



HAL
open science

État des lieux des pratiques alimentaires et régimes dans les établissements de santé français : enquête nationale 2017

Véronique Hennequin, Cécile Duval, Marie-France Vaillant, Ronan Thibault, Didier Quilliot, Florence Rossi, Eric Fontaine

► To cite this version:

Véronique Hennequin, Cécile Duval, Marie-France Vaillant, Ronan Thibault, Didier Quilliot, et al. État des lieux des pratiques alimentaires et régimes dans les établissements de santé français : enquête nationale 2017. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2019, 33 (2), pp.131-138. 10.1016/j.nupar.2019.01.001 . hal-02019295

HAL Id: hal-02019295

<https://hal.univ-grenoble-alpes.fr/hal-02019295v1>

Submitted on 25 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Etat des lieux des pratiques alimentaires et régimes dans les établissements de santé français : enquête nationale 2017
Hospital food and diet practices in French hospitals: the 2017 national survey

Résumé :

Objectif : L'alimentation dans les établissements de santé est un point sensible pour les patients, professionnels de santé, familles, accompagnants et pouvoirs publics. L'objectif de cette enquête était de faire un état des lieux sur les régimes ou alimentations thérapeutiques et les moyens mis en œuvre pour leur réalisation.

Matériels et méthodes : Un questionnaire a été mis en ligne par la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNCM) : 1/ à destination des établissements de santé, 2/ autour des prestations restauration, 3/ portant sur les moyens en diététiciens, 4/ portant sur les prescriptions nutritionnelles et régimes.

Résultats : Cent-quarante-huit établissements de santé français ont répondu. L'enquête a permis de déterminer les proportions de régimes utilisées : du standard aux spécifiques et de montrer la diversité présente derrière les déclinaisons d'un même régime, basées sur des possibilités informatiques, des contraintes de fabrication, des modalités de prescriptions, comme des habitudes et usages. Elle a abordé les régimes déclinés autour des restrictions en macronutriments et en certains micronutriments, comme autour des enrichissements ou adaptations spécifiques liées à la texture des aliments, à des pathologies particulières.

Conclusion : Cet état des lieux souligne la nécessité du travail entrepris au niveau national par l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN) et la SFNCM (et européen par l'European Society for Clinical Nutrition and Metabolism - ESPEN) pour l'élaboration de recommandations sur l'alimentation thérapeutique fondées sur l'evidence based medicine pour nourrir l'Homme malade, sans accroître le risque de dénutrition.

Mots-clés : enquête ; hôpital ; profils alimentaires, régimes

Abstract:

1 Aim: Hospital food is a sore point for patients, caregivers and public authorities. The
2 objective of this study was to make an inventory of the diets used in health facilities
3 and the corresponding means implemented for meals.
4
5

6 Materials and methods: A questionnaire was put on line by the French Society of
7 Clinical Nutrition and Metabolism (SFNCM): 1 / for health facilities, 2 / concerning
8 catering services, 3 / questioning the availability of dieticians, 4 / and questioning the
9 variety of hospital diets.
10
11

12 Results: One hundred and forty-eight French health institutions responded. We
13 determined the proportions of diets used: from the standard to the specific ones. There
14 were many variations among diets between health institutions, based on computer
15 possibilities, constraints of catering units, modalities of prescriptions, former practices.
16 It concerned diets based on restrictions on macronutrients and certain micronutrients,
17 and specific enrichments or adaptations related to the texture of foods and specific
18 diseases.
19
20
21
22

23 Conclusion: This survey highlights the need of the ongoing work performed by AFDN
24 (French dietitian association) and SFNCM (and with European Society for Clinical
25 Nutrition and Metabolism - ESPEN) on the guidelines for hospital diets based on
26 evidence-based medicine and expert consensus.
27
28
29
30

31 **Keywords:** survey ; hospital ; food ; diet
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1. Introduction

Avec les évolutions des modes de restauration (préparation, conservation, mode de distribution), des logiciels de gestion des repas, des pratiques professionnelles et de l'*evidence based medicine*, les régimes alimentaires n'échappent pas à des adaptations, refontes et remises en question.

Afin d'objectiver les pratiques actuelles en matière de régimes alimentaires dans les établissements de santé, le Comité Educationnel de Pratique Clinique et le Comité des CLANs (Comité de Liaison en Alimentation Nutrition) de la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNCM) ont travaillé conjointement à mettre en œuvre une enquête par voie électronique sur les régimes.

Objectif

Cette enquête était proposée en vue d'un travail collaboratif entre l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN) et la SFNCM qui travaillent à l'élaboration de nouvelles recommandations sur l'alimentation hospitalière, régimes ou alimentations adaptées prescrits en fonction des besoins du patients, et fondés sur les preuves. Cette enquête visait à établir un état des lieux des régimes utilisés dans les établissements de santé, en dehors des prises en charge complexes réalisées par les diététiciens.

3. Méthode

Un questionnaire (annexe 1) destiné à recenser les pratiques en matière de régimes, comme les ressources en diététiciens selon les tailles des établissements, a été établi et proposé en ligne. Le questionnaire a été hébergé sur un serveur hospitalier et a été formaté avec Sphinx on line®. Il a été diffusé via les délégués régionaux des Comités des CLANs dans leurs régions respectives. Deux niveaux de saisie étaient possibles : une saisie courte (environ 10 min) pour les établissements de petites tailles n'offrant

1 pas une grande diversité de régimes et une saisie longue (environ 20 min) avec le
2 détail de tous les régimes utilisés en établissements hospitaliers. Le terme régime,
3 plus parlant pour tous les établissements, a été employé dans tout le questionnaire. Il
4 regroupe à la fois les profils alimentaires, types d'alimentation et alimentations
5 thérapeutiques. Nous l'aborderons dans la discussion. Un binôme médecin et
6 diététicien était vivement recommandé pour remplir les données, afin de couvrir les
7 pratiques de prescription et de mise en place des modes alimentaires. Cette enquête
8 a été ouverte du 1^{er} février au 31 mars 2017. L'analyse statistique a été faite par le
9 logiciel Stata (version 15). Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.

21 4. Résultats

22 4.1. Caractéristiques des établissements répondant :

23 Cent-soixante-six réponses ont été reçues : 163 réponses provenaient de France
24 métropolitaine, 1 de Guadeloupe, 1 de La Réunion et 1 de Suisse. Dans un souci
25 d'homogénéité des résultats, il a été décidé de ne conserver pour l'analyse que les
26 établissements français et ayant un mode de fonctionnement comparable. Les petits
27 établissements spécifiques (établissements d'hébergement pour personnes âgées
28 dépendantes-EHPAD, établissements publics de santé mentale-EPSPM et Autres,
29 respectivement 10, 2 et 5 établissements) n'ont pas pu être inclus du fait du trop faible
30 taux de réponses et de leurs fonctionnements spécifiques.

