; l'éclairage qu'elle apportera permettant ensuite de mener les évaluations dans chaque service de soins avec beaucoup plus de pertinence. Le service pourra en effet mieux situer ses actions, ses potentiels et ses difficultés dans l'ensemble du maillage professionnel le concernant. Elle est également complémentaire du Manuel d'accréditation de l'ANAES [2], dont elle s'inspire largement, en regroupant dans un même outil les critères utiles dans le cadre de l'alimentation et la nutrition. Ce nouvel outil pourra donc parfaitement s'intégrer dans une démarche d'accréditation.

Méthode d'élaboration de la grille

Cette grille a été élaborée dans le cadre de la démarche pluri-professionnelle initialisée lors de la constitution de la grille de 1999 [5]. Ce premier groupe de travail avait procédé à une analyse de processus complète, dont seule la partie concernant les actions spécifiques au service de soins avaient été exploitées dans un premier temps. Au cours de cette analyse de processus, les modalités de fonctionnement, les dysfonctionnements au niveau de chaque étape du processus et leurs causes avaient été explicitées, et ceci tant au sein des divers pôles de l'alimentation et de la nutrition (en particulier, unité de

production, équipe diététique, transport interne, pharmacie, services cliniques), que dans les relations fonctionnelles entre ces divers pôles professionnels. Cette première analyse a donc été reprise dans une dimension transversale, pour aboutir à l'énonciation de références, selon les principes généraux d'élaboration de référentiels [6], en y intégrant des notions réglementaires [3, 4]. Les critères sont énoncés de manière relativement générale, dans l'esprit de la construction du Manuel ANAES [2]. L'ensemble de la grille a été testée sur le plan de la compréhension des items et de leur validité, dans plusieurs CLAN dans des hôpitaux de nature très différente (Necker-Enfants-Malades-AP-HP, Charles Richet-hôpital gériatrique AP-HP, et deux hôpitaux généraux : CHR de Blois et du Puy en Velay).

Présentation de la grille

Elle se présente en 4 grands chapitres de références, déclinées en 32 critères.

Référence I- Il existe un engagement des instances décisionnelles de l'hôpital concernant la qualité de l'alimentation et de la nutrition.

Référence II : L'hôpital s'organise pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers en matière d'alimentation.

Référence III : L'hôpital garantit la sécurité réglementaire, tant en matière d'alimentation que de nutrition.

Référence IV : L'hôpital s'organise pour assurer la qualité de la prise en charge nutritionnelle.

La première référence correspond à la définition de la politique générale de l'établissement, dans toutes ses composantes. 3 grands objectifs marquent cette politique : assurer la sécurité alimentaire pour tous les usagers de l'Hôpital, adapter la restauration aux besoins des usagers, assurer l'adéquation du soutien nutritionnel au risque nutritionnel. Ces trois objectifs sous-tendent donc les trois références suivantes.

La grille comprend de plus :

- une liste de questions qui permettent de mieux connaître le fonctionnement et l'organisation de l'action considérée dans chaque critère, de préciser dans chaque cas les potentiels de l'hôpital, les contraintes, les marges de manœuvre ; cette grille descriptive du fonctionnement concret a été construite en essayant de recouvrir tous les fonctionnements théoriques des structures de soins, de la manière la plus exhaustive possible afin d'être applicable à toutes les organisations, bien évidemment variables d'une structure de soins à l'autre. Ils sont proposés à titre indicatif de manière à orienter les investigations des évaluateurs.

- une liste de documents à rechercher, «éléments de preuve» pour les réponses aux critères, qui appellent la même observation que précédemment.

Modalités d'utilisation

Cette grille peut être utilisée soit en auto-évaluation, soit en audit, mené alors par un intervenant externe. Ces deux démarches peuvent se faire en complémentarité ; l'auto-évaluation précède alors l'audit.

Définition

L'auto-évaluation est une méthode permettant la mise en évidence d'écart par rapport à des bonnes pratiques définies dans un référentiel. C'est un élément clé de la réussite d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Elle est réalisée par des professionnels pour ces professionnels.

Objectifs

L'auto-évaluation a pour principal objectif de permettre à une structure, en s'interrogeant sur son fonctionnement, d'identifier ses points forts et ses dysfonctionnements par la mise en évidence d'écart entre la réalité et les attentes contenues dans le référentiel. Cette identification permet dans un deuxième temps, d'améliorer la qualité du service rendu par la définition de priorités et la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la qualité. La réalisation d'auto-évaluations successives permet à une structure de suivre, dans le temps, l'amélioration de la qualité.

Réalisation

L'auto-évaluation est déclenchée par le CLAN. Celui-ci informe l'ensemble des professionnels concernés sur les objectifs de l'auto-évaluation, choisit un animateur de l'auto-évaluation, et définit les modalités de constitution et de formation de l'équipe d'auto-évaluateurs. L'animateur de l'auto-évaluation remet à l'avance le référentiel aux auto-évaluateurs et informe sur le déroulement de l'auto-évaluation. Il demande également à chaque évaluateur de colliger les documents permettant d'argumenter chaque critère et qui sont mentionnés dans la grille complémentaire.

L'auto-évaluation se déroule lors de deux réunions en présence de tous les auto-évaluateurs concernés.

La première réunit le pôle alimentation, avec au minimum :

- le directeur de l'hôtellerie et de la clientèle (ou son représentant),
- le président du CLAN,
- le responsable de l'économat,
- la direction des ressources humaines (ou son représentant),
- le responsable de restauration et un ou deux cuisiniers,
- le magasinier,
- le cadre de diététique,
- un représentant de la direction des soins,

- un ou deux représentants cadres infirmiers, un ou deux infirmiers et aides soignants impliqués dans la démarche nutritionnelle,
- le responsable de l'équipe de transport interne.

Les critères 1 à 26 sont documentés.

La deuxième réunion réunit le pôle nutrition, avec au minimum :

- le directeur de l'hôtellerie et de la clientèle (ou son représentant),
- le cadre de diététique,
- un représentant de la direction des soins,
- le président du CLAN,
- le responsable de formation,
- un ou deux représentants des cadres infirmiers impliqués dans la démarche nutritionnelle,
- un représentant médical impliqué dans la démarche nutritionnelle, par pôle d'activité,
- un pharmacien impliqué dans la démarche nutritionnelle,
- le responsable de l'atelier bio-médical.

Les critères 1 à 10, 27 à 32 sont documentés de la même manière.

Auto-évaluation

Lors de l'ouverture de la réunion d'auto-évaluation, l'animateur de l'auto-évaluation rappelle les objectifs ainsi que les domaines sur lesquels portera l'auto-évaluation, précise la méthode et apporte des clarifications si besoin. Il anime et coordonne la réunion et veille à ce que chaque auto-évaluateur s'exprime. Les critères du référentiel sont examinés un

par un par les auto-évaluateurs réunis. Les auto-évaluateurs décrivent ce qui est fait dans la structure par rapport au critère et se mettent d'accord sur ce point. Pour chaque critère, l'équipe d'auto-évaluation s'aide de la grille de questions complémentaires, qui permet dans le même temps d'effectuer une description précise du fonctionnement pour le critère considéré, et de mettre en évidence les causes des dysfonctionnements. Par ailleurs, il faut colliger tous les documents utiles pour cette description, qui constituent ainsi une base documentaire évolutive qui pourra être à disposition du CLAN et réactualisée au fil du temps.

La cotation se fait ensuite, dans une unité de temps restreinte. La cotation des critères doit être la plus objective possible afin de refléter la réalité et de réaliser un véritable diagnostic. La cotation donnée est collective. Les auto-évaluateurs tentent de répondre aux deux questions suivantes :

"Les éléments demandés dans le référentiel sont-ils disponibles, connus, compris et utilisés par le personnel concerné ? Si non, pourquoi ?". "Comment apportons-nous la preuve ?".

Méthode de cotation pour l'auto-évaluation

Ce type de méthodologie permet d'effectuer une évaluation qualitative. Chaque référence est classée au cours des entretiens avec les personnels, selon le degré d'adéquation aux exigences du critère :

A-	La structure satisfait totalement aux exigences du critère.
B-	La structure satisfait en grande partie aux exigences du critère.
C-	La structure ne satisfait que partiellement aux exigences du critère.
D-	La structure ne satisfait pas aux exigences du critère.
NA-	Non applicable dans le service (possibilité d'argumenter dans la colonne la justification de la réponse).

Pour les critères binaires, si la réponse est oui mettre **A**, si la réponse est non mettre **D**

La conformité du service au critère doit toujours s'envisager en tenant compte :

- du caractère complet, adapté, à jour et efficace des éléments mis en place par le service pour répondre au critère,
- de la connaissance du personnel sur ces éléments,
- de la mise œuvre de ces éléments.

L'animateur de l'auto-évaluation rédige un rapport d'évaluation, prenant en compte points forts et faibles mais aussi en décrivant le plus complètement possible le fonctionnement et les dysfonctionnements dans chacun des points explicités. La documentation recueillie pour chaque critère est répertoriée dans ce rapport d'évaluation. Le rapport d'auto-évaluation est remis à chaque auto-évaluateur.

Restitution des résultats et mise en œuvre d'un plan d'action

La troisième réunion permet de présenter au CLAN la synthèse des résultats et de prendre des décisions. Les points faibles à améliorer de manière prioritaire seront choisis. Il est indispensable que, pour chaque action d'amélioration, un objectif soit défini et qu'un responsable soit identifié avec une date limite de réalisation des objectifs. Certaines de ces actions nécessiteront la mise en place de groupes de travail. Ainsi, l'hôpital engagera sa démarche d'amélioration de la qualité sur des thèmes prioritaires.

Bibliographie

1-Circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.