31 Au final, 148 établissements ont été retenus pour l'analyse. Parmi eux, vingt-et-un
32 CHU sur les trente (70%) nationaux ont répondu. La figure 1 représente les types
33 d'établissements de santé ayant répondu.

34 Le nombre total de lits correspondant aux 148 établissements représentait 55 943 lits
35 de courts séjours et 33 662 de moyens et longs séjours.

4.2. Prise en charge nutritionnelle dans ces établissements de soins :

4.2.1. Les moyens humains :

Ressources des établissements de santé en diététiciens :

Sur les 148 établissements de santé répondeurs, 8 n'avaient pas de diététicien. Ces 8 établissements totalisaient 1207 lits (582 de court séjour et 625 de moyen et long séjour).

Le nombre moyen de diététiciens dans les autres établissements était de : $6,9 \pm 11,1$ ETP (équivalents temps plein).

La médiane était à 2 ETP de diététiciens dans les établissements. Le maximum était de 75,1 ETP diététiciens dans un CHU. La figure 2 montre la répartition des diététiciens selon les secteurs d'activité : dédiés à l'hospitalisation, à la restauration, aux consultations dans les établissements.

Les quatre-vingts établissements qui avaient entre 0 et 2 ETP diététiciens totalisaient 14 690 lits (répartis en 5 137 lits de court séjour et 9 553 de moyen et long séjours).

Les Comités de Liaison en Alimentation Nutrition (CLAN) et Unités

Transversales de Nutrition Clinique (UTNC) :

Parmi les établissements répondeurs, 145 (98%) d'entre eux possédaient un CLAN.

Les trois établissements n'ayant pas de CLAN étaient des établissements mixtes (avec lits de courts, moyens et longs séjours).

Vingt-huit établissements (19%) avaient également une UTNC.

4.2.2. Les moyens structurels pour la mise en place des régimes et repas

Mode de restauration :

Quatre-vingt-seize (65%) établissements avaient un mode de fabrication et conservation des plats distribués aux patients en liaison froide (consistant après

1 fabrication à chaud de plats, à les refroidir, les conserver en chambre froide entre 0 et
2 3°C, avant leur remise en température pour consommation). Vingt-trois établissements
3
4 (15%) avaient choisi la liaison chaude (nécessitant de garder les plats à chaud entre
5 la fabrication et leur distribution) et 29 (20%) la liaison mixte (utilisant selon les plats
6
7 ou sites de distribution, les deux procédés). Alors que la liaison chaude est plus facile
8
9 à mettre en œuvre dans des structures de petite taille, elle concernait deux
10 établissements de grande taille (> 1500 lits), et un CHU pour la liaison mixte.

16 **Nombre de repas distribués :**

17 Cinquante-six établissements (38%) distribuait jusqu'à 500 repas par jour, 29 (19%)
18 distribuait entre 500 et 1000 repas/jour, 23 (16%) entre 1000 à 2000 et 40 (27%) de
19 2000 à 11000 repas par jour. Le nombre moyen de repas distribués quotidiennement
20 était de 1531 ± 730, la médiane était de 1959 repas distribués par jour.

31 **Mode de gestion et informatisation de la restauration :**

32 Cent-quatorze établissements (77%) avaient un mode de restauration autonome,
33 c'est-à-dire qu'ils possédaient leur propre cuisine et leur personnel pour fabriquer les
34 repas. Vingt établissements (14%) étaient en gestion concédée (délégation à une
35 société de restauration collective de la préparation des repas sur la base d'un cahier
36 des charges, pour répondre aux besoins des patients). La gestion concédée des repas
37 concernait des cliniques et SSR. Enfin quatorze établissements (9%) étaient en
38 gestion mixte, c'est-à-dire qu'ils déléguaient certaines préparations du plateau repas
39 à une société de restauration et en assuraient l'autre partie. Cette gestion concernait
40 des CH et SSR.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Cinquante-et-un établissements (34%) n'avaient pas d'informatisation de la production des repas. Cela concernait des établissements aussi bien en liaison chaude (24%), que mixte (31%) et froide (45%).

Descriptif de la prescription alimentaire :

Concernant la prescription médicale des régimes, 17 établissements n'avaient pas de prescription médicale pour l'alimentation orale des patients, parmi eux, 1 CHU. Les prescriptions concernaient ensuite par ordre décroissant de fréquence : les troubles de la déglutition (cité 66 fois), toute alimentation thérapeutique (65 fois), la prescription d'une texture de repas modifiée (63 fois), toute alimentation y compris l'alimentation standard (51 fois), autres prescriptions (hydratation, complémentation orale..., 17 fois). Durant le séjour du patient, la réévaluation des prescriptions concernait 41 établissements (28%) tandis que près de 106 établissements (72%) ne l'étaient pas toujours (ou pas du tout pour 1 établissement). Pour les 33 établissements ayant répondu sur le délai de réévaluation, celui-ci intervenait en moyenne dans les 5,6 jours $\pm 7,1$, avec une médiane à 4 jours.

Les réévaluations systématiques des prescriptions ne concernaient aucun CHU. Quarante-cinq établissements (30%) n'avaient pas de possibilité de prescription informatisée des repas. Pour les 103 établissements (70%) ayant la prescription informatisée des repas, 100 avaient un paramétrage des régimes permettant de zéro à une possibilité illimitée de combinaisons (figure 3). Cinquante-quatre établissements avaient la possibilité illimitée d'associer informatiquement des régimes pour un repas. Parmi eux, figuraient 7 CHU.

4.2.3. Gamme de régimes alimentaires utilisés dans les établissements de santé

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Pour établir la prescription médicale, la question a été posée de l'accès à la valeur nutritionnelle des plateaux en fonction des régimes. Cette dernière n'était accessible systématiquement pour le prescripteur que dans 13 établissements (9%). Elle était ensuite : non accessible directement dans 48 établissements (32%), non connue pour 73 autres (49%), le prescripteur n'avait pas toujours l'information dans 12 établissements (8%) ou ne savait pas répondre (2 établissements, 2%).

Menu standard ou normal :

Dans notre enquête, 121 établissements (81,7%) avaient élaboré le menu normal ou standard en se référant aux recommandations du « Groupement d'Etudes des Marchés des Restauration Collective et de Nutrition » ou GEM-RCN [1]. Dix-sept (11,5%) établissements n'en tenaient pas compte, 2 établissements (1,3%) se disaient non concernés et 8 (5,5%) ne savaient pas sur quelles recommandations s'appuyaient le menu normal.

Menus à textures modifiées :

Concernant les menus à textures modifiées, les établissements disposaient en moyenne de $3,7 \pm 1,5$ textures différentes (médiane = 4). Les textures les plus citées allaient par ordre décroissant du : mixé, haché, liquide, mouliné, semi-liquide, tendre au haché fin. Les appellations « autres » incluaient les : mixé lisse, alimentation molle, comme des notions liées aux troubles de la déglutition avec le régime « sans aliments dispersibles », les mixés « sécurisés » ou à l'inverse « à risque », ou avec des appellations liées à l'atteinte « post AVC, neurologique » ou aux préparations de chirurgie « maxillo-faciale, bariatrique ».

Diversité des régimes alimentaires proposés :

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

En termes de diversité de régimes, les établissements proposaient : entre 1 (pour 2 d'entre eux) et 50 régimes (pour 2 établissements) (figure 4). La moyenne des régimes proposés par les établissements était de $13,7 \pm 10,3$ et la médiane était à 10 régimes par établissement. Les CHU étaient ceux qui utilisaient le plus de régimes différents. Deux d'entre eux avaient au moins 50 régimes, mais n'avaient : soit pas d'association possible de régimes pour le premier, soit était limité à 3 associations maximum pour le second.

Parmi les 21 établissements (8%) qui utilisaient au moins 25 régimes (et plus), 11 étaient des CHU et 10 des Centres Hospitaliers.

Le nombre de diététiciens présents dans l'établissement était significativement lié au type d'établissement (test exact de Fisher, $p < 0,001$).

Le nombre de régimes disponibles était également significativement lié au type d'établissements (test exact de Fisher, $p < 0,001$).

Les régimes restreints :

Régimes de restriction en énergie ou calories :

Dans 108 établissements (73%), étaient déclinés des régimes de restriction en énergie ou hypocaloriques, avec pour 18 (17%) d'entre eux des régimes très basses calories (de 800 à 1200 kcal/jour). Ces régimes étaient appelés pour 80% d'entre eux « hypocaloriques ». Concernant les autres dénominations : elles avaient des registres sémantiques très divers : de la notion d'équilibre, de contrôle, à celle faisant appel à la pathologie « obésité ».

Parmi les 40 établissements (27%) qui ne proposaient pas de régime hypocalorique, 11 CHU étaient concernés.

Régimes de restriction en protéines :

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Quarante établissements (27%) proposaient un ou plusieurs régimes de restriction protidique (allant de 40 à 60 g/jour). Pour la catégorie « Autre », la restriction en protéines était personnalisée en fonction des besoins (pédiatriques à adultes).

Régimes de restriction en graisses :

Cent-trente-et-un établissements (88%) proposaient un ou plusieurs régimes de restriction en graisses.

Ceux-ci se déclinaient sous forme de régimes :

- « sans aucune graisse ajoutée (cuisson et assaisonnement) et sans aliments contenant des graisses (viandes et fromages par exemple) » (n=122) : appelés sans graisse (25,5%), pancréatique (9%), hypolipémiant (5,7%), autres appellations (17,2%). Dans 42,6% des établissements, il n'existait pas sous cette forme.
- « sans aliments riches en graisse et limitation des graisses d'assaisonnement » (n=117) : appelés sans graisse (26,5%), pancréatique (6%), hypolipémiant (9,4%), autres appellations (31,6%). Dans 26,5% des établissements, il n'existait pas sous cette forme.
- « sans aliments riches en graisse mais assaisonnement identique au menu normal » (n=114) : appelés sans graisse (13,2%), pancréatique (2,6%), hypolipémiant (6,1%), autres appellations (19,3%). Dans 58,8% des établissements, il n'existait pas sous cette forme.
- Les autres appellations correspondaient à des indications spécifiques : lymphorée, chylorrhée avec les ajouts de triglycérides à chaîne moyenne (TCM), ou du qualificatif sans graisse « strict ». Ils étaient aussi en lien avec des orientations de prises en charge des maladies cardiovasculaires et

dyslipidémies. Enfin, certains établissements orientaient la prise en charge vers des notions de bien-être et santé : régime équilibre, méditerranéen.

Régimes de restriction en glucides :

Cent-quarante établissements (94,6%) proposaient un ou plusieurs régimes de restriction glucidique.

Ceux-ci se déclinaient sous forme de menus :

- « normal sans sucre rapide en dehors des 3 repas principaux » (n=125) : appelés régime diabétique (22,4%), sans sucre (7,2%), sans sucre ajouté (3,2%), autres appellations (12%). Dans 55,2% des établissements, il n'existait pas sous cette forme.
- « normal sans sucre, ni desserts sucrés » (n=131) : appelés régime diabétique (17,6%), sans sucre (41,2%), sans sucre ajouté (8,4%), autres appellations (11,4%). Dans 21,4% des établissements, il n'existait pas sous cette forme.
- « sans sucre, ni dessert sucré dans le cadre d'un menu aux apports glucidiques contrôlés » (n=130) : appelés régime diabétique (53,1%), sans sucre (1,5%), autres appellations (12,3%). Dans 33,1% des établissements, il n'existait pas sous cette forme.
- « sans sucre, ni dessert sucré dans le cadre d'un menu aux apports glucidiques et lipidiques contrôlés » (n=130) : appelés régime diabétique (41,5%), sans sucre (0,8%), autres appellations (23,8%). Dans 33,9% des établissements, il n'existait pas sous cette forme.
- Les « autres » appellations correspondaient à des situations spécifiques : pédiatrie, diabète gestationnel, gériatrie, adaptations par la diététicienne, corticothérapie...

Régimes de restriction en résidus et fibres :

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Cent-quarante-cinq établissements (98%) proposaient un ou plusieurs régimes de restriction en fibres. Les restrictions allaient de moins de 5g à plus de 15g de fibres par jour. Quatre-vingt-douze établissements (63,4%) pratiquaient un régime de restriction en fibres, mais sans en avoir évalué la teneur exacte. La catégorie « autre » correspondait à des variantes de type « normal léger » avec limitation des légumes/fruits crus, de fibres irritantes et régime à visée anti diarrhéique.

Concernant les appellations de ces régimes, celles-ci correspondaient pour :

- Les régimes « sans : légumes, fruits, pommes de terre, pain, lait ou dérivés du lait » : à un « sans résidus strict » dans 41%, « sans résidu » dans 20,8% et autres appellations variées dans 10,8% des 139 établissements ayant répondu. Il est à noter que dans 38 d'entre eux (27,4%), ce régime n'existait pas, mais était décliné en version plus large autorisant le lait, les pommes de terre et le pain.
- Les régimes « sans légumes et fruits » : à un « sans résidus » dans 37,1%, « sans résidus large » dans 15,7% et autres appellations variées (sans résidus strict, pauvre en fibres, sans fibres...) dans 35,7% des 140 établissements ayant répondu. Il est à noter que pour 16 d'entre eux (11,5%), ce régime n'existait pas.
- Les régimes « sans fruits et légumes crus » : un « pauvre en fibres » dans 26,7%, « Epargne digestive » dans 28,9% et autres appellations variées (sans fibre, sans résidus, épargne intestinale...) dans 30,4% des 135 établissements ayant répondu. Il est à noter que dans 19 d'entre eux (14%), ce régime n'existait pas.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
Régimes de restriction sodée : Cent-quarante-trois établissements (97%) proposaient un ou plusieurs régimes de restriction sodée. Parmi les 138 établissements ayant précisé les déclinaisons, les variantes de régimes à restriction sodée allaient de 1 à 6 possibilités, avec des niveaux de restriction de 2g à 8g.