2-Manuel d'accréditation des établissements de santé. ANAES février 1999, PARIS.

3-Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective. (JO du 23/10/1997 ; ministère de l'agriculture et de la pêche).

4-Arrêté du 22/06/2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacies hospitalières et BO-MES N°2001-BOS 2 bis.

5-Poisson-Salomon A.S, Szekely C, Benanteur Y, Puissant MC, Tronchon P, Lamy A et ensemble des professionnels du groupe de travail. Assurer la qualité de la restauration et la prise en charge du risque nutritionnel dans les services de soins. Nutr. Clin. Metabol. 1999 ; 13 : 145-67.

6-De Chambine S., Huchet A., Lamy A. Comment élaborer un référentiel. Les guides de l'AP-HP. Doin Ed Paris, 2002, 88 pages.

GRILLE D’EVALUATION**Référence I- Il existe un engagement des instances décisionnelles de l’hôpital concernant la qualité de l’alimentation et de la nutrition**

	Enoncé des critères	A	B	C	D	justification de la réponse
1	L'établissement définit une politique pour l'alimentation et la nutrition.					
2	L'hôpital dispose d'un CLAN correspondant aux recommandations de la circulaire DHOS /E1/2002/186 du 29 mars 2002.					
3	Les besoins des usagers de l'hôpital en matière d'alimentation, sont identifiés tant sur le plan quantitatif que qualitatif.					
4	Les besoins des patients en matière de nutrition thérapeutique sont identifiés.					
5	Le CLAN élabore et met en œuvre un projet écrit d'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'alimentation et de la nutrition.					
6	Les objectifs pour la prise en charge nutritionnelle des patients sont précisés dans le projet médical, en cohérence avec la politique d'établissement.					
7	Les objectifs de soins concernant l'alimentation et la nutrition sont formalisés dans le projet de soins, en cohérence avec la politique d'établissement.					
8	Les objectifs de la fonction restauration sont définis dans le projet hôtelier, en cohérence avec la politique d'établissement.					
9	Il existe un plan de formation adapté aux besoins identifiés des professionnels de l'hôpital, en fonction de leur implication dans la chaîne alimentation-nutrition pour permettre de répondre aux objectifs de l'établissement.					
10	Il existe des indicateurs de suivi de la politique d'établissement et des différents projets spécifiques concernant l'alimentation et la nutrition.					

Attention : chaque critère fait l'objet d'une grille de questions en fin de document

Référence II : L'hôpital s'organise pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers en matière d'alimentation.

	Enoncé des critères	A	B	C	D	justification de la réponse
11	L'hôpital met en œuvre les moyens (organisation, ressources humaines, équipements) pour assurer la qualité de la fonction restauration.					
12	Les secteurs d'activité clinique, le service diététique, les secteurs de production des repas veillent à ce que la prestation restauration réponde aux besoins et attentes des patients.					
13	La gestion des denrées alimentaires est organisée et régulée au moyen d'un système d'information performant, prenant en compte les besoins quantitatifs et qualitatifs des patients.					
14	L'organisation et le partage des responsabilités entre service diététique et unité de production permettent d'assurer la qualité nutritionnelle des repas, en conformité aux apports recommandés.					
15	La fonction restauration est organisée de manière à prendre en compte les attentes des personnels et autres consommateurs.					
16	Les missions et le mode d'organisation de la fonction transport sont définis en relation avec les contraintes des producteurs alimentaires et les spécificités des services de soins.					
17	Il existe une évaluation régulière de la satisfaction globale des patients sur la qualité de l'alimentation.					
18	Il existe une évaluation régulière de la satisfaction globale des autres consommateurs (agents fréquentant le self, visiteurs ...).					
19	Il existe une évaluation régulière de la consommation des repas par les patients.					
20	La fonction transport fait l'objet d'évaluations à périodicité définie concernant notamment les délais et la satisfaction des utilisateurs.					
21	L'analyse des dysfonctionnements et des plaintes relatives à la qualité de l'alimentation est systématique.					

Attention : chaque critère fait l'objet d'une grille de questions en fin de document

Référence III : L'hôpital applique la sécurité alimentaire réglementaire, tant en matière d'alimentation que de nutrition

	Enoncé des critères	A	B	C	D	justification de la réponse
22	L'organisation de l'unité de production répond aux exigences de l'Arrêté du 29 septembre 1997 en matière d'hygiène alimentaire.					
23	L'organisation de la distribution des repas dans les unités de soins, de l'office alimentaire jusqu'au consommateur du repas répond aux exigences de l'Arrêté du 29 septembre 1997 en matière d'hygiène alimentaire.					
24	La fonction transport répond aux exigences de l'Arrêté du 29 septembre 1997 en matière d'hygiène alimentaire.					
25	Les produits délivrés dans le cadre de la nutrition personnalisée par voie parentérale font l'objet d'une organisation spécifique conforme aux réglementations(Arrêté du 22/06/2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacies hospitalières et BO-MES N°2001-BOS 2 bis ; décret du 26 décembre 2000 relatif aux Pharmacies à Usage Intérieur et aux Bonnes Pratiques de Préparation Hospitalière).					
26	La maintenance des matériels nécessaires à la nutrition thérapeutique est organisée par l'atelier biomédical afin d'assurer la disponibilité de matériel fonctionnel.					

Attention : chaque critère fait l'objet d'une grille de questions en fin de document

Référence IV – L'hôpital s'organise pour assurer la qualité de la prise en charge nutritionnelle.

	Enoncé des critères	A	B	C	D	Justification de la réponse
27	L'hôpital met en œuvre les moyens pour la prise en charge nutritionnelle des patients à risque et/ou dénutris.					
28	LE CLAN coordonne les actions permettant d'assurer la qualité de la prise en charge nutritionnelle.					
29	L'équipe diététique répond aux besoins des patients, dans le cadre d'une organisation établie en concertation avec les unités de soins.					
30	Le choix et l'utilisation des produits de nutrition parentérale font l'objet d'une organisation coordonnée par un pharmacien de l'hôpital.					
31	Les techniques de nutrition thérapeutique font l'objet de recommandations professionnelles (de pratique clinique) diffusées aux services de soins.					
32	Il existe une évaluation régulière de la qualité de la prise charge nutritionnelle.					

Attention : chaque critère fait l'objet d'une grille de questions en fin de document

Grille d'audit ; questions complémentaires et/ou spécifiques

Référence I- Il existe un engagement des instances décisionnelles de l'hôpital concernant la qualité de l'alimentation et de la nutrition

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REpondre AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
1	<p>La politique pour la qualité de l'alimentation et de la nutrition est-elle formalisée dans le projet d'établissement ?</p> <p>La politique « alimentation/nutrition » définie comprend-t-elle les axes suivants ?</p> <p>1-Assurer la sécurité alimentaire pour tous les usagers de l'Hôpital par la mise en place de la méthode HACCP depuis la livraison des matières premières jusqu'à la distribution au patient,</p> <p>2-Adapter la restauration aux besoins des usagers [en particulier : mise en place d'un système d'information cohérent permettant d'identifier les besoins, adaptation de la production aux besoins, politique cohérente des approvisionnements]</p> <p>3-Assurer l'adéquation du soutien nutritionnel au risque nutritionnel [en particulier : identification du risque nutritionnel, repérage et analyse des groupes ayant des besoins spécifiques, définition des besoins en termes de nutrition spécialisée –compétences et ressources scientifiques, recommandations professionnelles, équipements, produits...]</p>	Projet d'établissement relatif à ce chapitre.
2	<p>D'un point de vue réglementaire, la composition du CLAN, les conditions de son fonctionnement, les modalités de nomination de ses membres et la durée de leurs mandats, sont fixées par le conseil d'administration dans les établissements publics ou par l'organe qualifié dans les établissements de santé privés.</p> <p><i>Toutefois, à titre indicatif, la composition, variable en fonction de la taille de l'établissement, pourra être la suivante :</i></p> <p><i>a) Le directeur ou son représentant.</i></p> <p><i>b) Dix représentants, au plus, désignés par la CME, dont neuf médecins et un pharmacien.</i></p> <p><i>c) Le directeur du service de soins infirmiers ou son représentant.</i></p> <p><i>d) Le responsable de l'activité nutrition clinique ou son représentant, lorsqu'elle existe.</i></p> <p><i>e) Le responsable de l'activité diététique ou son représentant.</i></p> <p><i>f) Le responsable de la qualité ou son représentant.</i></p> <p><i>g) Le responsable de la formation ou son représentant.</i></p> <p><i>h) Le responsable de la restauration et de l'hôtellerie ou son représentant.</i></p> <p><i>i) Le président du CLIN ou son représentant.</i></p> <p><i>j) Un représentant des usagers.</i></p> <p><i>k) Un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) désigné(e)s en son sein par la commission du service de soins infirmiers.</i></p>	Documents décrivant la composition du CLAN.

Référence I (suite)- Il existe un engagement des instances décisionnelles de l'hôpital concernant la qualité de l'alimentation et de la nutrition

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REpondre AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
3	<p>Les besoins sont à évaluer en en deux étapes : identifier les besoins de chaque catégorie d'usagers, puis effectuer une estimation du nombre d'usagers entrant dans cette catégorie.</p> <p>IDENTIFICATION DES BESOINS DES USAGERS DE L'HÔPITAL : deux aspects complémentaires</p> <p>I-IDENTIFICATION DES BESOINS UNIVERSELS, en théorie respectés dans toute restauration collective :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-les attentes «personnelles ou subjectives» : les goûts et/ou des aversions, et les contextes socio-culturels et religieux etc. 2-les horaires des repas 3-la convivialité du repas (vaisselle etc.) 4-la qualité des aliments servis 5-la qualité du service lors de la distribution du repas 6-la température adaptée à la nature des plats 7-la variété. <p>II-IDENTIFICATION DES BESOINS SPECIFIQUES DES PATIENTS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8-les régimes particuliers liés à la nature des pathologies (exemple : sans sel, hypercalorique, alimentation protégée...) 9-les handicaps alimentaires justifiant un choix varié de textures des aliments et une aide au repas adaptée au handicap 10-l'augmentation des besoins en nutriments et/ou l'inappétence liés à la pathologie justifient l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments, la mise en œuvre de recettes spécifiques, et /ou la possibilité de collations à la demande. <p>QUANTIFICATION DES BESOINS DE LA CLIENTELE : estimation des effectifs des populations-cibles au moyen du système d'information de l'hôpital (ou, à défaut, enquêtes spécifiques)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-Quantification des usagers relevant de l'alimentation « standard », globalement et par sous-groupes (adultes, seniors, enfants et nourrissons, self...) 2-Quantification des patients hospitalisés ayant des besoins spécifiques : régimes, patients de cancérologie, hématologie, réanimation, diabétologie etc. 3-Quantification des usagers de certaines structures d'accueil (par exemple hôpital de jour, Soins de Longue Durée, rééducation etc.) 4-Anticipation des volumes de repas non programmés (par exemple admissions tardives, urgences etc.). <p>Comment est faite l'identification des besoins des usagers? Une étude de clientèle est-elle menée ? Si oui, quelle est sa fréquence ? Est-ce conjointement par la direction de la clientèle et de l'hôtellerie, les producteurs (unité centrale de production et service diététique) et les unités de soins ? Y a-t-il des études régulières de consommation effective des plats ? de satisfaction de la clientèle ? Comment sont-elles organisées ? Qui en prend l'initiative ? Qui fait le recueil des données ? Existe-t-il des études épidémiologiques précisant les caractéristiques des populations de patients ne relevant pas du régime standard ? Ou bien des statistiques, par exemple émanant du service diététique ? Comment l'évaluation du recrutement (nouvelles pathologies, nouvelles structures...) est-elle prise en compte ? Comment le système d'information de l'hôpital est-il structuré pour permettre de produire des statistiques permettant une évaluation précise des effectifs des différentes sous-populations ?</p>	<p>Etudes de consommation alimentaire. Etudes de satisfaction (patients, personnels) Etudes de clientèle avec les usagers Groupes de travail spécifiques (par exemple pour les patients en chimiothérapie...) Nature et fréquence des pathologies (PMSI). Statistiques d'activité des divers secteurs, par Spécialité Statistiques du service diététique</p>

Référence I (suite)- Il existe un engagement des instances décisionnelles de l'hôpital concernant la qualité de l'alimentation et de la nutrition

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REPONDRE AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
4	<p>(d'après Manuel d'accréditation 1999 ANAES, MEA 4b, MEA 6b)</p> <p>La nutrition thérapeutique comprend la prise en charge diététique (orale et entérale) et la nutrition parentérale.</p> <p>Comment les patients devant bénéficier d'une nutrition thérapeutique sont-ils identifiés et recensés ?</p> <p>Les patients à haut risque nutritionnel ou dénutris sont-ils dépistés par des outils validés? Par quels types de professionnels ?</p> <p>Existe-t-il des études épidémiologiques précisant les caractéristiques et les besoins spécifiques des populations à risque ?</p>	<p>Etudes épidémiologiques</p> <p>Outils de dépistage du risque et de la mesure de la dénutrition</p> <p>Audits cliniques</p> <p>Statistiques du service diététique</p> <p>Consommation des produits d'alimentation parentérale</p>
5	<p>Rappelons que dans le cadre des missions définies par la même circulaire, le CLAN a vocation à participer par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades, et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition, y compris en ce qui concerne les projets d'aménagement des locaux, des circuits et d'équipement, dans le cas où ces projets peuvent avoir des incidences dans ce domaine.</p> <p><i>A cet effet, le CLAN participe :</i></p> <p><i>a) Au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels, et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.</i></p> <p><i>b) A la définition des actions prioritaires à mener tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration.</i></p> <p><i>c) A la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition ; il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.</i></p> <p><i>d) A la définition de la formation continue spécifique à ces actions dans le plan de formation.</i></p> <p><i>e) A l'évaluation des actions entreprises et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés.</i></p> <p>Décrire ici le projet d'amélioration de la qualité et son articulation avec les engagements du projet d'établissement</p> <p>Par qui ce projet a-t-il été validé ?</p> <p>Les actions menées dans ce cadre font-elles l'objet d'évaluations régulières, coordonnées par le CLAN ?</p> <p>Un compte-rendu écrit des évaluations et des actions menées est-il adressé aux différents partenaires et instances concernés?</p> <p>Quelles actions prioritaires le CLAN a-t-il pu dégager au décours de ces travaux ? Comment est fait le choix des actions prioritaires au décours des évaluations [en relation avec la politique de site et le projet hôtelier] ?</p> <p>Quelle est la participation du CLAN aux actions de formation ?</p> <p>Comment se fait l'articulation du CLAN avec d'autres instances essentielles dans la gestion des risques liées à l'alimentation et à la nutrition ?</p> <ul style="list-style-type: none"> -relations fonctionnelles avec le CLIN pour la maîtrise des complications infectieuses liées aux techniques de nutrition thérapeutique, le COVIRIS -relations avec la Cellule d'Hygiène (Méthode HACCP, maintenance des locaux et des matériels, nettoyage des circuits et locaux en rapport avec les aliments) -relations avec le Comité des Médicaments et Dispositifs Médicaux... 	<p>Projet du CLAN</p>

Référence I (suite)- Il existe un engagement des instances décisionnelles de l'hôpital concernant la qualité de l'alimentation et de la nutrition

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REpondre AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
6	<p>Décrire les objectifs du projet médical, dans le domaine de l'alimentation/nutrition et les moyens consacrés à sa mise en œuvre etc. Comment ces objectifs ont-ils été définis ?</p> <p>Comment est assurée l'adéquation du projet médical dans ce domaine, avec la politique générale de l'établissement ?</p> <p>Par quels moyens le corps médical est-il impliqué sur l'hôpital dans la prise en charge du risque nutritionnel ? Les objectifs ont-ils été discutés et validés par la commission médicale ?</p> <p>Existe-t-il des études menées sur tout ou partie des services de l'hôpital, pour faire une estimation des phénomènes (risque nutritionnel, dénutrition, prise en charge nutritionnelle...)?</p> <p>Comment la qualité de la prise en charge médicale nutritionnelle est-elle assurée ? En particulier, existe-t-il : <ul style="list-style-type: none"> -rédaction et diffusion de recommandations, rédaction de protocoles -accueil des internes, formation des prescripteurs à la prise en charge nutritionnelle -staffs de services ou inter-services consacrés à la nutrition -mise en place de moyens ciblés pour le recrutement de médecin(s) nutritionniste(s) référent(s) à mission transversale -définition des relations fonctionnelles avec l'équipe de diététique (prescription médicale diététique, choix des produits, définition des complémentarités...) -mise en place de moyens ciblés au niveau de la pharmacie pour l'alimentation parentérale (préparation de solutés, suivi des volumes de consommation et définition des budget pour les produits adaptés...) </p> <p>Quelles sont les modalités de l'évaluation des pratiques médicales dans ce domaine ? quels sont les indicateurs mesurés ? Quelles ont été les études effectuées ? Quelles ont été les mesures et actions mises en place au décours ?</p> <p>Quelle est la politique de formation des médecins à ce thème sur l'hôpital ?</p>	<p>Projet médical d'établissement relatif à ce chapitre</p> <p>Projet d'évaluation</p> <p>Relevés de décision CCM, pharmacie, diététique...</p> <p>Evaluation du dossier médical</p> <p>Protocoles médicaux, recommandations</p> <p>Plan de formation des personnels médicaux sur ce thème</p>

Référence I (suite)- Il existe un engagement des instances décisionnelles de l'hôpital concernant la qualité de l'alimentation et de la nutrition

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REPONDRE AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
7	<p>Décrire les objectifs du projet de soins, dans le domaine de l'alimentation/nutrition et les moyens consacrés à sa mise en œuvre etc. Comment ces objectifs ont-ils été définis ?</p> <p>Comment est assurée l'adéquation du projet de soins par rapport à la politique générale de l'établissement et aux objectifs médicaux ?</p> <p>Décrire les articulations entre la Direction des Soins et : le Directeur de la clientèle/hôtellerie [les producteurs alimentaires], l'équipe diététique, les instances médicales, l'équipe de transport interne.</p> <p>Comment la Direction des Soins implique-t-elle les personnels dans les points suivants :</p> <p>1-Rédaction de protocoles et de fiches techniques pour les soins infirmiers dans ce domaine</p> <p>2-Recueil de données, surveillance du patient, travail pluri-professionnel (diététiciens, infirmiers, aides-soignants)</p> <ul style="list-style-type: none"> -définition des responsabilités dans le repérage du risque nutritionnel -recueil de données à l'arrivée dans le service : contenu du dossier de soins -mesure et suivi des paramètres simples de l'état nutritionnel –poids, taille...- -analyse structurée des handicaps alimentaires conduisant à la définition de la texture optimale et de l'aide au repas -mise en œuvre de l'aide au repas, surveillance de la prise alimentaire -utilisation de supports standardisés pour la surveillance de la prise alimentaire -participation à l'éducation nutritionnelle du patient <p>3-Participation des personnels des services de soins à la méthode HACCP en office alimentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> -formation des personnels (diététiciens, infirmiers, aides-soignants...) -mise en œuvre de la méthode -suivi de la méthode <p>4-Organisation des relations entre personnels des services de soins (infirmiers, aides-soignants) et diététiciens</p> <ul style="list-style-type: none"> -définition du rôle de l'équipe diététique au niveau des services de soins -définition des rôles et responsabilités respectives des infirmiers et des diététiciens -fiche diététique et supports de transmission des informations -définition des situations relevant d'un recours systématique au diététicien <p>5-Organisation entre personnels des services de soins (infirmiers, aides-soignants) et transport interne</p> <p>6-Organisation entre personnels des services de soins (infirmiers, aides-soignants) et producteurs alimentaires</p> <p>Y-a-t-il des indicateurs mesurés annuellement dans les dossiers de soins, permettant le suivi des actions ?</p> <p>Quelle est la politique de la Direction des soins en matière de formation générale des personnels sur ce thème ?</p>	<p>Projet de soins</p> <p>Compte-rendus des réunions de la CLSSI</p> <p>Documents relatifs au recueil de données dans le dossier Soins</p> <p>Fiche diététique du dossier soins</p> <p>Supports de surveillance de l'alimentation</p> <p>Evaluation du dossier de soins</p> <p>Fiches techniques et protocoles infirmiers validés par la CLSSI</p> <p>Plan de formation des personnels établi et/ou validé par la Direction des soins</p> <p>Documents descriptifs de l'organisation entre services de soins et transport</p> <p>Documents de contrôle de l'organisation entre services de soins et producteurs</p>