Il est à noter une grande diversité du vocabulaire utilisé pour la restriction sodée allant de la restriction « totale » avec les termes « sans sel » ou « strict » à la restriction partielle avec les termes « peu salé » ou « sans sel large ».

Seuls vingt-sept établissements (17%) nommaient leurs régimes de restriction sodée par la teneur en sel apportée.

La catégorie « autres » incluait des réponses contrastées allant de la prescription « personnalisée et adaptée par la diététicienne », au taux de restriction sodée non connu et à aucune restriction particulière.

29 30 Régimes à visée d'épargne hépatique :

31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
Soixante-dix établissements (47,3%) pratiquaient un régime à « visée d'épargne hépatique. »

Ils avaient plusieurs déclinaisons :

- Enlever les graisses d'ajout du repas et tous les aliments gras
- Limiter les graisses d'ajout et tous les aliments gras
- Enlever l'alcool de toutes préparations culinaires (et le vin pour les établissements qui en distribuent)

Les appellations de régimes étaient très variables allant de l'épargne hépatique, à intestinale, digestive, hépatobiliaire, pancréatique, au régime pour coronarien, hypocholestérolémiant, hypotriglycéridémiant.

Régime de restriction en lactose :

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Quatre-vingt-deux établissements (55%) pratiquaient un ou plusieurs régimes de restriction en lactose. Ceux-ci étaient déclinés soit sous forme de :

- régime sans lactose : décrit par les évictions de lait, laitages, préparations à base de lait (y compris dans les recettes), et fromages dans une moindre mesure
- régime pauvre en lactose : décrit par les évictions de lait, laitages, préparations à base de lait
- les autres appellations incluaient : les allergies aux protéines de lait de vache, allergie au lactose, intolérance.

Régime sans gluten :

Cent-quatorze établissements (77%) disposaient d'un régime sans gluten. Pour 106 d'entre eux (93%), celui-ci n'était pas préparé dans un local dédié.

Le régime sans gluten était fourni par l'offre agroalimentaire garantie sans gluten dans 22 établissements (19,3%). Dans les 84 autres (80,7%), le régime était mené par éviction des produits contenant du gluten (vérification des étiquettes, fiches techniques des recettes, choix des plats au menu).

Régimes d'éviction en cas d'allergies et intolérances alimentaires :

En cas d'allergies et intolérances alimentaires, il n'y avait pas d'appellations spécifiques de ces régimes pour 47 établissements (32%), celles-ci étant probablement gérées au cas par cas.

Les régimes avec appellations spécifiques concernaient plutôt (par ordre décroissant de fréquence de citation) les allergies à : l'œuf, poisson, crustacés, arachide et protéines de lait de vache.

Régime de restriction en vitamine K :

Quarante-neuf établissements (33%) pratiquaient un régime pauvre en vitamine K. Cela concernait aussi bien des CHU, que CH, Cliniques et SSR.

Les régimes enrichis :

Régimes enrichis en protéines et/ou énergie :

A la question, « existe-t-il des régimes enrichis en énergie et/ou en protéines dans votre établissement » : 129 (87%) établissements déclaraient en proposer.

Il est à noter que la notion d'enrichissement commençait à 2000 kcal/j pour 20% des réponses et 75g de protéines par jour pour 12%.

Soixante établissements (47%) enrichissaient les repas, mais sans calcul pour évaluer les ajouts.

Les modes d'enrichissement étaient multiples. Ils concernaient 126 établissements (85%) qui le faisaient sous diverses formes : augmentation de portions, ajout de complément nutritionnel oral (CNO), de produits issus de l'industrie agroalimentaire, classiques (fromage, beurre, laitage...) comme spécifiques (poudre de protéines, galets de légumes enrichis...).

Pour les régimes enrichis en fibres, 84 établissements (57%) en proposaient un. Les formes d'enrichissement variaient ensuite (par ordre de fréquence de citation) : en favorisant légumes et fruits à chaque repas (cité 63 fois pour les 84 établissements ayant répondu), en ajoutant des aliments spécifiquement riches en fibres ou avec des vertus laxatives (pruneaux, céréales All Bran®, eau Hépar®... - cité 38 fois), en ajoutant des poudres de fibres aux repas (cité 30 fois), en proposant du pain complet à chaque repas (cité 20 fois).

Autres alimentations spécifiques :

Pédiatrie :

Soixante-six établissements (45%) possédaient des unités de pédiatrie. Parmi eux, 53 (80%) avaient défini un type d'alimentation selon les âges des enfants.

Les propositions étaient variées avec des déclinaisons de 1 à 6 catégories d'âge (de la naissance à l'adolescence) selon les établissements.

Personnes âgées :

Soixante-quatorze établissements (50%) déclaraient avoir une déclinaison de repas spécifique pour les personnes âgées.

Fractionnement des repas :

Soixante-et-onze établissements (48%) déclaraient pouvoir proposer une prise alimentaire fractionnée pour les patients le nécessitant.

Autres régimes spécifiques :

Cinquante-huit établissements (39%) proposaient un régime en cas d'insuffisance rénale (restriction en protéines, phosphore et/ou potassium).

Cinquante-cinq établissements (37%) proposaient un régime pour patients dialysés.

Trente-neuf établissements (26%) utilisaient un régime en cas de déficit immunitaire et/ou greffe d'organe (type alimentation stérile).

Parmi les trente autres alimentations spécifiques citées (20%), on retrouvait les régimes : cétogène, pauvre en oxalates, manger mains, en cas de troubles de la déglutition, pour faible appétit, pour la maternité (femmes enceintes et allaitantes), avec TCM, pour réhabilitation précoce après chirurgie digestive.