Référence I (suite)- Il existe un engagement des instances décisionnelles de l'hôpital concernant la qualité de l'alimentation et de la nutrition

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REPONDRE AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
8	<p>(d'après Manuel d'accréditation 1999 ANAES, MEA 8)</p> <p>Existe-t-il un projet hôtelier formalisé ? Quelles en sont les bases pour mettre en place une politique pluri-annuelle ? Décrire les points abordés, en particulier :</p> <p>-Premier niveau : évaluer les besoins des usagers tant quantitatifs que qualitatifs [BASES : mener des études de clientèle, établir des liens avec des systèmes de remontées d'information venant des services, mener et analyser des études de satisfaction et de consommation effective des repas servis, analyser les informations provenant du système d'information de l'hôpital (durées moyennes et extrêmes de séjour, nombre de lits et activité dans les différents secteurs etc.) ?]</p> <p>-Deuxième niveau : répondre aux besoins présuppose un travail de concertation avec l'équipe diététique, les unités de soins ou au minimum la Direction des Soins, la direction des finances, le responsable de l'unité de production</p> <p>1-besoins « universels » : définir les choix fondamentaux en termes de système de commande de repas, attribution des budgets nécessaires à la qualité des repas, à la vaisselle</p> <p>2-besoins spécifiques des patients dans le cadre de l'unité de production : définir l'organisation de la prise en charge de régimes spécifiques par l'unité de production, les choix en matière de produits de meilleure valeur nutritionnelle, de recettes adaptées, de la possibilité de distribution de collations...</p> <p>3-besoins quantitatifs de certaines structures hospitalières : réponse en volume, pertinence des repas servis dans le cadre de l'hôpital de jour, hospitalisation non programmées...admissions tardives...</p> <p>Analyse de la conduite décisionnelle et de la marge de manœuvre et de concertation lors de l'établissement de cette Politique hôtelière</p> <p>1-Ce projet est-il rédigé en concertation entre Directeur de l'hôtellerie et de la clientèle, équipe diététique, responsable de cuisine, Direction des Soins et représentants des services de soins ?</p> <p>2- Comment l'hôpital prend-il en compte les spécificités, besoins et attentes des patients :</p> <p>Comment sont réellement prises en compte les études de clientèle et les données générales : étude des besoins des divers secteurs, par pôle d'activité ? Qui collige et fait la synthèse des données générale produites par le système d'information ? Quelle est l'organisation de la commission de menus, qui en fait partie, quel est son rythme de réunions ? L'élaboration de menus adaptés à des besoins spécifiques prend-elle en compte des données chiffrées sur les besoins? Les données chiffrées régulièrement produites conduisent-elles à des approches correctives : par exemple modification de plan alimentaire, de recettes, choix de la qualité nutritionnelle des aliments ?</p> <p>3-Le projet hôtelier définit-il les partenariats et liens fonctionnels entre cuisine et équipe diététique ?</p> <p>4-Comment la politique des approvisionnements en matières premières alimentaires est-elle définie et suivie ?</p> <p>5-Comment se fait l'établissement du budget à attribuer à la restauration, entre services économiques, responsables de la restauration et de la diététique ? Les usagers, les associations de patients entrent-ils dans cette décision ? Quel est le rôle des services de soins dans cette décision ? Comment sont-ils représentés ? le service qualité est-il représenté?</p>	<p>Projet hôtelier</p> <p>Cahiers des charges établi par l'hôpital pour chaque type de repas alimentaires Budget pour l'alimentation. Relevés de décisions de la commission de menus. Notes de services internes. Compte-rendus de réunions techniques inter-services. Compte-rendus de réunions budgétaires</p>

Référence I (suite)- Il existe un engagement des instances décisionnelles de l'hôpital concernant la qualité de l'alimentation et de la nutrition

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REPONDRE AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
9	<p>(d'après Manuel d'accréditation 1999 ANAES, GRH 8b, GFL 3c)</p> <p>Un plan de formation est-il défini pour chacun des processus et des professionnels impliqués dans la chaîne alimentation/nutrition [producteurs alimentaires, équipe diététique, services de soins, transport interne, pharmacie].</p> <p>Quelles sont les formations pour les différents professionnels impliqués ? Quels en sont les thèmes, les contenus, les modalités ? Quels sont les professionnels formés ? Planning sur les 5 dernières années ?</p> <p>Les personnels ont-ils accès aux formations externes en particulier pour les points relevant de réglementations et de règles de sécurité ? Comment l'impact de ces différentes formations est-il évalué ?</p>	<p>Plan de formation et nombre de personnels formés sur ce thème dans les 5 dernières années concernant</p> <ul style="list-style-type: none"> -services de soins, équipe diététique, cuisine -pharmacie, transport, médecins
10	<p>Les indicateurs de suivi de la politique doivent être définis dans les deux axes : alimentation-restauration et nutrition.</p> <p>Les indicateurs niveau établissement sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> -parfois spécifiquement mesurés, et les études font partie intégrante du projet -soit documentés à partir des travaux d'évaluation et de mesure d'indicateurs menés lors des projets spécifiques (médicaux, infirmiers...) -soit élaborés à partir des données issues de sources habituellement documentées dans un hôpital : <ul style="list-style-type: none"> -données médicales du PMSI, dossier informatisé -statistiques d'activité de l'équipe diététique -évaluations du dossier médical et du dossier soins -items mesurés dans le cadre du suivi de la méthode HACCP -statistiques émanant de la direction des ressources humaines et de la formation -données de consommation fournies par la pharmacie et le cadre de diététique -déclarations de matériovigilance, statistiques de l'atelier bio-médical -analyse des plaintes des services et des usagers <p>Un système d'information cohérent devrait par exemple permettre de documenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> -fréquence des pathologies à risque nutritionnel (liste définie) -fréquence de diminution de l'Indicateur de Masse Corporelle en dessous du seuil de dénutrition, -évolution de la consommation de solutés de nutrition parentérale et entérale (à mettre en relation avec les variations du case mix des pathologies) -évolution des indices comparatifs d'études de satisfaction sur la qualité des repas et de consommation, sur les horaires des repas... -fréquence annuelle des plaintes émanant des usagers (services et patients) [nombre de plaintes rapportées au nombre d'admissions] -items extraits de l'évaluation du dossier du patient; exemple : fréquence de recueil du poids, fréquence de prises en charge par le diététicien... -items extraits d'études de satisfaction : aide au repas, température des aliments...et de suivi de consommation -formation : ratio d'agents formés par rapport aux besoins identifiés... <p>En toute logique, les indicateurs de suivi de la politique d'établissement doivent mesurer les phénomènes transversaux, témoins de l'implication et de l'articulation entre les différents acteurs et tenter de mettre en évidence des résultats à l'échelle de l'établissement.</p>	<p>Mesure d'indicateurs</p> <p>Synthèse de données existantes</p> <p>Analyse des plaintes</p> <p>Enquêtes de satisfaction...</p>

Référence II: L'hôpital s'organise pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers en matière d'alimentation.

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REpondre AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
11	<p>(d'après Manuel d'accréditation 1999 ANAES, MEA 6)</p> <p><u>La fonction production dans l'unité centrale de production</u> Les personnels Quel est le nombre de personnels affectés à la fonction de production ? le ratio de personnels de restauration par nombre de lits ? Existe-t-il une fiche de poste par agent, décrivant son poste (profil, compétences, adaptabilité, mobilité) ? Ces personnels ont-ils reçu récemment une formation ? L'encadrement est-il suffisant (nombre, qualification, statut) ? Quel est le nombre de diététiciens affectés à la restauration ? Une évaluation des possibilités d'amélioration des conditions de travail a-t-elle été effectuée ? Les locaux : vérifiés par une commission de sécurité ? rapport de la direction des services vétérinaires ? audit des process ? Les matériels sont ils adaptés ? quel en sont les taux de vétusté (nombre d'années de fonctionnement rapportées à l'intensité de leur utilisation) ? Quelles en sont les modalités de maintenance ? Quels sont les indicateurs mesurés pour s'assurer du maintien de la qualité dans ce domaine ?</p> <p><u>La fonction transport interne</u> Les personnels Quel est le nombre de personnels affectés à la fonction transport interne pour la livraison des repas ? le ratio de personnels de transport interne dévolu aux repas ? Existe-t-il une fiche de poste par agent, décrivant son poste (profil, compétences, adaptabilité, mobilité) ? Ces personnels ont-ils reçu une formation dans l'année ? Existe-t-il un encadrement ? Est-il suffisant ? (nombre, qualification, statut) Une évaluation des possibilités d'amélioration des conditions de travail a-t-elle été effectuée ? Le matériel utilisé dans le transport des repas est-il dans un état conforme à la réglementation ? Quels sont les indicateurs mesurés pour s'assurer du maintien de la qualité dans ce domaine ?</p> <p><u>La fonction hôtelière dans les services de soins</u> Les personnels Quel est le nombre et la nature des personnels affectés à la fonction hôtelière dans les diverses unités de soins ? (commande des repas, réception de la livraison, reconstitution des plateaux, remise en température, service au patient) Quel est le ratio de personnels prenant en charge les actions de restauration par nombre de lits ? Existe-t-il une fiche de poste par agent, décrivant son poste ? (profil, compétences, adaptabilité, mobilité) ? Ces personnels ont-ils reçu récemment une formation ? Existe-t-il un encadrement pour cette fonction ? Est-il suffisant ? (nombre, qualification, statut) Une évaluation des possibilités d'amélioration des conditions de travail a-t-elle été effectuée ? Le matériel utilisé dans le stockage, la remise en température et la distribution des repas est-il dans un état satisfaisant ? Quels sont les indicateurs mesurés pour s'assurer du maintien de la qualité dans ce domaine ?</p>	<p>Documents relatifs à l'organisation de la production ratio de productivité (nombre de personnels/nombre annuel de repas) ratio de coût (dépense globale/nombre annuel de repas) définition des responsabilités...procédures</p> <p>Encadrement Ratio nombre d'agents/nombre de cadres pour les trois Postes</p> <p>Fiches de poste dans chacun des secteurs d'activité</p> <p>Etudes des conditions de travail réunions, rapports du CHSCT...</p> <p>Réunions de travaux, d'équipements</p> <p>Matériel (Unité de production, transport, services) Contrats de maintenance Tableaux des amortissements Tableaux des investissements Suivi des crédits de paiement Suivi de l'utilisation du matériel (cahiers de bord, Suivi des pannes avec descriptif, réparations...)</p> <p>Projet hôtelier</p> <p>Résultats des mesures d'indicateurs</p>

Référence II: L'hôpital s'organise pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers en matière d'alimentation.

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REpondre AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
---------	---	------------------------

12	<p>Ceci concerne le travail spécifique des producteurs, de l'équipe diététique, du transport et des partenaires des services de soins, mais aussi de leur articulation</p> <p>REPONSE AUX BESOINS UNIVERSELS [1-respect des goûts-et du choix, 2-horaires, 3-convivialité, 4-qualité des aliments, 5-qualité du service,6- température adaptée,7-variété].</p> <p>POINTS 1-Commande- Description du système de commande des repas : permet-il le choix ? (horaires extrêmes de disponibilité), réponses aux demandes imprévues, en dehors des heures programmées ? (admissions tardives etc.). Quelle est l'interface entre le système de commande des repas et celui de la gestion des présences des patients dans l'hôpital ? Les horaires de commande des repas sont-ils compris entre des limites définies entre services de soins et unité de production ?</p> <p>POINT 1, 2, 3, 4, 7 Production- Description de l'organisation globale des capacités de production par rapport à la demande des services : horaires d'ouverture, disponibilité, horaires de production...</p> <p>-Quelle est l'organisation conjointement discutée entre services cliniques et producteurs, pour répondre aux attentes des patients, en terme d'horaires de livraison des repas par exemple ?</p> <p>-Existe-t-il des procédures communes à la cuisine centrale et aux services de soins ? Sont-elles discutées entre les partenaires au moins une fois par an ? Les modifications de mouvement (entrants, sortie, changement de service...), sont-elles données au service restauration à une heure définie entre les deux partenaires?</p> <p>-La cuisine parvient-elle à organiser sa production en réponse aux besoins formulés des services cliniques ? La gestion de la production est-elle optimisée ? (assurance qualité, formation et équipements adaptés aux processus de production)</p> <p>-Comment la qualité de la production est-elle assurée (valeur nutritionnelle, organoleptique, hygiène) ?</p> <p>POINT1, 2, 6 Livraison- Quelle est l'organisation conjointement discutée entre services cliniques et transporteurs, en terme d'horaires de livraison des repas ? -La conformité à la commande du chariot provenant de la cuisine est-elle vérifiable (double de la commande). Quel est le recours prévu en cas d'erreurs de livraison ?</p> <p>POINT3, 5, Service- Quels sont les éléments de convivialité mis en place pour favoriser l'appétence du repas (plateau-repas, vaisselle, distribution d'assaisonnements, possibilité de bénéficier d'un choix pour le petit déjeuner...)?</p> <p>REPONSE AUX BESOINS SPECIFIQUES LIES AUX CARACTERISTIQUES DES PATIENTS</p> <p>-comment le secteur de production s'organise-t-il pour couvrir les besoins en matière de régimes ? glossaire des régimes de l'équipe diététique ? collaborations entre équipe diététique et secteur de production ? comment sont couverts les besoins des patients qui ne sont pas pris en charge par l'unité centrale de production ?</p> <p>-Possibilité d'adaptation de la taille des portions aux besoins physiologiques (enfant/adulte/séniors) ?</p> <p>-existence de recettes, de fiches techniques, conseils diététiques en cuisine pour adapter la qualité nutritionnelle des aliments à l'appétit et aux spécificités pathologiques des patients</p> <p>-Les matériels et chaînes de production sont-ils adaptés à la demande de la clientèle pour adapter la texture aux handicaps?</p> <p>-Comment la distribution de collations est-elle organisée (commande, livraison, stockage dans les services, dispensation) ?</p> <p>REPONSE AUX BESOINS DE CERTAINES STRUCTURES D'ACCUEIL</p> <p>-Comment la fonction restauration répond t-elle à la spécificité des besoins de certaines structures d'accueil (hôpital de jour...)?</p> <p>-Comment se fait l'optimisation dans ce domaine (par exemple, hospitalisation programmée etc.) ? La cuisine assure-t-elle la distribution de certains produits définis avec le service clinique pour faire face aux commandes imprévues (repas froids...)? (commandes « hors horaires », admissions tardives....., urgences, changements de dernière minute.</p>	<p>Commande</p> <p>Documents relatifs au système de commande des repas. Relevés du bureau de la feuille de vivres (gestion des menus des patients par la cuisine)</p> <p>Production générale et spécifique</p> <p>Descriptif de l'organisation de la fonction restauration Plan alimentaire Glossaires des termes diététiques Recommandations nutritionnelles, apports Nutritionnels conseillés mis en œuvre sur l'hôpital. Cahier des charges pour les fournisseurs respectant les besoins nutritionnels définis des différents types de patients Fiches techniques en cuisine validées par le diététicien. Recettes Procédures de fabrication</p> <p>Livraison et distribution des repas</p> <p>Procédures de livraison (circuit, priorités, lieux de stockage).. Procédures de remise en température Procédures de reconstitution des plateaux</p> <p>Suivi de la qualité</p> <p>Contrôles de la qualité gustative des repas en cuisine Contrôles de la qualité gustative des repas en offices de soins, en présence d'un cuisinier Vérification de la valeur nutritionnelle des aliments servis Analyse des plateaux non consommés Analyse des erreurs de livraison Analyse des plaintes Contrôle des modes de remise en température (respect des Contrôle de la qualité hygiénique</p>
----	---	---

Référence II (suite) : L'hôpital s'organise pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers en matière d'alimentation.

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REPONDRE AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
13	<p>Comment les commandes de matières premières prennent-elles en compte les besoins de la clientèle ? (organisation de la commande des denrées, organisation et possibilités de stockage) L'approvisionnement : des critères de sélection des fournisseurs à graduer selon le risque et les attentes des patients Le service de restauration doit évaluer et sélectionner les fournisseurs sur la base de leur aptitude à satisfaire aux exigences de la commande et choisir les produits les plus adaptés offerts par les industries agro-alimentaires en fonction de l'évolution et de l'organisation au sein de l'unité de production alimentaire. Les produits achetés peuvent être classés en plusieurs catégories en fonction de leur implication plus ou moins importante sur la sécurité et la santé des consommateurs, (produits de base) et le confort des consommateurs (produits intervenant sur la qualité organoleptique des repas)</p> <p>Comment le cahier des charges a-t-il été établi ? -comment est établi le cahier des charges contractés avec les fournisseurs ? -comment les types de produit sont-ils choisis ? -les produits répondent-ils aux spécificités des clients ? -les produits répondent-ils aux contraintes de la production ?</p> <p>Comment se fait le choix des fournisseurs ? -Existe-il un ouvrage de référencement des fournisseurs? -Le référencement des fournisseurs est-il fondé sur la connaissance de la qualité des catégories de produits (gpmda), -la sélection des fournisseurs prend-elle en compte la connaissance des performances antérieures ? -les dispositions mises en place permettent-elles d'assurer la concordance des documents d'achats (cahier des charges) avec les exigences des contrats signés, et le suivi de toutes les exigences spécifiées ? -Un système précis de suivi des fournisseurs est-il mis en place (enregistrement des non-conformités) ?</p> <p>Quel est le système d'information permettant de bien gérer les approvisionnements ? -Historique des commandes : quel est le système ? -Comment les volumes sont-ils estimés pour les différents secteurs (hdj, répartition des âges...) ; interface avec le système de gestion des patients....</p> <p>Quel est le système de gestion des stocks ?</p> <p>Quelles sont les responsabilités et les marges de manœuvre du responsable de restauration par rapport au choix de produits de bonne qualité nutritionnelle et organoleptique ; quels sont les intervenants dans la décision : diététiciens, direction, service achats, responsable de restauration, utilisateurs en cuisine centrale, représentants des usagers, membres du clan.. Les personnels utilisateurs sont-ils associés aux procédures d'achat (Manuel d'accréditation, GFL1b) ?</p>	<p>Documents relatifs à la politique d'approvisionnement en matières premières</p> <p>Relevés de population de patients (extraits exploitables par la cuisine) Analyse de l'historique des commandes Cahiers des charges établi par l'hôpital pour chaque type de Produits alimentaires</p> <p>Budget pour l'alimentation Relevés de décisions de la commission de menus Notes de services internes Compte-rendus de réunions techniques inter-services Compte-rendus de réunions budgétaires</p> <p>Coût moyen des repas Comparaisons avec les hôpitaux de structure similaire</p>

Référence II (suite): L'hôpital s'organise pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers en matière d'alimentation.