Protocoles :

1
2 Dans 107 établissements (72%), des protocoles en lien avec des chirurgies ou
3 préparations aux examens existaient. Ils concernaient tous les CHU notamment.
4
5

6 Alimentations selon les convictions :

7
8 Concernant les alimentations répondant aux convictions religieuses ou
9 philosophiques, les adaptations les plus fréquentes concernaient (plusieurs réponses
10 possibles) : le régime sans porc (128 fois), puis le sans viande (107 fois), le végétarien
11 (77 fois), le végétalien/vegan (20 fois), le halal (8 fois) et le casher (7 fois).
12
13

14 Onze établissements (7,4%) ne proposaient pas d'adaptation des repas selon ces
15 convictions, d'autres géraient ces demandes par des systèmes d'aversion de plats ou
16 par le choix fait par le patient lui-même de ses repas.
17
18

19 **4.3. Adaptation de l'offre de régimes aux besoins :**

20
21 La question finale adressée aux établissements concernait l'adaptation de l'offre de
22 régimes aux besoins de prescription et des patients. Cent-douze établissements (76%)
23 considéraient celle-ci « à la hauteur de leurs besoins ».
24
25

26 Parmi les 12 établissements trouvant la diversité des régimes « insuffisante », 1
27 réponse venait d'un CHU, 1 d'un SSR, 3 de cliniques et 7 de CH.
28
29

30 Les 24 établissements qui trouvaient le nombre de régimes « trop important » se
31 répartissaient en : 3 SSR, 11 CH et 7 CHU.
32
33

34 **5. Discussion :**

35
36 Rapportés aux chiffres de la DREES (Direction de la recherche, des études, de
37 l'évaluation et des statistiques) [2], les établissements répondeurs représentaient plus
38 d'un quart des lits d'hospitalisation au niveau national que ce soit en court séjour (27%
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

des 207 874 lits en France), comme en moyen et long séjours (25% des 136 102 lits).
Cet échantillon nous a permis d'appréhender de la diversité des pratiques de prescription, les pathologies les plus diverses et complexes étant traitées dans les CHU dont nous avons obtenu un très bon taux de réponses.

Nous n'avons pas retrouvé d'enquête nationale, ni de publications internationales dressant ainsi l'inventaire des différents régimes utilisés dans les établissements de santé, que ce soit dans nos recherches sur Pubmed, comme dans les revues non indexées de diététiciennes francophones, comme anglophones, dont les sommaires étaient consultables en ligne, sur les dix dernières années.

Même si nous ne pouvons présumer d'une parfaite représentativité des réponses à l'échelle nationale, les résultats obtenus permettaient d'illustrer la diversité des pratiques vis-à-vis des régimes alimentaires, elle-même en lien avec la multiplicité des patients accueillis dans les établissements de santé et à la complexité des pathologies. Concernant la mise en œuvre du soin nutritionnel, les ressources en diététiciens dans les établissements de santé étaient très variables selon le type d'établissements, avec parfois des établissements sans diététicien, et une médiane à deux diététiciens sur l'ensemble des établissements sondés. Près d'1/3 des établissements avaient moins d'un diététicien dédié à la prise en charge des patients hospitalisés. Les ratios diététicien/nombre de lits selon les spécialités, soulignés dans le rapport Krempf de 2003 [3] remontent à la recommandation CE de 1970. Ils n'ont pas été revus depuis, malgré les évolutions des pratiques professionnelles et de nécessité de prise en charge nutritionnelle, alors même qu'ils sont rarement atteints [4].

A l'échelle de la coordination de la politique nutritionnelle, les CLANs sont des instances consultatives recommandés dans les établissements de santé français depuis les dispositions de la circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002

1 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé. Leur mission
2 est d'améliorer l'état nutritionnel et la qualité de la restauration hospitalière pour les
3 patients. La quasi-totalité des établissements ayant répondu possédait un CLAN. Il y
4 a sans nul doute un biais de réponses lié au mode de diffusion du questionnaire, par
5 les délégués régionaux de la SFNCM qui travaillaient eux-mêmes dans des CLANS.
6
7 Cela n'enlève pas pour autant l'intérêt des réponses, venant d'établissements
8 sensibilisés à la nutrition. Une enquête menée par Desport et al. [5] en 2008 avait
9 recensé 907 CLANS. Rapportés à ce total, 16% des CLANS ont répondu en 2017. Par
10 rapport à cette même enquête de 2008 qui recensait 24 UTNC (Unité Transversale de
11 Nutrition Clinique), notre enquête de 2017 en a totalisé 28. Les UTNC contribuent
12 notamment à un meilleur codage de la dénutrition et de sa sévérité, illustrant l'efficacité
13 de ces structures pour le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels en
14 établissements de santé, et en particulier, de la dénutrition. Cette représentativité des
15 CLANS et UTNC renforce l'intérêt de nos résultats en matière d'illustration des
16 pratiques.

17 Concernant les moyens mis en œuvre pour la restauration des patients, il est
18 intéressant de voir que la liaison froide, qui avait supplanté depuis les années 1970, la
19 liaison chaude n'est plus quasi-exclusive. En effet, des SSR et cliniques utilisaient les
20 liaisons chaude (impliquant de travailler en flux tendu, et d'assurer de courtes durées
21 de transport entre le lieu de fabrication des plats et le lieu de consommation, mais
22 assurant un meilleur rendu organoleptique des plats) et mixte. Cette dernière liaison
23 peut concerner, par exemple, les établissements qui gèrent les lits de court séjour en
24 liaison froide et l'alimentation en long séjour par des repas en liaison chaude, grâce à
25 une cuisine satellite à proximité de la structure long séjour. Cette prestation alimentaire
26 permet d'améliorer les repas pour les personnes âgées ou dans des établissements

1 de petite taille (qui travaillent en liaison chaude en semaine et froide le week-end).
2 Ceci est également particulièrement pertinent pour les séjours prolongés et l'intérêt à
3 souligner de la nutrition dans la rééducation et le long séjour.
4

5
6 La répartition des établissements en fonction du nombre de repas distribués était très
7 hétérogène, traduisant la taille très diverse des établissements répondeurs.
8

9
10 L'offre alimentaire doit répondre aux besoins nutritionnels et aux situations de soins
11 mises en œuvre (prise en charge en situation aiguë, atteinte de maladies chroniques,
12 chirurgie, protocole spécifique de prise en charge...). Elle doit être connue pour
13 pouvoir être prescrite de façon adéquate, pour fixer et adapter la cible nutritionnelle :
14 type d'alimentation orale, besoin de compléments nutritionnels oraux.... Cela n'est pas
15 toujours le cas, comme montré dans nos résultats.
16

17
18 L'offre alimentaire part du menu standard et certains établissements, en l'absence de
19 recommandations spécifiques pour l'hôpital, ont pris le GEM-RCN pour référence. Ce
20 guide pratique concerne la qualité nutritionnelle des repas servis en restauration
21 collective sociale, pour accompagner les acteurs de la restauration collective dans
22 leurs choix nutritionnels, selon le type de convives et d'établissements. Il propose des
23 recommandations selon les tranches d'âge, mais qui ne tiennent pas compte de l'état
24 de santé du consommateur.
25

26
27 Concernant les repas à textures modifiées, de nombreuses déclinaisons existent. Le
28 travail de l'IDDSI (International Dysphagia Diet Initiative) permet maintenant de donner
29 des critères mesurables à la fois pour les aliments et pour les boissons [6].
30

31
32 Les résultats de l'enquête ont mis en valeur une grande diversité de régimes, par leurs
33 compositions et évictions d'aliments. Ils ont également montré que ces régimes étaient
34 dépendants du type d'établissements, pour lesquels on peut penser que l'étendue des
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

spécialités et de l'offre médicales induisent des prescriptions particulières dans lesquelles les diététiciens interviennent.