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REpondre AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
14	<p>Assurer la conformité des repas aux apports recommandés par l'AFSSA demande une intervention de l'équipe diététicienne tant au niveau des régimes standards que des régimes spécifiques (refs)</p> <p>Décrire le mode d'organisation de la production de repas diététiques :</p> <p>1-production autonome de plats par une cuisine diététique 2-production de plats diététiques comprise dans celle de l'unité centrale de production. Comment les deux productions s'articulent-elles ? Quelle est la proportion de « régimes standard » par rapport aux « régimes spécifiques » sur l'hôpital ?</p> <p>Comment le cadre de diététique organise-t-il le contrôle de la prestation alimentaire en collaboration avec le responsable de restauration ?</p> <p>Comment l'encadrement diététique parvient-t-il à faire appliquer concrètement par la production,</p> <p>1-les apports nutritionnels recommandés ? 2-des recettes et/ou à obtenir des aliments de qualité nutritionnelle élevée pour les patients à risque particulier ? Existe-t-il une collaboration active équipe diététique/cuisine pour l'élaboration des fiches techniques de fabrication ?</p> <p>Contrôle de la qualité de la production par l'équipe diététique Quel est le rôle de l'équipe diététique dans le contrôle de la conformité des matières premières livrées avec le cahier des charges ? Comment l'équipe diététique peut-elle vérifier que les aliments inscrits au menu sont en concordance avec le cahier des charges des produits alimentaires retenus par le fournisseur ? Comment se fait le contrôle des grammages des plats et du contenu précis des plateaux en nutriments ?</p>	<p>Recommandations nutritionnelles Apports nutritionnels conseillés mis en œuvre sur l'hôpital. Fiches techniques diététiques Historique donné par le système d'information</p> <p>Fiche de poste du diététicien affecté à la restauration</p> <p>Calcul des rations alimentaires Fiches techniques valorisées</p> <p>Procédures d'évaluation</p>
15	<p>(Manuel d'accréditation 1999 ANAES, GFL3e). Comment ce point est-il abordé dans l'hôpital ?</p>	Enquêtes de satisfaction
16	<p>(Manuel d'accréditation 1999 ANAES GFL6a). Comment le transport est-il organisé dans l'hôpital (centralisé...) ? Les missions et le mode d'organisation de la fonction transport sont-elles définies ? Comment sont définis les besoins en personnels et matériels ?</p> <p>Comment l'articulation entre les contraintes de l'équipe de transport et les producteurs et services récepteurs a-t-elle été organisée ? En particulier : Comment sont gérées les erreurs de livraison dans le service ? le non-respect de la commande du patient ? Quels sont les circuits mis en œuvre en cas de non-respect des horaires contractuels pour la livraison des repas par le transport interne?</p>	<p>Descriptif de l'organisation du transport et des circuits Fiches de poste Procédures écrites</p> <p>Etudes de non-conformité Relevés de décisions. Rapport d'activité</p>

Référence II (suite) : L'hôpital s'organise pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers en matière d'alimentation.

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REPONDRE AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
17	<p>Existe-t-il des enquêtes périodiques sur la satisfaction des patients en ce qui concerne la prestation repas ? Quelles en sont les méthodologies ? la périodicité de ces études ? quelles sont les composantes abordées : qualité des plats, Température, horaires, qualité du service, aide au repas.... Quelles en sont les méthodologies ? la Périodicité ? Y-a-t-il des retours d'information auprès des professionnels concernés, comment se fait l'implication du CLAN ? (méthodologie, recueil des données, analyse des données, restitution auprès des professionnels) La satisfaction des responsables des services de soins est-elle également explorée ? Comment les mesures correctives au décours de telles études sont-elles prises ?</p>	Protocoles, questionnaires, compte-rendus.
18	<p>Existe-t-il des enquêtes périodiques sur la satisfaction des personnels fréquentant le self ? Quelles en sont les méthodologies ? la Périodicité ? Y-a-t-il des retours d'information auprès des professionnels concernés, comment se fait l'implication du CLAN ? (méthodologie, recueil des données, analyse des données, restitution auprès des professionnels) La satisfaction des agents des personnels de nuit, et usagers de la salle de garde est-elle également explorée ? Comment les mesures correctives au décours de telles études sont-elles prises ?</p>	Protocoles, questionnaires, compte-rendus.
19	<p>Deux approches complémentaires sont à envisager : -les retours d'information en temps réel de la consommation effective des plats, des services de soins, vers les producteurs Cette démarche existe-t-elle ? Comment est-elle organisée ? qui en prend l'initiative ? Comment sont-elles prises en compte par l'Unité de Production ? Comment sont gérées les plaintes ? -les études sur tout ou partie des usagers de l'hôpital, organisées par le CLAN, et qui vérifient quelle proportion des plats est consommée, quels sont ceux qui sont médiocrement ou non consommés, et au total quelles sont les quantités de nutriments réellement ingérés par les patients. Existe-t-il de telles études dans votre hôpital ? Quelles en sont les méthodologies ? la Périodicité ? Y-a-t-il des retours d'information auprès des professionnels concernés, comment se fait l'implication du CLAN ? (méthodologie, recueil des données, analyse des données, restitution auprès des professionnels) Comment les mesures correctives au décours de telles études sont-elles prises ?</p>	Protocoles, questionnaires, compte-rendus. Fiche d'observation diététique par patient.
20	<p>(Manuel d'accréditation 1999 ANAES GFL6d) Ces notions concernent les horaires de livraison, la conformité de la livraison à la commande. Existe-t-il de telles études dans votre hôpital ? Quelles en sont les méthodologies ? la Périodicité ? Existe-t-il un cahier de bord en office exploitable pour une telle évaluation ? Y-a-t-il des retours d'information auprès des professionnels concernés, comment se fait l'implication du CLAN ? Comment les mesures correctives au décours de telles études sont-elles prises ?</p>	Protocoles, questionnaires, compte-rendus.
21	<p>(d'après Manuel d'accréditation 1999 ANAES, MEA 7c) Quel est le circuit de la gestion des plaintes en ce qui concerne la restauration ? Comment se fait la participation du CLAN dans ce domaine ?</p>	Relevé des décisions d'amélioration

Référence III : L'hôpital applique la sécurité réglementaire

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REPONDRE AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
22	<p>La méthode HACCP est-elle mise en place sur l'ensemble de l'unité de production ? [cas particulier des hôpitaux pédiatrique : remplir les mêmes items pour la biberonnerie]</p> <ul style="list-style-type: none"> -approvisionnements, -stockage, -production -conditionnement, - allotissement <p>Les structures de l'unité de production sont-elles actuellement compatibles avec la qualité microbiologique à atteindre ? (taille de la cuisine, modernité, vestiaires)</p> <p>Comment le système HACCP est-il évalué en cuisine? Les procédures sont-elles validées, diffusées, connues, régulièrement évalués ?</p>	<p>Documents historiques et mesures d'indicateurs annuels Plan d'équipements, formations... Rapport des services vétérinaires départementaux.</p> <p>Recherche des éléments documentaires à chaque étape de la production : procédures, fiches techniques, grilles de traçabilité et fiches de contrôle a tous les niveaux utiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> -approvisionnement, -stockage, -production, -conditionnement -allotissement <p>en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> Protocole de lavage des mains Protocoles de tenue de travail Protocoles d'hygiène Protocoles de nettoyage et de désinfection des locaux Protocoles d'élimination des déchets Protocoles de respect des températures de stockage Fiche d'alerte des stocks Fiche de contrôle du nettoyage Fiche de contrôle de la température du réfrigérateur et des DLC des produits stockés Fiches de contrôle des températures Fiches de contrôle du chariot de repas à son départ de la cuisine <p>Rapport d'évaluation du système HACCP :</p> <ul style="list-style-type: none"> Rapports d'audits et de contrôles vétérinaires Résultats de contrôle qualité Traitement des « points critiques » Mesure d'indicateurs Audits de conformité