Derrière le chiffre brut du nombre de régimes disponibles dans l'établissement, se cachent différents aspects qui nécessitent d'être avancés pour nuancer les interprétations.

Le nombre de régimes est dépendant :

- de l'offre de base qui constitue le menu normal ou standard et qui si elle n'est pas compatible avec les régimes, nécessite des plats de remplacement
- de la possibilité des services de restauration de cuisiner le menu du jour et ses variantes
- de la possibilité ou non des services de restauration d'adapter la taille des portions en fonction des besoins
- des logiciels de gestion des menus et des régimes et de la façon dont ces logiciels intègrent ou non des variantes au menu, des aversions alimentaires
- des pratiques courantes qui parfois reposent sur des habitudes et des croyances plutôt que sur l'*evidence based medicine*.

Les réponses ont également mis en évidence une grande disparité dans les appellations de régimes. Cela nécessite une harmonisation et aussi une attention particulière, sur la connotation négative vis-à-vis du patient de certains noms (par exemple : le régime « Obésité », ou « Parkinson », ou le régime « mou, viande molle »).

Plusieurs CHU ont entamé une réforme de leurs profils alimentaires. Certains ont déjà opté pour un changement du mot régime en faveur de 'type d'alimentation' ou d'alimentation thérapeutique'. Il s'agit d'enlever la connotation restrictive associée au mot régime et d'aborder l'alimentation comme un soin, avec des restrictions comme

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

des enrichissements, seulement si c'est nécessaire. De la même façon, les établissements, n'accueillant pas de pathologies complexes, ont besoin de moins de profils alimentaires et protocoles qu'un CHU.

Alors que la dernière grande réforme des régimes remonte à 1977 [7], il faut marquer celle du XXI^e siècle sous le signe de l'*evidence based medicine*, pour conduire un travail de simplification.

Ce dernier est à mener, non pas à l'échelle d'un établissement, mais plutôt à l'échelle nationale, afin d'identifier des libellés et contenus de régimes/types d'alimentation/alimentations thérapeutiques clairs pour tous les utilisateurs : aides-soignants, infirmiers, diététiciens, médecins, mais aussi pour les aidants professionnels ou naturels, et bien sûr les patients.

La réflexion est à faire globalement autour des besoins des patients et de leur adéquation avec la prestation alimentaire, de sa mise en œuvre à la consommation.

Dans le rapport 2017 du Conseil National de l'Alimentation sur l'Alimentation à l'hôpital [8], des recommandations ont été émises abordant la nécessité de redonner au patient le plaisir de manger à l'hôpital en développant une nouvelle approche de la restauration hospitalière.

Il s'agit de lutter contre la dénutrition pour laquelle les repas font partie intégrante de la prise en charge. Cela implique d'évaluer les repas précisément (apports en macronutriments, voire en certains micronutriments) et de les réévaluer régulièrement du fait des changements de denrées alimentaires liés aux marchés d'appel d'offres.

Il faut également réunir les conditions pour que les repas soient consommés. Pour cela, les perceptions et appréciations des repas sont primordiales. Le repas fait partie des éléments que les patients notent dans les questionnaires de sortie après leur

1 hospitalisation, témoignant de l'importance du moment repas et de la qualité
2 organoleptique des plats, comme de leur propre histoire alimentaire.

3
4 Toute une chaîne de facteurs influence le parcours du plat, de sa fabrication à sa
5 consommation. Les difficultés auxquelles se heurtent les établissements tiennent aussi
6 à la diversité en âge des populations accueillies (de la pédiatrie à la gériatrie), et donc
7 à la nécessité de proposer des menus adaptés à leurs goûts et aux quantités
8 d'aliments recommandées.
9

10
11 Le défi est de faire coïncider les besoins nutritionnels des patients et l'offre alimentaire,
12 tout en s'adaptant aux évolutions technologiques (techniques culinaires, nouveaux
13 aliments, ...), d'organisation, de fonctionnement, et en prenant en compte le coût.
14

15
16 Afin de favoriser au mieux la consommation des repas et de ce fait une meilleure
17 couverture des besoins nutritionnels, et réduire le risque de dénutrition, les régimes
18 restrictifs ne devraient être prescrits que si la preuve clinique de leur efficacité est
19 établie. Cela doit conduire à la réduction des profils alimentaires inutiles et à
20 l'homogénéisation des pratiques en fonction des pathologies prises en charge. Le
21 danger est d'obtenir, via l'association illimitée de régimes (exemple : régimes « sans
22 sel, sans sucre, sans gras et mixés »), des repas qui, sans logique, sont très restrictifs,
23 monotones (en termes de variété de plats), n'atteignant pas les cibles en énergie et
24 macronutriments, donc à haut risque de dénutrition [9].
25
26

27
28 Le cas particulier de l'offre en moyen et long séjours est à reconsidérer pour tous ces
29 aspects : régimes inutiles et reconduits automatiquement (régime de longue date
30 mené par le patient), texture des repas inadaptée par passage trop systématique et
31 rapide au repas mixé. Il faut également tenir compte du fait que le patient est captif en
32 situation d'hospitalisation, et a fortiori en long séjour. Or les repas servis doivent
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

correspondre aussi à ses attentes, allant bien au-delà du soin, et incluant ses vécus et plaisirs alimentaires.

Les limites de cette enquête tiennent dans le fait qu'elle n'a pas pu aborder de façon exhaustive tous les types d'établissements de santé, et notamment les établissements spécifiques initialement également visés (EHPAD, EPSM...). Elle n'a pas pu toucher non plus les établissements voisins, de Belgique ou de Suisse.

Partis des résultats de cette enquête, l'AFDN et la SFNCM mènent actuellement un travail sur des recommandations d'alimentation à l'hôpital et de régimes/types d'alimentation/alimentations thérapeutiques basés sur l'*evidence based medicine* ou des consensus d'experts. Conjointement, la SFNCM vient de démarrer avec l'European Society for Clinical Nutrition and Metabolism- ESPEN un groupe de travail en vue de recommandations européennes sur l'alimentation à l'hôpital, qui devrait mener à l'harmonisation des prises en charge.

Ces travaux sont indispensables pour atteindre les objectifs communs de « Nourrir l'Homme malade », de même qu'il est indispensable de pouvoir communiquer de manière claire et consensuelle en matière d'alimentation thérapeutique en direction des professionnels de santé, de la restauration, des patients et du public d'une manière plus large.

6. Conclusion

Cette enquête portant sur l'existant en termes de régimes dans les établissements de santé a montré une grande hétérogénéité dans les propositions de régimes ou profils alimentaires, eux-mêmes dépendants de nombreux facteurs : type et taille de l'établissement, personnes dédiées à l'alimentation des patients, influence de l'organisation et fabrication des repas, diversité des pathologies rencontrées, poids des habitudes de prescription. Elle montre aussi des appellations de régimes très

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

diverses avec des champs sémantiques allant de l'aliment, au nutriment, à la pathologie, avec des gradations : du 'strict' au 'large', en passant par le 'sans', le 'contrôlé', ou le 'personnalisé'. La sémantique révèle de grandes variations qui cachent parfois des approximations en termes de valeurs et de calculs, liées à des recettes, fiches techniques et valeurs qui évoluent également. Cette hétérogénéité, préjudiciable aux patients, alimente une cacophonie propice à discréditer l'alimentation en établissements de santé. Elle induit aussi un détournement du travail de restauration sur des préparations particulières de petit nombre, au détriment des préparations de bases pour lesquelles l'impact organoleptique et la perception du consommateur sont pourtant essentiels. « Adapter n'est pas mettre au régime »...C'est ce à quoi œuvrent les CLANs et les UTNC, en lien étroit avec la SFNCM.

Références :

- [1] Groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition (GEM-RCN). Recommandation Nutrition, <https://www.economie.gouv.fr/daj/recommandation-nutrition> (consulté le 6 juin 2018).
- [2] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé – édition 2017, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf> (consulté le 6 juin 2018).
- [3] Krempf M. Rapport sur l'évolution du métier de diététicien (PNNS) - 2003, http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/rapport_krempf.pdf (consulté le 6 juin 2018).
- [4] Hénart L, Berland Y, Cadet D. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, « Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », janvier 2011. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf (consulté le 6 juin 2018).
- [5] Desport JC, Alix E, Zazzo JF, Dalmay F, Le Guen Y, Yavchitz E, et al. Etat des lieux en 2008 des Comités de liaison alimentation nutrition (CLAN) et des unités transversales de nutrition clinique (UTNC) : enquête nationale. Nutr Clin Met 2010; 24 :37-44.

1 [6] International Dysphagia Diet Initiative. Méthodes de mesure IDDSI (traduction
2 française),

3 [http://ftp.iddsi.org/Documents/IDDSI Methodes de mesure FrFR 2018 01 22 .pdf](http://ftp.iddsi.org/Documents/IDDSI_Methodes_de_mesure_FrFR_2018_01_22_.pdf)
4 (consulté le 6 juin 2018).

5 [7] Nardin A, Flandrin JL, Loux F, Beauvalet-Boutouyrie S, Maes G, Corbeau JP, et al.
6 L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital XVè-XXè siècle.
7 Vélisy Doin éditeurs ; 1997.

8 [8] Conseil National de l'Alimentation. Avis n°78 : Alimentation en milieu hospitalier.
9 [https://www.cna-alimentation.fr/v2/wp-content/uploads/2017/07/CNA Avis78.pdf](https://www.cna-alimentation.fr/v2/wp-content/uploads/2017/07/CNA_Avis78.pdf)
10 (consulté le 6 juin 2018).

11 [9] Thibault R, Chikhi M, Clerc A, Chopard P, Genton L, Kossovsky MP, et al.
12 Assessment of food intake in hospitalised patients: a 10-year comparative study of a
13 prospective hospital survey. Clin Nutr 2011;30:289-96.

14
15
16
17
18
19
20
21 **Remerciements :**

22 Les auteurs remercient tous les établissements ayant accepté de répondre au
23 questionnaire.

24 **Déclaration de liens d'intérêt :**

25 Tous les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt vis-à-vis de cette enquête
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Annexe 1 : Principales composantes du questionnaire 'Etat des lieux des régimes dans les établissements de santé et EHPAD'

Partie I :

- Descriptif de l'établissement : pays, type d'établissement (CHU, CH, EPSM, SSR, Clinique, EHPAD, Autre), le nombre et type de lits de la structure
- Les ressources en nutrition dans l'établissement : existence d'un CLAN, d'une Unité Transversale de Nutrition, de diététiciens (nombre et secteurs d'activité)

Partie II : Descriptif du service restauration (type de restauration, nombre de repas distribués par jour, gestion de la cuisine et informatisation de la production des repas)

Partie III : Descriptif de la prescription alimentaire

- Existence d'une prescription médicale de l'alimentation et réévaluation au cours du séjour
- Informatisation de la prescription des régimes et possibilités d'associations de régimes
- Revue des différentes possibilités de régimes allant du Normal, aux protocoles, textures modifiées, restrictions sodées, restrictions et enrichissements en fibres, restrictions en glucides, en graisse, en énergie, enrichissements en énergie et/ou protéines, régimes à visée d'épargne hépatique, restrictions en lactose, en gluten, en protéines, régimes pauvres en vitamine K, régimes pour allergies et intolérances alimentaires, autres alimentations spécifiques, alimentations en pédiatrie

Références des figures :

Figure 1 : Types d'établissements ayant répondu au questionnaire (n=148)

Légende :

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Université

Clinique : Clinique

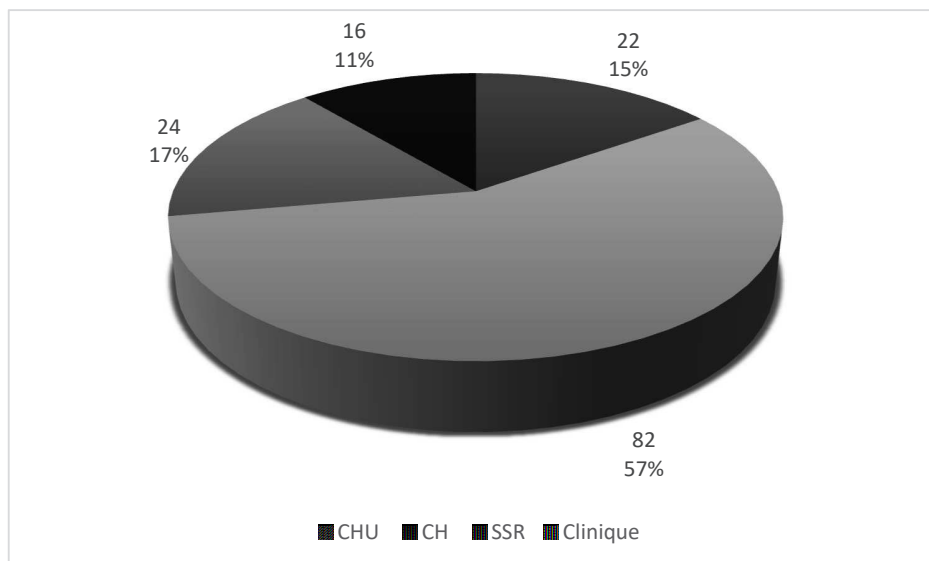
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Figure 2 : Equivalents Temps Plein (ETP) de diététiciens dans les établissements de santé selon les activités (consultation, hospitalisation, restauration)

Figure 3 : Combinaisons informatiques possibles pour les prescriptions de régimes (n=100)