Référence III : L'hôpital applique la sécurité réglementaire

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REPOINDRE AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
23	<p>(et Manuel d'accréditation 1999 ANAES GFL 3b).</p> <p>La méthode HACCP est-elle mise en place en cuisine/office des services de soins [idem pour la crèche du personnel, Les repas apportés de l'extérieur, repas du personnel dans les services, self du personnel, cafétéria de l'Hôpital]</p> <p>Comment l'état des lieux initial a-t-il été effectué ? [définition des processus et de leurs étapes, identification des dangers et des points critiques à maîtriser, étude des conditions de l'organisation et des modalités de travail, observation des locaux et des équipements, compétences et formations antérieures]</p> <p>Comment la méthode a-t-elle été mise en place et comment est-elle appliquée ? concerne-t-elle actuellement tout les services ? sinon, y-a-t-il un plan de développement sur l'hôpital ?</p> <p>Quelle a été la formation, l'implication des personnels dans les services ?</p> <p>Quel est le rôle de l'équipe diététique dans le contrôle sanitaire de la chaîne alimentaire?</p> <p>Quel a été le budget alloué à la mise en place des mesures d'hygiène (formations, matériels, équipements, consommables...)</p> <p>Comment la documentation est-elle organisée ?</p> <p>Existe-t-il des protocoles, procédures et fiches techniques comportant des éléments relatifs à la sécurité des aliments et à l'hygiène, pour chaque étape de la distribution des repas :</p> <ul style="list-style-type: none"> -reconstitution des plateaux -maintien ou remise en température, -distribution au patient -stockage des repas différés <p>Comment ces protocoles et procédures ont-elles été rédigées ? Comment l'adhésion de l'ensemble des personnels concernés a-t-elle été obtenue ? quelles ont été les difficultés de mise en place de la méthode ?</p> <p>Ces procédures sont-elles validées, diffusées, connues, régulièrement évalués ?</p> <p>Les règles de remise ou de maintien en température sont-elles conformes à la réglementation ?</p> <p>Comment le système HACCP est-il évalué ? à quelle fréquence ?</p> <p>Existe-t-il un cahier de bord dans lequel sont consignés les problèmes survenus, les réclamations ?</p> <p>Comment les mesures correctives sont-elles décidées ? validées ?</p>	<p>Recherche des éléments documentaires à chaque étape de service (office) : : procédures, fiches techniques, grilles de traçabilité et fiches de contrôle en particulier</p> <p>Protocoles</p> <ul style="list-style-type: none"> Protocole de lavage des mains en office Protocoles de tenue de travail Protocole de réception des chariots et stockage des aliments Protocoles de remise en température Protocole de stockage des repas différés Protocole de nettoyage et de désinfection des offices Protocoles de stockage de produits frais Protocole vis à vis des apports de denrées familiales Règles écrites de distribution de l'eau Contrôles des fontaines réfrigérantes Protocoles d'élimination des déchets : hygiène <p>Fiches de contrôle</p> <ul style="list-style-type: none"> Fiche d'alerte des stocks Fiche de contrôle du nettoyage Fiche de contrôle de la température du réfrigérateur et des DLC des produits stockés Fiches de contrôle du chariot de repas à son arrivée en office Fiche de contrôle de la température des plats au début du service <p>Evaluation du système HACCP</p> <ul style="list-style-type: none"> Revue des « points critiques » Contrôles microbiologiques Mesure d'indicateurs, audits de conformité

Référence III : L'hôpital garantit la sécurité réglementaire

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REPONDRE AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
24	<p>La méthode HACCP est-elle mise en place sur l'ensemble du circuit du transport ? Comment l'état des lieux initial a-t-il été effectué ? [définition des processus et de leurs étapes, identification des dangers et des points critiques à maîtriser, étude des conditions de l'organisation et des modalités de travail, observation des locaux et des équipements, compétences et formations antérieures] Comment la méthode a-t-elle été mise en place et comment est-elle appliquée tout au long de la chaîne ? Quel est le rôle de l'équipe diététique dans le contrôle sanitaire de la chaîne alimentaire au niveau du transport? Quelle a été la formation, l'implication des personnels ? Quel a été le budget alloué à la mise en place des mesures d'hygiène (formations, matériels, équipements, consommables...) Comment la documentation est-elle organisée ? Existe-t-il des protocoles, procédures et fiches techniques comportant des éléments relatifs à la sécurité des aliments et à l'hygiène, pour chaque étape du transport des repas ? (Manuel d'accréditation 1999 ANAES GFL6b) ? Comment ces protocoles et procédures ont-elles été rédigées ? Comment l'adhésion de l'ensemble des personnels concernés a-t-elle été obtenue ? quelles ont été les difficultés de mise en place de la méthode ? Ces procédures sont-elles validées, diffusées, connues, régulièrement évalués ? Les personnels responsables du transport des repas ont-ils été formés? Les matériels sont-ils adaptés et en bon état ? La qualité des matériels de transport des repas est-elle conforme à la réglementation ? Comment les mesures correctives sont-elles décidées ? validées ?</p>	<p>Historique de la mise en place de la méthode Compte-rendus des réunions inter-services. Procédures et protocoles. procédures, fiches techniques, grilles de traçabilité et fiches de contrôle Protocole de lavage des mains Protocoles de tenue de travail Protocole de réception des chariots et stockage des aliments Fiches de contrôle du chariot de repas à son départ de la cuisine Fiches de contrôle du chariot de repas à son arrivée en office Relevés de températures Evaluation du système HACCP. Revue des « points critiques » Audits de conformité Contrôles réguliers des équipements (respect de la chaîne du froid) ; relevés de maintenance. Analyses microbiologiques des produits finis Visites d'hygiène, Mesure d'indicateurs</p>
25	<p>Comment la prescription, et la livraison aux services des préparations pharmaceutiques de nutrition parentérale sont-elles organisées ? Existe-t-il un support écrit de la commande des produits à la pharmacie ? un contrôle de qualité de la prescription au niveau de la pharmacie ? une procédure de retour d'information envers le prescripteur ? (non conformité de la prescription, incidence du produit...). Existe-t-il un enregistrement nominal de la distribution du produit à l'unité de soins ? (bon de livraison avec un double à la pharmacie) Les modalités d'acheminement du produit tiennent-elle compte des délais de livraison ? Les produits sont-ils préparés conformément aux exigences de l'Arrêté du 22/06/2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacies hospitalières et BO-MES N°2001-BOS 2 bis. Existe-t-il un contrôle de qualité de la préparation centralisée (pharmacie) ou décentralisée (services de soins) des solutés pour l'alimentation parentérale ? La conformité des conditions de réalisation des préparations pharmaceutiques d'alimentation parentérale, aux exigences des bonnes pratiques fabrication hospitalières est-elle évaluée ?</p>	<p>Supports. Procédures écrites Compte-rendu des audits Résultats de contrôle qualité.</p>
26	<p>(Manuel 1999 ANAES GFL 2) Existe-t-il une réflexion pour une rationalisation du parc des régulateurs de débit d'alimentation entérale ? parentérale ? (décision d'investissement, maintenance, renouvellements...). Le choix des matériels fait-il l'objet de consensus inter-services, conjointement avec la pharmacie et l'atelier biomédical ? Comment la commande des consommables est-elle organisée ? Les délais des contrôles de maintenance sont-ils établis par accord entre le service clinique et l'atelier biomédical ?</p>	<p>Dossier historique au niveau de l'atelier biomédical. Chronologie des incidents et interventions Analyse systématique des pannes des pompes Relevés de maintenance</p>

Référence IV- L'hôpital s'organise pour assurer la qualité de la prise en charge nutritionnelle

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REPOINDRE AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
27	<p>Les personnels Quel est le nombre et la nature des personnels affectés à la nutrition thérapeutique dans l'hôpital ?</p> <p>DIETETICIENS Quel est le ratio de diététiciens par nombre de lits ? Existe-t-il une fiche de poste par agent, décrivant son poste ? (profil, compétences, adaptabilité, mobilité) ? Ces personnels ont-ils reçu récemment une formation ? L'encadrement est-il suffisant (nombre, qualification, statut) ? Quelle est sa nature (encadrement de proximité et/ou supérieur) ? Existe-t-il une comptabilité de la fonction diététique (temps passé par les acteurs, modalités de leur organisation en Particulier en ce qui concerne les besoins de suivi des patients externes ou en hôpital de jour) ?</p> <p>MEDECINS Les services prenant en charge des patients à très haut risque nutritionnels bénéficient-ils d'un médecin correspondant pour la nutrition ? De formations ? d'un staff nutritionnel ? Un ou plusieurs médecins nutritionnistes sont-ils disponibles sur l'hôpital ? dans le cadre d'une activité plein temps ? disponible pour tous les services ? comment sont-ils sollicités par les services ? Ce (ces) médecin(s) a(ont)-il(s) une mission spécifique au niveau du CLAN ? Implication dans la rédaction de recommandations professionnelles ? le choix des produits de nutrition thérapeutique? l'évaluation de la prise en charge nutritionnelle ?</p> <p>UNITE TRANSVERSALE DE NUTRITION CLINIQUE Si les problèmes nutritionnels sont trop complexes pour être résolus par les ressources internes au service, est-il possible de faire appel à des intervenants externes ayant une compétence spécifique (personnels médicaux, diététiciens, infirmiers à mission transversale ...). Comment cette activité est-elle organisée ? liaisons avec le CLAN ?</p> <p>PHARMACIEN Un pharmacien est-il plus particulièrement en charge de l'alimentation parentérale ? Comment cette activité est-elle organisée ? liaisons avec le CLAN ?</p> <p>Les produits Comment l'hôpital identifie-il les besoins en matière de produits bien adaptés aux besoins des patients (alimentation parentérale et entérale) ? Y-a-t-il concertation entre les prescripteurs, le pharmacien, le cadre de diététique pour les appels d'offres relatifs au choix et achat des produits ?</p> <p>Les matériels en matière d'équipements nécessaires pour la nutrition thérapeutique sont-ils suffisants ? adaptés aux besoins de la population traitée ? Comment se font les choix d'investissements dans ce domaine ? Y-a-t-il concertation entre les divers partenaires, en particulier quel est le rôle des services de soins dans les décisions ? Y-a-t-il une homogénéité des parcs de pompes de nutrition ? Quels sont les indicateurs mesurés pour s'assurer du maintien de la qualité dans ce domaine ?</p>	<p>Etudes épidémiologiques (études de prévalence du risque et de la dénutrition globalement et par service) Audits cliniques (prescription médicale, nutriments réellement administrés)</p> <p>ratio de diététiciens par nombre de lits et par spécialité -pédiatrie -court-séjour -moyen séjour -Services de Suites et de Réadaptation</p> <p>ratio de médecins nutritionnistes par nombre de lits</p> <p>Volumes de consommation de produits pour l'alimentation entérale (statistiques de l'équipe diététique) et parentérale (pharmacie) Compte-rendus de réunion Relevés de décisions</p> <p>Planning de commandes de l'atelier bio-médical Relevés de décision</p>