Figure 4 : Nombre de régimes proposés par les 148 établissements répondeurs

Figure 1



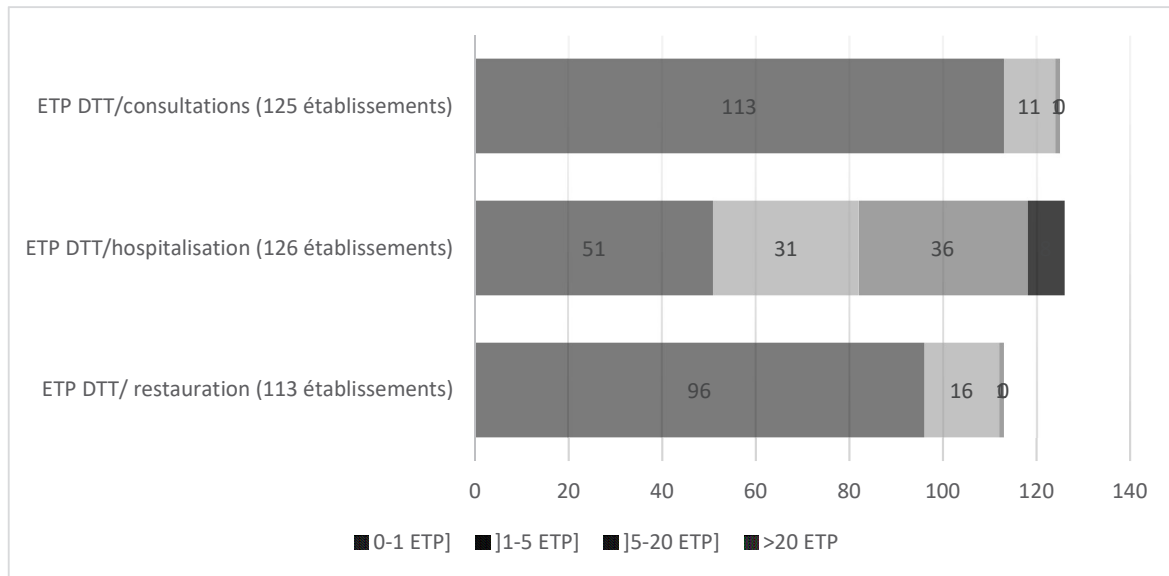
CH : Centres Hospitaliers

CHU : Centre Hospitalier Universitaires

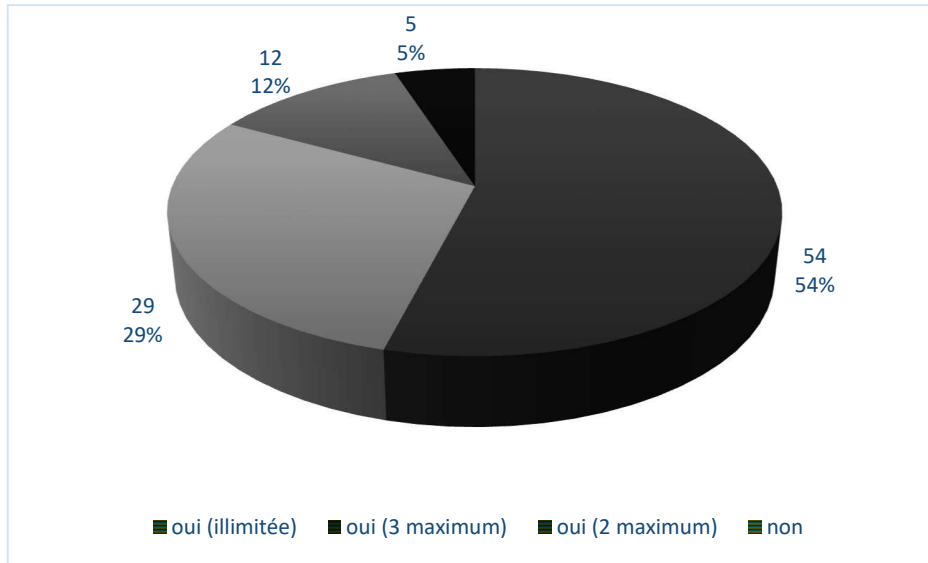
Clinique : cliniques

SSR : secteurs de Soins de Suite et de Réadaptation

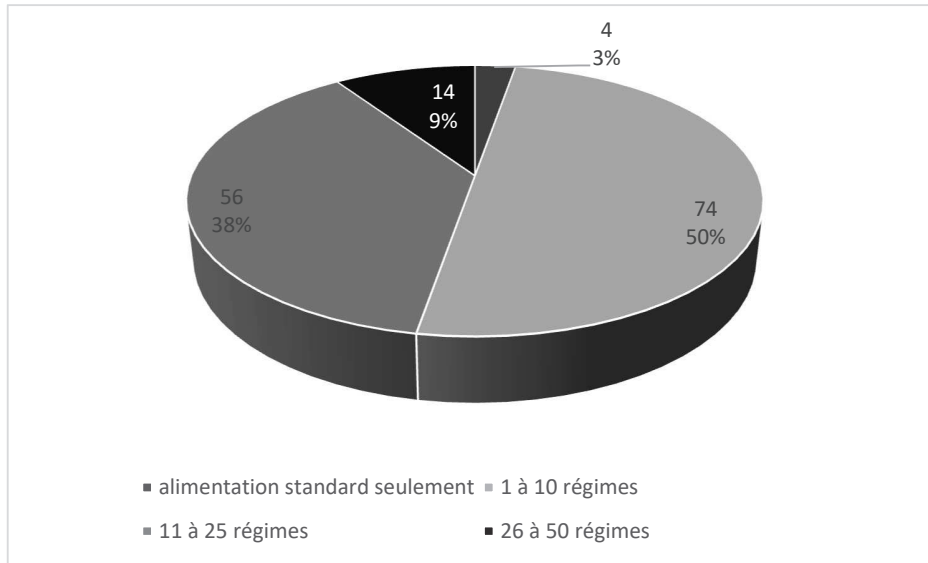
Figure



Figure



Figure



Credit author statement

Véronique Hennequin, Cécile Duval et Marie-France Vaillant ont proposé et mis en place, en collaboration avec le Comité des CLANs et des Délégués Régionaux de la SFNCM, cette enquête.

Cécile Duval a contribué à mettre en ligne l'enquête, recueilli les résultats et effectué les premières analyses statistiques.

Ronan Thibault et Didier Quilliot ont élaboré, avec le Comité Educationnel et de Pratique Clinique de la SFNCM, la première version des recommandations issues de l'enquête en vue du travail commun avec l'AFDN. Florence Rossi a participé à la relecture et fait partie du groupe de travail des recommandations à venir AFDN-SFNCM, comme Véronique Hennequin, Didier Quilliot et Marie-France Vaillant.

Eric Fontaine et tous les contributeurs ont participé à la relecture de l'article.

Marie-France Vaillant a assuré la rédaction des versions originale et corrigée (texte et statistiques).