Référence IV (suite)- L'hôpital s'organise pour assurer la qualité de la prise en charge nutritionnelle

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REpondre AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
28	<p>En dehors des moyens évoqués au point précédent, pour assurer la qualité de la prise en charge nutritionnelle il faut :</p> <p>Premier axe : Assurer la qualité des pratiques professionnelles en matière de nutrition thérapeutique Le CLAN rédige, valide et diffuse des recommandations professionnelles (de pratique clinique) utiles à la qualité de la prise en charge des patients à risque nutritionnel et/ou dénutris et assure la formation des professionnels.</p> <p>Comment le travail scientifique pour la qualité de la nutrition est-il organisé ? L'accès à une documentation ? Y-a-t-il eu la création de groupes de travail ad hoc pour la rédaction de recommandations...comment s'est fait le choix des thèmes prioritaires ? Le CLAN diffuse-t-il des recommandations et des outils pour le dépistage et le diagnostic de la dénutrition et du risque nutritionnel ? Recommandations professionnelles pour la prescription médicale diététique et de l'alimentation entérale : abordé au point suivant. Existe-il recommandations professionnelles pour la prescription de l'alimentation parentérale ? Des protocoles ont-ils été rédigés en collaboration avec les médecins nutritionnistes spécialisés de l'hôpital ? les prescripteurs usuels des services ? le pharmacien ? Comment le CLAN assure-t-il la formation ponctuelle et continue des professionnels sur tous ces points? (accueil des internes... staffs de services ou inter-services...)</p> <p>Deuxième axe : développer des collaborations en vue de constituer un réseau de professionnels référents de compétences variées et complémentaires dans l'hôpital Ce réseau concerne les services cliniques, l'équipe diététique, les producteurs (pharmacie, production alimentaire).</p> <p>Comment le Clan a-t-il développé ces collaborations ? Quels sont les services impliqués sur l'hôpital ? Quels sont les professionnels impliqués ? Quel est leur nombre par rapport au nombre de services ? Quelle est la participation de ces référents pour promouvoir la politique du CLAN menée sur l'hôpital ? participer aux évaluations coordonnées par le CLAN ? Quelles sont les difficultés rencontrées dans les services ? concernent-elles l'alimentation ? ou bien la nutrition ? Les services cliniques partagent-ils des expériences ? des protocoles ? Les référents participent-ils aux évaluations organisées par le CLAN ? Des collaborations efficaces avec les producteurs sont-elles en œuvre ?</p>	<p>Compte-rendu des réunions du CLAN</p> <p>Dossier « nutrition »</p> <p>Guide pour la prescription (entérale, parentérale...) Guide de prescription médicale diététique Recommandations Protocoles</p>

Référence IV (suite)- L'hôpital s'organise pour assurer la qualité de la prise en charge nutritionnelle

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REpondre AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
29	<p>Premier axe : Assurer la qualité des pratiques de diététique : référentiel de pratiques diététiques, glossaire de termes, formation des prescripteurs, diététiciens, cuisiniers...</p> <p>Existe-il un référentiel de pratiques diététiques permettant de couvrir tous les besoins des pathologies prises en charge? Existe-il un glossaire de termes définissant clairement la nature des prises en charge diététique ? Ces références sont-elles disponibles pour les médecins dans un guide de prescription médicale diététique ? Ces références sont-elles disponibles pour les personnels producteurs de repas ? Par qui ce référentiel a-t-il été rédigé ? Participation de médecins et de diététiciens ? Les protocoles de prise en charge diététique sont-ils validés par Le CLAN ? Existe-il des recommandations professionnelles pour la prescription de l'alimentation entérale ? Par qui ont-elles été rédigées ? Quelle a été l'implication des services les plus prescripteurs de cette technique ? Comment ont-elles été diffusées ? Ces référentiels sont-ils systématiquement remis aux nouveaux internes ? Font-ils l'objet de formations dans les services ?</p> <p>Deuxième axe : Organiser le partage des responsabilités entre des professionnels dans les services cliniques : repérage des patients à risque et/ou dénutris, diagnostic diététique, rédaction de la prescription diététique, mise en œuvre de la prescription, surveillance de l'observance du régime prescrit par organisation de la surveillance alimentaire</p> <p>Comment s'organise la collaboration entre l'équipe diététique et les services de soins ? Comment l'encadrement du service diététique parvient-il à coordonner les demandes des médecins avec la prestation diététique ? Comment se fait le recours au diététicien dans les services ? qui en prend l'initiative ? Les services utilisent-ils un outil de repérage du risque nutritionnel, qui permettrait de définir les patients ayant systématiquement besoin d'une consultation diététique ? Comment est organisée la prescription médicale diététique ? Quel est le support de la prescription ? du suivi diététique ? Comment se font les collaborations entre l'équipe diététique et les personnels du service ? Existe-t-il des procédures communes à la cuisine diététique et aux services de soins ? Sont-elles discutées entre les partenaires au moins une fois par an ? La conformité de la livraison à la commande des aliments provenant de la cuisine diététique est-elle vérifiable (double de la commande) ?</p> <p>Troisième axe : Organiser les conditions d'une éducation nutritionnelle selon des modalités et des contenus adaptés aux patients et consensuelle entre les professionnels</p> <p>Comment l'éducation nutritionnelle des patients est-elle organisée ? Existe-t-il des structures et/ou des organisations spécifiques pour certaines pathologies (exemple diabète, obésité...)? Comment le consensus de l'équipe diététique sur les supports éducatifs (aspect, forme, contenu...) est-il obtenu ? Comment se fait la continuité avec les intervenants externes à l'hôpital ? L'équipe diététique participe-t-elle à un réseau de Soins dans ce domaine ?</p>	<p>Procédures communes Descriptif de l'organisation du service diététique</p> <p>Relevés de décisions et compte-rendus de réunion Protocoles Guide de prescription médicale diététique Glossaire des termes des prises en charge diététiques Dossier « nutrition », Fiche diététique Procédures. Fiches techniques, supports de notification. Référentiel de bonnes pratiques diététiques (publications nationales, internationales, consensus, sociétés savantes...)</p>

Référence IV (suite)- L'hôpital s'organise pour assurer la qualité de la prise en charge nutritionnelle

CRITERE	QUESTIONS PERMETTANT DE REPONDRE AU CRITERE	DOCUMENTS A RECHERCHER
30	<p>Comment se fait l'articulation entre CLAN et pharmacie ? Quel est le rôle du pharmacien au sein du CLAN ?</p> <p>Comment les besoins des patients en matière d'alimentation parentérale sont-ils quantifiés ?</p> <p>Existe-il des études sur les besoins précis par pathologie permettant de définir la nature des produits de nutrition parentérale ?</p> <p>Comment est faite l'étude des besoins en matière de nutrition personnalisée par voie parentérale ?</p> <p>Relations entre pharmacie et services cliniques</p> <p>Le pharmacien anime-t-il des réunions avec les services pour décider du choix des produits ? Le choix de ces produits est-il discuté entre les services de soins et la pharmacie ? en fonction des profils de patients ?</p> <p>Comment les besoins des patients sont-ils pris en compte dans ce choix ? Et les référentiels professionnels ?</p> <p>Existe-t-il une évaluation de l'utilisation réelle des nouveaux produits, un suivi quantitatif de leur utilisation ?</p>	Statistiques de consommation de la pharmacie.
31	<p>Manipulation des dispositifs et techniques de nutrition thérapeutique</p> <p>Existe-t-il des protocoles communs aux services, de prévention et de gestion des complications de l'utilisation des dispositifs de nutrition entérale? ces protocoles sont-ils validés par le CLAN ? la DSSI ? Existe-t-il un support commun aux services, de surveillance de l'incidence des complications liées à ces dispositifs ?</p> <p>Existe-t-il des protocoles communs aux services, de prévention et de gestion des complications de l'utilisation des dispositifs intra-veineux de longue durée ? ces protocoles sont-ils validés par le CLIN ? la DSSI ? réflexion pluriprofessionnelle ?</p> <p>Existe-t-il un support commun aux services, de surveillance de l'incidence des complications liées à ces dispositifs ?</p>	Fiches techniques et protocoles. Supports de surveillance des techniques de nutrition Protocoles, fiches techniques Supports de surveillance des techniques de nutrition
32	<p>Les points à aborder en ce qui concerne l'évaluation des pratiques de prise en charge nutritionnelle sont en particulier [voir également référentiel 1999 ; référence bibliographique N°1]</p> <p>[voir également la grille correspondant au critère 10] en particulier, comment sont évalués les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -fréquence et qualité du dépistage et diagnostic du risque nutritionnel et de la dénutrition -qualité de la prescription nutritionnelle (diététique, alimentation parentérale...) -qualité des pratiques diététiques -qualité du suivi nutritionnel...mesure du poids, évaluation de la capacité d'alimentation, modalités de la surveillance de la prise alimentaire... -évaluation de l'éducation nutritionnelle auprès des patients. 	Protocoles, questionnaires, compte-rendus Indicateurs de processus, pratiques et de résultats (dossier de soin, prescription médicale, fiche diététique)